



Mission « Neurochirurgie » des Hospices civils de Lyon à l'Hôpital Ali Abad de Kaboul

du 21 novembre au 10 décembre 2004

Mission effectuée par

**Docteur Ahmed Ashraf
Praticien hospitalier en neurochirurgie
CHU de Grenoble**



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

- A. Introduction,*
- B. Evaluer l'organisation et le fonctionnement du service,*
- C. Evaluer la qualité de l'infrastructure,*
- D. Evaluer l'application des recommandations des missions précédentes,*
- E. Formation théorique et pratique des neurochirurgiens,*
- F. Réflexions,*
- G. Les propositions,*
- H. Conclusion,*
- I. Compte rendu des réunions,*
- J. Remerciements*
- K. Annexes.*

A. Introduction :

Dans le cadre du partenariat entre les hospices civils de Lyon et l'hôpital Ali Abad de Kaboul nous avons effectué une mission ciblée en neurochirurgie de 3 semaines (du 21 novembre à 10 décembre 2004).

Ma première mission avait été réalisée (du 22 juin à 17 juillet 2004) dans la suite du séjour de Docteur Jacques Guyotat Neurochirurgien aux HCL (25 Octobre à 10 Novembre 2003).

Mes deux missions ont été réalisées de façon ciblée, sur le service de neurochirurgie à l'hôpital Ali Abad de Kaboul.

Cette mission est effectuée dans la suite logique des missions précédentes dont l'objectif était abordé dans les rapports des missions précédentes.

Lors de notre séjour à Kaboul, nous avons aussi effectué une visite à l'hôpital militaire de 400 lits incluant la visite de son service de neurochirurgie.

L'hôpital Ali Abad de Kaboul est un hôpital universitaire, depuis peu cet hôpital comme l'hôpital Maiwand appartient au ministère de l'enseignement supérieur.

Je reprends volontiers les propositions de ma mission précédente dont l'intérêt reste important. Ces propositions n'ayant pas été réalisées, nous estimons qu'il y a lieu de rappeler mes réflexions en espérant ainsi améliorer de façon notable et durable la qualité de l'offre de soins dans la service de neurochirurgie. Dans la situation actuelle les missions aux courtes durées ne pourront pas apporter des améliorations durables et rapides, la prise de conscience des membres du service de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad de Kaboul va aussi dans ce sens.

Des progrès constants dans les hôpitaux de Kaboul ont été constatés, il faudrait apporter un soutien plus efficace en matière d'apprentissage théorique et pratique. En ce qui concerne le problème des locaux mal adaptés et le manque d'équipement nous devons là aussi prendre des mesures efficaces.

Le service de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad de Kaboul est le seul service de Neurochirurgie en Afghanistan. Ses responsabilités et ses missions sont d'importance capitale. L'important rôle de la prise en charge des patients et de l'enseignement. Ce service doit former les neurochirurgiens du futur selon les normes internationales et ceci à Kaboul et pour les autres hôpitaux d'Afghanistan.

Le nombre de facultés de médecine en province est au nombre de quatre (Herat, Mazar, Jelalabad, Ghost). Il n'est pas possible d'y enseigner la neurochirurgie à l'heure actuelle. Le service de neurochirurgie d'Ali Abad doit être en mesure de former des neurochirurgiens pour ces hôpitaux.

Le changement de la politique hospitalo-universitaire à Kaboul doit tenir compte des problèmes de l'avenir. Une partie importante des neurochirurgiens de l'hôpital Ali Abad n'a pas de cursus universitaire et ils appartiennent au ministère de la santé.

Il ne faut en aucun cas partager les effectifs en créant d'autres services de neurochirurgie à Kaboul. Il faudrait enseigner, en même lieu, afin de constituer un noyau solide pour les autres services de neurochirurgie des autres hôpitaux, particulièrement les hôpitaux universitaires provinciaux.

Le manque de locaux adaptés avec un 'équipement médicochirurgical adéquat constitue aussi un des problèmes majeurs qu'il faudrait résoudre, sans quoi le développement de la neurochirurgie en Afghanistan restera un mythe.

Je suis tout à fait disposé à effectuer des missions prolongées au service des patients et de la neurochirurgie Afghane, si le gouvernement Français, le ministère de la santé et les HCL, jugent nécessaire d'effectuer ce genre de mission. Il serait alors important d'apporter les moyens nécessaires pour atteindre notre objectif dont les intérêts dans les différents domaines développés s'avèrent tout à fait évidents (particulièrement dans la situation actuelle de l'Afghanistan).

B. L'organisation et le fonctionnement du service :

En ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement interne du service, il n'y a pas de modification par rapport à la mission précédente.

Le changement important constitue à l'appartenance récente des Hôpitaux Universitaires, au ministère de l'enseignement supérieur. Attention ceci risque de diviser le service de neurochirurgie en deux services de neurochirurgie l'un sous l'égide du ministère de l'enseignement supérieur et l'autre du ministère de la santé.

Il faudrait éviter à tout prix ce genre de partage, sinon les efforts et les moyens seront partagés et causeront probablement des préjudices dans l'avenir.

L'équipe médicale :

L'équipe médicale est composée de 4 neurochirurgiens seniors et de 6 neurochirurgiens juniors en formation.

Le chef de service le Pr. Rahimi est toujours au Pakistan, la fonction de chefferie de service est assurée par le Dr. Shoieb Shoaban.

L'équipe est composé de :

Neurochirurgiens seniors :

Dr. Shoieb Shoaban

Dr. A. Fawad Pirzad

Dr. Jan Faqirmal

Dr. A. Farid Qaium

Neurochirurgiens juniors:

Dr. Abdul Razaque Samet

Dr. Abdul Qader Sakhawarz

Dr. Assad Safi

Dr. Kahir

Dr. Zarghona

Dr. Aman

Un chirurgien de l'hôpital de Sécurité est en stage pour un an (Dr. Najib), il y a aussi 2-3 chirurgiens en stages pour de courtes durées (2 mois).

Etant donné son statut universitaire l'équipe chirurgicale est composée de deux catégories : les enseignants ou les universitaires, peu nombreux qui appartiennent au ministère de l'enseignement supérieur et les chirurgiens non universitaires qui appartiennent au ministère de la santé. Les universitaires sont au nombre de trois, le Dr. Shoieb Shoaban, le Dr. A. Fawad Pirzad et le Dr. Jan Faqirmal.



Image 1- l'équipe de neurochirurgie, de gauche à droite : le Docteur Abdul Razaque Samet, Docteur Shoieb Shoaban, Dr Ashraf, Docteur A Fawad Pirzad.



Image 2- l'équipe de neurochirurgie, de gauche à droite : Docteur A Farid Qaium, Docteur Abdul Qader Sakhawarz, monsieur cadre infirmier, Docteur Jan Faqirmal, Docteur Asad Safi et le Docteur Kahir.

En raison de ses missions universitaires, le service accueille aussi les stagiaires de la 7^{ème} année de médecine et des étudiants en médecine ou des externes.

En ce qui concerne l'organisation de l'activité journalière des chirurgiens, pas de modification depuis la mission précédente.

L'activité de garde est structurée, il existe un neurochirurgien de garde sur place (24 heures), qui voit tous les patients durant la garde.

Il existe aussi un neurochirurgien senior d'astreinte à domicile, joignable au téléphone pour les conseils ou pour effectuer des gestes chirurgicaux d'urgence.

L'équipe paramédicale :

Dans le service :

L'équipe paramédicale dans l'unité des hommes est composée d'un cadre infirmier, de 12 infirmiers et de 8 ouvriers.

Dans l'unité des femmes, il existe un cadre infirmier, 3 infirmières et 2 ouvrières.

Au bloc opératoire :

Le bloc opératoire et la stérilisation sont sous la responsabilité de Madame N. Toufanpour. Le chirurgien est assisté lors de l'intervention, en cas de possibilité, par des infirmiers ou infirmières instrumentistes de bloc opératoire.

L'anesthésie est assurée par un médecin anesthésiste le Dr. Ismaïl ou par des infirmiers ou infirmières spécialisées.

L'activité du service et le fonctionnement du service :

Le rapport de Dr J. Guyotat neurochirurgien aux HCL, permet d'avoir une évaluation de l'activité du service.

Il existe un registre des admissions des patients de garde et des urgences dans le service de neurochirurgie. Tous les matins le chirurgien de garde présente les admissions au cours d'un staff. Un neurochirurgien senior ou junior est de garde pour 24 heures. Ils voient tous les patients susceptibles d'être admis en neurochirurgie.

Les consultations dans le service s'effectuent selon la disponibilité du chirurgien. Pas de salle de consultations ni de consultations structurées et programmées.

Un nombre important de patients est vu en consultation dans la journée, il n'existait pas non plus de registre pour les consultations dans le service de neurochirurgie. Après discussion avec l'équipe un registre de consultation a été mis au point.

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

Le service prend en charge les adultes. De 30 à 40 interventions sont réalisées chaque mois par un des 4 neurochirurgiens senior.

Les interventions d'urgence reste encore rares. 90% des interventions concernent la pathologie rachidienne.

Les conditions de recrutement des patients sont variables :

- Les admissions en urgence dans le service de neurochirurgie,
- Les consultations dans le service,
- Les consultations aux cabinets privés.

Les patients peuvent être amenés directement par la famille, adressés par d'autres hôpitaux ou par des médecins généralistes ou spécialistes en ville.

L'ensemble des patients hospitalisés passe par les urgences. Les patients hospitalisés rentrent dans le service avec un cahier médical. Les événements survenus au cours de leur séjour (l'anamnèse, l'examen clinique, le traitement, les consultations, et le compte-rendu opératoire) des patients sont écrits dans ce cahier.

C. Evaluer la qualité des infrastructures :

Les infrastructures :

Le secteur d'hospitalisation :

Le service de neurochirurgie est composé de 32 lits, divisé en 2 secteurs :

- Secteur des hommes (21 lits)
- Secteur des femmes (11 lits)

Le secteur des hommes est composé de 4 chambres de 4 à 6 lits. Une des chambres est en fait composée d'un couloir qui relie le service de neurochirurgie à celui de la chirurgie générale. Sa situation n'est pas adaptée pour être une chambre de patient.

Les 12 lits supplémentaires installés sous une tente, située à l'entrée du service de neurochirurgie dans la cour de l'hôpital, ne sont pas disponibles actuellement (c'est l'hiver). Les lits sont transférés dans le couloir. Durant notre séjour, le service était toujours plein, avec un nombre constant de 6 à 8 patients dans le couloir.

De nouveaux lits médicalisés et mécaniques ont été fournis au service de neurochirurgie récemment. Le nombre de draps n'est pas suffisant, ce n'est pas rare de voir des patients sur le lit sans draps.

Une chambre est appelée salle de « réanimation ». Elle abrite les patients graves (traumatisés crâniens graves en état de coma, traumatisés vertébro-médullaires avec troubles neurologiques). **Cette salle ne dispose toujours pas de moyens nécessaires à la réanimation pour ce type de patients.**

Le secteur des femmes est composé de 2 chambres.

Les deux secteurs d'hospitalisation disposent d'une salle de soins. Cette pièce fait l'office de salle de soins, de salle à manger et de dortoir pour le personnel. La salle de soins du secteur des hommes **ne dispose toujours pas de point d'eau.**

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.**

Le bureau des médecins est situé dans le secteur des hommes. **Le service ne dispose pas de salle de consultation** alors qu'un nombre important de patients est vu chaque jour en consultation de neurochirurgie, incluant des hommes et des femmes (20 à 30 patients).

Les patients sont vus habituellement dans le couloir et ceci pose des problèmes sur le plan de la confidentialité. D'autre part le coin de consultation est situé à la fin de l'unité de soins ce qui entraîne un va et vient important devant les chambres des patients.

Les autres hôpitaux de Kaboul ne disposent pas d'infrastructures relativement modernes. Néanmoins ces hôpitaux et particulièrement les services de chirurgie ont été conçus à l'origine pour cette tâche. L'emplacement des différentes structures au sein d'un service de chirurgie a été calculé soigneusement.

Des travaux importants de rénovation et de mise aux normes modernes de quelques hôpitaux sont débutés à l'heure actuelle par différents pays.

Etant donnée la destruction de l'ancien hôpital Ali Abad abritant les services tels que la neurochirurgie et la chirurgie urologique, ces services ont été transférés dans ces nouveaux locaux.

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

La population de Kaboul est en constante augmentation. A l'heure actuelle il n'existe pas de statistique officielle mais la population de Kaboul dépasse de 3 millions.

Pratiquement 40 à 50% des patients hospitalisés dans le service de neurochirurgie sont originaires des provinces.

Le service de Neurochirurgie à l'hôpital Ali Abad est le seul service de Neurochirurgie en Afghanistan pouvant prendre en charge la pathologie neurochirurgicale (hors le service de neurochirurgie de l'hôpital militaire qui participe à la prise en charge d'une catégorie très limitée des patients).

Il est évident que dans la situation actuelle la mission de service de neurochirurgie de l'Hôpital Ali Abad s'avère importante. Son importance est à la fois dans les domaines de la prise en charge des patients de plus en plus nombreux comme celui de ses tâches universitaires. Le problème de manque de place, manque de moyens, et de locaux non adéquats sont parmi les raisons de la persistance d'un certain nombre de

dysfonctionnements au sein du service de neurochirurgie. Les raisons supplémentaires ont été développées dans le rapport de ma mission précédente.

Bloc opératoire :

Le bloc opératoire est situé au sein du service de chirurgie secteur des femmes (neurochirurgie, chirurgie générale, urologie).

Sa situation et sa base de fonctionnement commun avec la chirurgie urologique ne semblent pas adéquates.

Le bloc opératoire est unique pour les deux sexes. Les locaux du bloc opératoire sont restreints, regroupant deux salles. Une salle pour la chirurgie programmée et propre, l'autre pour les urgences et la chirurgie septique.

Les interventions programmées s'effectuent dans le bloc de neurochirurgie, 3 jours par semaine (samedi, lundi, mardi). Les deux jours restant (dimanche et mercredi) ce bloc est occupé par les interventions de l'urologie (secteur féminin).

Dans la situation actuelle les interventions programmées sont effectuées uniquement le matin et ceci pour raison de manque de personnels de bloc.

Il existe un retard important dans la prise en charge des patients tant sur le plan diagnostic que thérapeutique.

Le nombre de jours opératoires est limité (3 jours par semaine et uniquement le matin). Dans cette situation les neurochirurgiens peuvent effectuer 3 à 6 malades programmés par semaine.

L'habitude d'intervention d'urgence pour la pathologie rachidienne avec des troubles neurologiques (complet ou incomplet) n'existe pas, il existe une amélioration dans ce sens mais elle s'avère minime.

L'habitude de la mise sous traction prolongée des patients, constaté au cours de la mission précédente est maintenant abandonnée. La réduction de la luxation avec la prise en charge chirurgicale pour la stabilisation rachidienne enseignée au cours de missions précédentes est appliquée.

En ce qui concerne la pathologie crânienne à l'heure actuelle il n'est possible de pratiquer que des gestes d'urgence. La craniotomie exploratrice est encore d'actualité et ceci pour raison d'indisponibilité de scanner!!!

Comme au cours de notre mission précédente des cas des tumeurs intracrâniennes ont été rencontrés, nécessitant une prise en charge neurochirurgicale.

L'intervention chirurgicale de ces tumeurs s'avère toujours difficile en raison d'un manque du matériel nécessaire.

Il a été conseillé aux patients de se rendre dans les pays voisins pour une solution chirurgicale. Ces patients ont été vus en consultation ou en cours d'hospitalisation dans le service.

Il est toujours utile de reprendre le problème du au locaux non adaptés du service de neurochirurgie. La résolution des problèmes liés aux locaux peut s'effectuer de diverses façons :

- Nouvelle organisation d'aménagement du service avec extension de celui-ci. Autour du service de neurochirurgie il existe suffisamment de place libre. Peut-on construire une extension incluant quelques chambres et un bloc opératoire pour la neurochirurgie ?
Il est évident que l'ensemble des bâtiments abritant la neurochirurgie et la chirurgie urologique n'est pas conçu pour abriter des services similaires, donc l'extension de ces locaux ne pourra pas régler l'ensemble des problèmes.
- Une délocalisation. Y'a-t-il des possibilités dans d'autres hôpitaux de Kaboul pouvant abriter le service de neurochirurgie en offrant les moyens nécessaires. **La délocalisation peut s'avérer une solution rapide et efficace. Il faudrait explorer toutes les pistes, offrant une solution au problème.**
- Y'a-t-il un projet de construction d'un nouvel hôpital Ali Abad ? et ceci dans combien de temps ?

La table opératoire

La table opératoire est toujours cassée, ancienne et non réparable. Elle ne permet 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 encéphalique.

Les instruments de microchirurgie et le microscope opératoire sont nécessaires pour la chirurgie encéphalique. De nombreux patients ont été vus avec des tumeurs encéphaliques. Les patients n'ont pas les moyens de se rendre dans les pays voisins pour le traitement adéquat.

Manque d'appareil d'anesthésie :

Un appareil d'anesthésie et de ventilation est souvent hors usage, il existe un appareil pour 2 salles d'opérations. La ventilation manuelle des patients au cours d'intervention est toujours de routine.

L'appareil de radiographie :

L'appareil de radiographie portatif ne fonctionne pas correctement. Il est utilisé entre plusieurs blocs et voire dans le service, ceci n'est pas recommandé pour raison d'hygiène.

Il n'existe toujours pas d'appareil de radioscopie per-opératoire. L'appareil de radiographie ou de radioscopie per-opératoire est très utile pour les interventions du rachis.

Stérilisation :

Il existe des progrès dans ce domaine malgré le sous-équipement. Les deux autoclaves et le poupinel sont toujours fonctionnels. La salle de stérilisation est trop petite, pas de place suffisante pour le stockage du matériel stérilisé.

Problème de réanimation :

Source de problèmes majeurs dans la prise en charge des patients. Il a été constaté à plusieurs reprises, l'admission de polytraumatisés en état de choc, détresse respiratoire et importants désordres hémodynamiques ou en état de coma.

Ces patients ne peuvent que décéder dans le service de neurochirurgie par manque de moyens de réanimation. La plupart du temps une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire.

Cet hôpital ne dispose pas d'unité de réanimation pour la prise en charge des patients en état de coma, les blessés médullaires graves avec tétraplégie et les polytraumatisés.

Le manque d'un véritable service d'anesthésie réanimation est aussi la source de préjudice dans la prise en charge des patients graves.

<p>La neurochirurgie est une spécialité qui doit être située dans un établissement où les autres spécialités doivent être présentes (orthopédie traumatologie, chirurgie générale), ainsi qu'un service de réanimation et un service d'urgence chirurgicale. L'hôpital Ali Abad actuel ne satisfait pas à cette demande.</p>

L'accueil des urgences chirurgicales :

Le manque d'un véritable service pour accueillir 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 pour effectuer les soins d'urgence à un polytraumatisé.

Moyens diagnostics :

L'équipement radiologique :

Les moyens diagnostic sont 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.

Le contact avec l'équipe de radiologie est très facile. Au cours de notre séjour nous avons pris contact à plusieurs reprises avec l'équipe de radiologie pour la réalisation des radiographies spécifiques du rachis.

Le service dispose d'un appareil de radiographie ancien dont le champ de fonction est limité.

Il existe aussi trois autres appareils de radiographies portatifs qui avaient été offert par les Japonais. Le Dr Guyotat avait proposé d'en installer un au bloc. Mais cet appareil n'a pas pu être conduit au bloc en raison des dimensions de la porte. Cet appareil paraît volumineux, pour une salle d'opération de surface réduite.

Deux de ces trois appareils sont hors d'usage pour des raisons techniques probablement mineures, et il n'existe pas de technicien à l'hôpital pour la réparation de ce type de problèmes. Il est utile aussi d'aborder le problème de formation d'un technicien.

La myélographie et la sacroradiculographie :

La myélographie et la sacroradiculographie peuvent être réalisées. Le produit de contraste est acheté par les patients. Ces examens sont rarement réalisés en condition d'urgence.

Le scanner :

L'hôpital Ali Abad ne dispose pas de scanner. Il existe 2 appareils de Scanner fonctionnels à l'heure actuelle à Kaboul l'un à l'hôpital de l'ISAF et l'autre à l'hôpital militaire de 400 lits. Ce scanner est en fait privé, installé à l'hôpital militaire avec les examens payants.

Le bilan d'un traumatisé crânien en situation d'urgence est limité aux radiographies standard du crâne (face et profil). La réalisation de scanner est impossible en condition d'urgence.

L'hôpital d'ISAF réalise un nombre limité de scanner par semaine et ceci jamais en condition d'urgence.

La distance entre les deux hôpitaux est importante, les ambulances peu nombreuses. La tâche de transport habituellement appartient aux familles des patients, donc peu réalisable en condition d'urgence et en présence des patients graves.

Les progrès de la neurochirurgie à la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique sont dus à l'évolution de l'imagerie moderne et les techniques de microchirurgie. Sans examen tomographique le diagnostic est difficile et la neurochirurgie ne peut pas être pratiquée dans de bonnes conditions.

L'équipement médicochirurgical :

Le matériel chirurgical :

Avant notre mission précédente, plusieurs boîtes d'instrumentation ont été offertes par l'Ambassade de France, au service de neurochirurgie. Ces boîtes sont régulièrement utilisées lors des interventions.

Le nouveau bipolaire offert récemment par l'Ambassade de France est utilisé en cas de besoin.

La table opératoire est cassée, ancienne, pas de tête ne permettant pas 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.

D. 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 appliquées de façons incomplètes. Il existe des progrès dans ce domaine :

- Relève orale entre l'équipe de matin et du soir se fait régulièrement.
- Tour de surveillance des patients se fait 2 fois par jours, la proposition des missions précédentes était 4 fois par jour. Par contre pour les patients graves la surveillance est plus rapprochée. Théoriquement il existe dans le secteur des hommes 2 infirmiers de nuit, mais le taux d'absentéisme est important avec souvent 1 infirmier de nuit. Il faudrait aussi effectuer la formation de l'équipe paramédicale pour améliorer leurs connaissances et leur façon de travailler.

- La surveillance de l'alimentation n'est pas fait de façon régulière par l'équipe paramédicale.
- **La toilette des patients n'est toujours pas faite en préopératoire** (manque de douche), nécessité d'éduquer les patients, l'équipe médicale et paramédicale.

Au niveau du cadre infirmier :

- Le service n'a toujours pas de registre. Il n'est toujours pas possible de savoir le nombre des entrées et des infections dans le service. Le registre pour le nombre des admissions est le registre des urgences. Le registre pour les patients opérés est celui du bloc opératoire. Nous n'avons toujours pas comptabilisé le nombre des admissions ni des patients opérés puisque ceci avait été fait précédemment par Dr Guyotat lors de sa mission.
- Pour le bon fonctionnement du service le travail de l'équipe infirmier et des ouvriers est souvent surveillé par le cadre infirmier.
- La surveillance de la qualité du travail et l'évaluation des infirmiers sont effectués par le cadre infirmier.
- Le cadre infirmier participe aux réunions du CLIN. Il n'y a pas eu de nouvelles recommandations du CLIN depuis notre dernière mission.

Amélioration de l'hygiène :

Il existe des progrès dans ce domaine mais c'est très incomplet.

- De nombreux protocoles ont été élaborés avant notre mission précédente (lavage des mains, SAD, voie veineuse).
- Il n'existe toujours pas de toilette à l'entrée comme en préopératoire pour les patients (ni avant ni après le bloc).
- Lavage des mains entre chaque soin, injections et les pansements se fait plus ou moins régulièrement. Mais ce n'est pas encore systématique par manque d'habitude.
- Le pansement sur plusieurs malades est fait de façon successive avec une paire de gants ou encore sans gants (pour raison de manque des gants).
- Changement des draps ne se fait pas régulièrement pour raison du manque de linge.
- Désinfection des bouchons des solutés injectables et de perfusions avec un antiseptique ne se fait pas de façon systématique.
- Nettoyage et décontamination des instruments dans la salle de soins ne se fait pas encore de façon régulière, toujours pas de point d'eau dans l'unité de soins.
- Nettoyage superficiel des sanitaires se fait plusieurs fois par jour.
- Nettoyage des sols se fait régulièrement.
- En ce qui concerne l'élimination des déchets la situation semble améliorée.

Les raisons de la persistance de ces dysfonctionnements et non application des recommandations sont abordées dans le rapport de ma mission précédente.

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.

Il existe encore un problème majeur de non respect des règles d'hygiène en per-opératoire de la part des instrumentistes et des chirurgiens.

Ces fautes sont devenues très habituelles et nécessiteront du temps, du travail et surtout beaucoup de bonne volonté avant que nous puissions espérer leur disparition.

Le travail du CLIN :

De nombreux protocoles ont été écrits (pose de la voie veineuse, SAD et le lavage des mains). Ces protocoles ont été transmis à chaque unité de soins. 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 sont mis sous antibiotique de façon systématique.

Les infections du foyer opératoire ne sont toujours pas signalées.

Le Dr Tissot propose que soit engagée, comme en urologie (voir le rapport de Dominique Pajot – sept 2004), une surveillance des infections du site opératoire.

Amélioration des repas :

Une nouvelle cuisine vient d'être construite par l'ambassade de France et offerte avec tous les matériels nécessaires à l'hôpital Ali Abad.

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

Equipement du bloc opératoire :

Le coagulateur bipolaire et les matériels fournis sont utilisés. La table opératoire en mauvais état est non réparable.

L'appareil de radiographie portable offert par les Japonais ne peut toujours pas rentrer au bloc opératoire (nécessité d'importants travaux au bloc). Il s'avère que

deux de trois appareils de radiologie portative est hors usage pour raison de problèmes mécaniques.

Equipement de la stérilisation :

L'achat d'un plus grand poupinel n'est toujours pas fait.

L'autoclave offert par les japonais fonctionne toujours parfaitement. La formation est effectuée.

Equipement de radiologie :

Le scanner n'existe toujours pas à l'hôpital Ali Abad.

L'appareil de radiographie n'est toujours pas acheté.

Amélioration de la formation :

Pour le personnel médical :

Dans la salle de réunion deux ordinateurs ont été installés par l'Ambassade de France et sont équipés de connexion internet. Le personnel médical manque encore d'habitude de son utilisation.

Pour le personnel paramédical :

Pas eu de formation de l'infirmier de bloc opératoire spécialisé pour l'entretien du matériel.

E. 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.

Le point très positif est cette soif de l'apprentissage constaté tout le long de nos diverses missions.

Comme au cours de la mission précédente, nous avons essayé d'aider l'équipe de neurochirurgie sur différents plans :

- Participer à la visite et à la consultation journalière avec formation au lit des patients
- Conseils pratiques dans le domaine d'organisation du service.
- Pour augmenter leurs connaissances théoriques nous avons effectué des présentations théoriques afin d'améliorer leurs connaissances en neurochirurgie et en interprétation des bilans radiologiques.

- Nous avons participé à leurs interventions chirurgicales, des conseils utiles ont été donnés.
- Nous avons effectué de nombreuses interventions chirurgicales.

Compte tenu la situation d'après guerre, la mauvaise situation du trafic routier, l'accumulation de la population à Kaboul et le phénomène de reconstruction, il existe un nombre important d'accidents de la circulation et du travail, responsables de traumatismes rachidiens avec et sans troubles neurologiques.

Plusieurs patients avec des lésions traumatiques du rachis dorsolombaire, ont été opérés par l'équipe de neurochirurgie.

Depuis plusieurs mois ils ont pu obtenir le matériel d'ostéosynthèse du rachis dorsolombaire. La formation de ce côté aussi s'avère toujours nécessaire. Le nouveau matériel d'ostéosynthèse, fourni par l'Ambassade de France est utilisé de façon régulière.

Etant donné le nombre important de blessés médullaires avec des lésions traumatiques du rachis (dorsolombaire ou cervical), plusieurs patients ont été opérés. Le manque de matériel d'ostéosynthèse du rachis cervical est sensiblement présent.

Le Docteur Cathelin chirurgien militaire orthopédiste à l'hôpital d'ISAF a pu obtenir des plaques d'ostéosynthèse vissées pour le rachis dorsolombaire. Ce matériel a été donné au service de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad. De nombreuses vis d'ostéosynthèse pour le rachis cervical ont aussi été offertes. Le Dr. Guyotat a apporté des plaques d'ostéosynthèse du rachis cervical.

L'enseignement théorique :

Il est évident qu'il existe un retard considérable dans la connaissance théorique de l'équipe médicale.

La sémiologie neurologique est enseignée au lit des patients avec l'examen clinique et la synthèse sémiologique.

Interprétation du bilan radiographique, de la radiographie simple à l'examen tomodensitométrique voir l'IRM. L'IRM est pratiquée au Pakistan, parfois les patients ont été vus munis de cet examen.

De nombreuses présentations théoriques ont été effectuées (l'après midi ou le matin) pour l'ensemble des membres de l'équipe médicale.

L'enseignement théorique est réalisé tous le long de notre mission actuelle comme la mission précédente, lors de la visite dans le service, lors des consultations et pendant toute l'activité de soins.

Le chef de service et les chirurgiens aussi ont été conseillés dans le domaine de la gestion quotidienne du service pour en améliorer son organisation.

L'enseignement pratique :

Nous avons réalisé de nombreuses interventions chirurgicales. Ces interventions intéressaient le rachis cervical et dorsolombaire. La technique chirurgicale avait été enseignée.

Il faudra souligner que l'équipe de neurochirurgie est parfaitement consciente de ses lacunes et très demandeuse pour sa formation sur le plan théorique et pratique.

Note : lors de la visite du service de neurochirurgie de l'hôpital des armées (400 lits), le responsable de l'hôpital le Pr. Q. Ahmadi et l'équipe de neurochirurgie étaient demandeurs d'une collaboration plus étroite dans les domaines de formation théorique et pratique. Si le projet de formation à long terme est retenu, il faudra inclure le service de neurochirurgie de l'hôpital 400 lits.

F. Réflexions :

Le service est toujours en état de délabrement. Les conditions de travail n'y sont pas bonnes. Dans la gestion du service il existe cependant des progrès.

Il est nécessaire d'entamer un travail prolongé. La nécessité de formation médicale et paramédicale est fondamentale, elle doit être effectuée de façon prolongée (2 à 3 ans) et le plus continue possible.

Les missions de courte durée ne sont pas adaptées dans les conditions actuelles. Pour former une équipe chirurgicale le temps de ces missions n'est pas suffisant.

Les missions doivent être réalisées de façon prolongée pour montrer son efficacité à pouvoir former et accompagner au quotidien cette équipe, ainsi que de voir son évolution de jour en jour. Ce service était peut être suffisant durant la guerre, maintenant ce n'est plus suffisant et dans 5 ans encore moins.

La nécessité d'un service de neurochirurgie parfaitement autonome dans la situation actuelle à Kaboul ne fait aucun doute.

L'équipe de neurochirurgie est parfaitement consciente de ses défauts sur tous les plans. Elle n'est que demandeuse d'une solution radicale et durable lui permettant un jour de pouvoir soigner l'ensemble des pathologies neurochirurgicales et ceci dans de bonnes conditions.

Sa collaboration et son ouverture d'esprit sont appréciables, toutes mes remarques ont été écoutées avec beaucoup d'attention et acceptées avec le sourire.

Je ne peux que la remercier de sa collaboration et de son ouverture d'esprit. Je suis ravi de pouvoir lui apporter mon aide et je serai encore ravi de pouvoir l'aider dans l'avenir.

G. Propositions :

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

L'équipe médicale :

- La poursuite prolongée de 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.
- Responsabiliser le chef de service dans la gestion de son service et les chirurgiens pour leurs tâches quotidiennes. Il existe néanmoins une évolution constante dans ce domaine.
- Etant donnée l'augmentation constante des patients hospitalisés comme le nombre de consultations, nouvelle charte de fonctionnement pour les chirurgiens seniors et juniors.
- 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 et contrôler régulièrement leurs façons de travailler et le respect des règles d'hygiène.
- Si le projet de formation à long terme est retenu, il faudra inclure le service de neurochirurgie de l'hôpital 400 lits.

L'équipe paramédicale :

Au niveau de l'équipe infirmier :

- Formation théorique et pratique de l'équipe paramédicale pour améliorer leurs connaissances et leur façon de travailler.
- La création d'une feuille de surveillance neurologique et des constantes est réalisée.
- Sensibiliser l'équipe infirmier 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).
- Créer un registre des consultations pour comptabiliser le nombre des patients, le type de pathologie. Ce registre est créé maintenant il faudrait que l'équipe s'habitue à son utilisation (voir en annexe)

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 des 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 :

- Amélioration des locaux et en cas de possibilité augmentation de la capacité d'accueil du service surtout le nombre de lits. 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 des tubulures de perfusion, pansements, de cathlons et de désinfectants pour les instruments comme pour les antiseptiques locaux.

La salle de réanimation :

- Formation du personnel qualifié (médecins, 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
 - Aspirateurs
 - Autres matériels nécessaires.

Bloc opératoire :

- Création d'un bloc opératoire de neurochirurgie avec deux salles dédiées à la neurochirurgie si possible, ou extension des journées opératoires de neurochirurgie (3 jours par semaine étant insuffisant). Le délai d'attente est important.
- Augmentation de la capacité de stockage pour les matériels stérilisés.
- Dotation supplémentaire de consommables, d'antiseptiques, Surgicèle, cire hémostatique et du ciment acrylique.
- Achat de matériel d'ostéosynthèse du rachis cervical.
- Achat d'un appareil de radiographie portatif.
- Achat de tables opératoires avec tête.
- Achat d'un microscope opératoire nécessaire pour la chirurgie des tumeurs et les instruments de microchirurgie.
- Installation d'un système d'aération ou de climatisation pour le bloc opératoire.
- Travaux au bloc opératoire pour agrandir la salle de lavage des mains et d'instruments et fermeture des toilettes (WC !!!) dans l'enceinte du bloc opératoire qui sont toujours utilisés.

Equipement de stérilisation :

- Achat d'un plus grand poupinel.

Equipement radiologique et diagnostic :

- Achat et installation d'un scanner à l'hôpital Ali Abad.

- Achat d'un appareil de radiographie portable.

H. Conclusions:

Le service de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad est le seul centre de référence de neurochirurgie à Kaboul.

Son importance dans la prise en charge des patients comme dans ses tâches universitaires ne fait aucun doute.

Les moyens disponibles sont restreints et les patients de plus en plus nombreux. Pour palier à cette demande, il est nécessaire d'augmenter ses 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'arrivée des 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.

Mais l'idée d'une délocalisation du service de neurochirurgie dans un hôpital en cours de construction ne serait-il pas de loin la solution la plus efficace et la moins coûteuse ? Cette réflexion ne mérite-t-elle pas d'être étudiée de façon plus approfondie ?

Cette solution éviterait dans un premier temps des dépenses dans l'amélioration des locaux (qui resteront toujours inadaptés pour la neurochirurgie) et permettrait en contre partie d'utiliser ces moyens dans un équipement moderne de matériel neurochirurgical.

Cela permettrait à la mission française de favoriser le développement du service de neurochirurgie et de participer plus facilement et donc plus efficacement à la formation théorique et pratique de l'équipe neurochirurgicale. Cela permettrait aussi

aux neurochirurgiens afghans d'être plus rapidement formés et de pouvoir prendre en charge les pathologies neurochirurgicales dans de bonnes conditions, de façon plus efficace et autonome.

Ceci n'est qu'une suggestion personnelle, je ne souhaite qu'apporter une autre vision et approche du problème.

Au cours de notre mission nous nous sommes réunis à plusieurs reprises avec l'équipe de neurochirurgie. Le chef de service de neurochirurgie et les membres de l'équipe chirurgicale avaient des propositions claires et précises pour augmenter leurs connaissances et améliorer leurs conditions de travail.

En conséquence deux réunions ont été organisées entre l'équipe de neurochirurgie et les équipes des HCL : le 5 décembre 2004 et le 9 décembre 2004.

I. le compte rendu des réunions :

a- le compte rendu de la réunion de 5 décembre 04

Salle « Lyon - Ali Abad », Hôpital Ali Abad

Présents:

Cellule Santé et HCL : Dr. F. Tissot, Dr. C. Dumurgier, Dr. A. Ashraf, Dr. L. Déliri.
Service de neurochirurgie Hôpital Ali Abad : Dr. Shoieb Shoaban (Chef de service), Dr. F. Pirzad.

Objet : Réunion de travail avec le chef de service de neurochirurgie.

Dans le cadre de la coopération santé de l'ambassade de France à Kaboul et les coopérations entre les HCL et l'hôpital Ali Abad de Kaboul de nombreuses missions en neurochirurgie ont été réalisées. Au cours de ces missions nous avons essayé de donner des conseils utiles pour améliorer la prise en charge des patients.

Au terme des discussions avec le chef de service de neurochirurgie comme avec l'ensemble des membres de l'équipe, nous avons constaté une prise de conscience globale vis-à-vis des retards dans tous les domaines de neurochirurgie tant théorique que pratique.

Les problèmes et les difficultés de la prise en charge des patients comme les difficultés dans la gestion du service ont été abordés plusieurs fois. L'ensemble de ce travail, à ce jour, a abouti à une prise de conscience et à une évolution des idées pour l'amélioration des problèmes dans le service de neurochirurgie. Cette évolution ne paraît pas négligeable, le chef de service de neurochirurgie a formulé ses demandes de façon précise et structurée.

Au début de cette réunion le Dr. F. Tissot a abordé l'historique de la coopération Française et de ses missions.

Le Dr. Shoieb Shoaban chef de service de neurochirurgie remercie la coopération française pour son aide dans la prise en charge des patients. Il nous remercie aussi pour notre collaboration et pour notre aide au cours de nos dernières missions.

L'équipe chirurgicale du service de neurochirurgie s'est réunie au préalable afin de préparer ses propositions. Au cours de cette réunion un certain nombre de propositions ont été développées.

Le chef de service souhaite discuter de ses propositions permettant une collaboration plus efficace pour l'équipe de neurochirurgie et en conséquence une amélioration de la prise en charge des patients. Il a formulé ses demandes :

- 1- Mise en place d'une formation théorique et pratique de l'équipe médicale de neurochirurgie durant une période d'environ deux ans. Cette formation, régulière, et à terme validante, devrait permettre une meilleure prise en charge des patients.
- 2- Souhait d'avoir un « référent » français en neurochirurgie, sorte de conseiller du Chef de Service, afin d'établir un contact régulier avec les formateurs, permettant de bénéficier de leur aide depuis la France (hors la période de leur présence en Afghanistan). Le Dr Shoaban demande si le Dr. A. Ashraf ne pourrait pas être le référent dans ce domaine.
- 3- Formation de l'équipe paramédicale et des autres agents techniques du service. Car la qualité de travail dans le service dépend aussi d'une équipe d'infirmiers efficace et bien formée.
- 4- Il existe un important manque d'équipement médicochirurgical. Pour améliorer la qualité de travail et la prise en charge des patients, l'équipe de neurochirurgie est demandeuse d'équipements même réformés en France. Il souhaite aussi que ces équipements soient adaptés à leurs besoins, permettant, jusqu'à l'obtention de nouveau matériel, une amélioration progressive de leur qualité de travail.

En annexe, se trouve une copie de la demande du chef de service de neurochirurgie.

Hors ces propositions, trois autres propositions ont aussi été exprimées :

- Un ordinateur pour le service de neurochirurgie
- Connexion Internet dans le service de neurochirurgie
- Des cours pour l'apprentissage de la langue Française.

A la fin le Dr. Shoaban présente ses remerciements ainsi que ceux de l'équipe de neurochirurgie pour l'organisation de cette réunion. Il remercie aussi les efforts

effectués par les missionnaires français, comme pour les conseils et les interventions pratiquées au cours de leurs séjours.

Le Dr. Frédéric Tissot remercie le chef de service de neurochirurgie de ses propositions claires et précises. La décision de la France est celle du développement de la neurochirurgie en Afghanistan. L'ensemble des propositions sont excellentes et cohérentes pour le développement de la neurochirurgie.

Il précise cependant :

1. que doivent être déterminés les thèmes, le mode, la périodicité et les modalités d'organisation de la formation, ainsi que la liste des personnes bénéficiaires. A ce titre, il souhaite que la formation s'adresse à l'ensemble des chirurgiens du pays pratiquant la « neurochirurgie ». Aussi il demande à ce que la liste de ces chirurgiens soit dressée par le Dr Shoaban et lui soit remise.
2. pour le référent en neurochirurgie, le Dr. Tissot n'y voit pas d'inconvénient mais la désignation du référent appartient aux HCL.
3. la formation des équipes non médicales est essentielle. Et comme pour les médecins, le thème, la périodicité, le lieu, les formateurs, les personnes cibles et les modalités d'organisation doivent être précisés.
4. en sachant que dans ce domaine de la formation il ne faut pas être trop ambitieux, d'autant que les bénéficiaires ont en général peu de temps à y consacrer. Et bien sûr, la formation et son organisation doivent être adaptées à la situation et aux types de pathologies.
5. en ce qui concerne l'équipement réformé, il faudra préciser quel type de matériel pourrait être utile en neurochirurgie. Il faudrait aussi établir la liste des matériels nécessaires. Il insiste à nouveau sur les capacités locales d'utilisation : en connaître les indications, le mode de fonctionnement, les ressources en consommables et les possibilités quotidiennes de maintenance des matériels souhaités.

Le Dr Tissot termine sur ces points en demandant à ce que le Dr Shoaban remette aux équipes des HCL – Dr Ashraf ou Dr Guyotat, un premier draft sur les formations souhaitées ainsi que la liste des « neurochirurgiens » du pays.

Il invite officiellement le Dr Shoaban, ou l'un de ses collaborateurs, à effectuer un voyage d'études en France.

En ce qui concerne les autres demandes, le Dr Tissot répond en ce sens :

- il n'est pas question d'installer un ordinateur et une connexion Internet en neurochirurgie alors que les deux connexions de la salle de Conférence (50 m du service de neurochirurgie) ne sont jamais utilisées.
- Il est dommage que les personnels de neurochirurgie n'aient pas profités des cours gratuits de français qui ont été donnés à Ali Abad durant un an et demi. Il conseille de contacter Monsieur Daniel Massat-Bourrat, le Directeur du Centre Culturel Français, sis au Lycée Esteqlal, qui propose des cours gratuits tous les jours entre 6 h 30 et 19 h.

Pour ma part je ne peux qu'appuyer les propositions du Chef de service, bien entendu si nous voulons aider le service de neurochirurgie de façon efficace, nous devons former l'équipe de neurochirurgie, de façon plus efficace. Nous devons effectuer une formation plus efficace (à la fois sur le plan théorique comme sur le plan pratique), prolongée et adaptée à la situation et la pathologie locale.

b- Le compte rendu de la réunion de 9 décembre 04

Salle « Lyon - Ali Abad », Hôpital Ali Abad

Dans la suite de la réunion précédente, une nouvelle réunion avait été organisée le 9 décembre 2004 :

Présents:

Dr. A. Ashraf, Dr. J. Guyotat, Madame Thérèse Barberot et pour le service de neurochirurgie Hôpital Ali Abad : le Dr. Shoieb Shoaban (Chef de service), Dr. F. Pirzad, Dr. Farid Qaium.

Une liste des chirurgiens exerçant l'activité neurochirurgicale est élaborée, après quelques corrections elle sera remise aux Drs. Tissot et Latif.

Le programme de la formation théorique, à la demande des neurochirurgiens de l'hôpital Ali Abad, est élaborée avec leur coopération. Ce programme doit inclure les chapitres suivants :

- 1- Neuroanatomie - 12 heures de cours -
 - a- Anatomie fonctionnelle et physiologie du système nerveux
 - b- Neuroradiologie
- 2- Neurotraumatologie - 14 heures -
 - a- traumatologies crânio-encéphaliques
 - b- traumatologies rachidiennes
 - c- les nerfs périphériques.
- 3- Pathologies dégénératives et malformatives - 16 heures -

4- Pathologie Tumorale encéphalique de l'enfant et de l'adulte, pathologie vasculaire - 16 heures -

5- Rééducation et réhabilitation neurologique et les nouvelles techniques (neurochirurgie fonctionnelle) - 8 heures -

L'équipe de neurochirurgie est aussi demandeuse de la poursuite de la formation pratique. Pour cela elle propose de sélectionner un certain nombre de patients et de les programmer durant les séjours des HCL à Kaboul.

Un travail sera réalisé, sur dossiers patients ou par type de pathologie, par chaque membre de l'équipe chirurgicale, sur un ou deux ans. Ce travail sera présenté devant un jury et les membres de l'équipe chirurgicale.

Lors de cette réunion nous avons insisté sur l'utilité d'une concertation sur les dossiers difficiles, transfert d'images et l'utilisation de l'Internet. L'équipe réitère sa demande d'avoir un référent-conseiller du service de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad de Kaboul.

La formation de l'équipe paramédicale du service de neurochirurgie doit aussi être effectuée. Les missions de courte durée ne peuvent pas s'avérer fructueuses dans ce domaine, il faudra élaborer un programme de formation prolongé pour l'équipe du service comme celle du bloc opératoire.

Madame Thérèse Barberot, cadre infirmière aux HCL à effectuée 2 ou 3 jours de formation durant son séjour actuel, mais vue la situation actuelle du service et du bloc opératoire ce délai n'est en aucun cas suffisant.

Il est évident que les locaux du service de neurochirurgie, ne sont pas adaptés et ne permettent pas son évolution à long terme. En attendant de trouver de nouveaux locaux, il convient d'améliorer et de renforcer l'équipement actuel.

La salle de la réanimation ne dispose pas de l'équipement nécessaire à la prise en charge des patients. Pour travailler avec un minimum de sécurité, il conviendrait de fournir un minimum de matériels.

Au bloc, le manque de moyens est le problème constant, il conviendrait d'équiper le bloc du matériel suivant :

La table opératoire, la têtère à prise osseuse, l'aspirateur, le dynamp pour monitoring de la PA en per-opératoire, PSE pour l'injection d'agents anesthésiants, le microscope opératoire, l'instrumentation de la neurochirurgie, un moteur avec jeux de fraises électrique.

Un appareil de la radiographie portative pour les radiographies en per-opérateur est aussi nécessaire.

Les hôpitaux de Kaboul sont en constante évolution. Au cours de notre séjour, nous avons visité le service de neurochirurgie de l'hôpital 400 lits de l'armée.

Nous avons découvert que le bloc de neurochirurgie a été équipé récemment par les Turcs, de l'ensemble de l'équipement nécessaire :

- Une table opératoire moderne, télécommandée, aux normes européennes
- Deux têtes à prises osseuses
- Un appareil d'anesthésie moderne
- Un appareil d'aspiration.

L'ensemble de ces équipements pourrait permettre un changement considérable dans la qualité de la prise en charge des patients et apporter un certain confort pour l'équipe soignante.

Les conditions de travail à l'hôpital d'armée sont nettement meilleures à l'heure actuelle qu'à l'hôpital Ali Abad de Kaboul.

Nous avons eu une proposition de travail dans leurs locaux durant notre séjour, pour aider l'équipe de neurochirurgie de l'hôpital militaire, par le Général Ahmadi le commandant de l'hôpital militaire. Mais ce n'était pas le but de notre visite.

Les photos lors de la visite de l'hôpital militaire de 400 lits et de son service de neurochirurgie :



Une chambre de patient en neurochirurgie à l'hôpital de l'armée.



La tête à prise osseuse au bloc de neurochirurgie l'hôpital de l'armée

Les appareils d'anesthésie et d'aspiration au bloc de neurochirurgie à l'hôpital de l'armée



La table opératoire au bloc de neurochirurgie à l'hôpital de l'armée.

*Avec le Général Ahmadi le
commandant de l'hôpital de
l'armée*



J. Remerciements :

Je tiens à remercier sincèrement tous ceux qui m'ont permis d'effectuer cette mission, je remercie particulièrement:

Monsieur le Docteur Frédéric Tissot, Chef du projet de Santé de l'Ambassade de France à Kaboul, pour ses conseils et sa collaboration dans l'aboutissement et l'organisation de mes missions,

Les HCL qui m'ont permis d'effectuer mes missions,

Le Docteur Latif Déliri pour son aide et son amitié,

L'équipe de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad de Kaboul pour leur sympathie, écoute et leur accueil chaleureux.

**Rapport de mission validé le 20 décembre 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**

H. Annexe :



Frédéric Tissot

Fiche d'évaluation d'état de conscience.

Fiche d'évaluation de l'examen neurologique chez traumatisés vertébro-médullaires.

Fiche d'évaluation des paramètres vitaux.

Registre des consultations.



Hôpitaux de Lyon

فیش معاینات نورولوژیک سرویس جراحی عصبی شفاخانه علی آباد



اسم مریض :	اسم دکتور :
نمبر دوسیة :	تاریخ :
سبب :	آفات عصبی :

MOTRICITE

لمس کردن وخذه کردن

SENSIBILITÉ

تحریکیت

	G	D	
C2			
C3			
C4			
C5			قبض آرنج (مفصل مرفق)
C6			بسط بند دست
C7			بسط آرنج (مفصل مرفق)
C8			قبض انگشتان (فalanکس دیستانل انگشت سوم)
T1			تباعد انگشتان (انگشت کوچک)
T2			
T3			
T4			
T5			
T6			
T7			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2			F قبض ران (قبض مفصل حرقفی فخذی)
L3			E بسط مفصل زانو
L4			C قبض ظهري مفصل بند پا
L5			E بسط انگشت شست پا
S1			F قبض پلانتار یا راحی مفصل بند پا
S2			
S3			
S4-5			

هیچگونه تقلصی موجود نیست = 0
 تقلص یا دیده شده ویا هم اینکه جس میگردد = 1
 حرکت فعال در صورت عدم موجودیت قوه جاذبه = 2
 موجودیت حرکت فعال در موجودیت قوه جاذبه = 3
 موجودیت حرکت فعال در برابر مقاومت = 4
 موجودیت حرکت فعال با قوت نورمال عضلی = 5

اسکور تحریکیت

<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
/50		/50		/100

حسیت

0 = هیچ
 1 = متناقص
 2 = نورمال

اسکور حسیت درد (وخذه کردن) (حد اکثر 112)

اسکور حسیت تماس (حد اکثر 112)

(maximum) (56) (56) (56) (56)

سویه نورولوژیک سگمنت یا قطعه وظیفوی اخیر	مکمل و یا غیر مکمل ؟	زون هایی که بطور نسبی مصوون باقی مانده اند سگمنت های "قسما" تعصبیب شده												
<table border="1"> <tr><td>SENSITIF</td><td>G</td><td>D</td></tr> <tr><td>MOTEUR</td><td>G</td><td>D</td></tr> </table>	SENSITIF	G	D	MOTEUR	G	D	<p>* غیر مکمل : موجودیت حد اقل وظایف حسی و یا حرکی سفلی ترین سویه های مربوط به رشته های عصبی عجزی</p> <table border="1"> <tr><td>SENSITIF</td><td>G</td><td>D</td></tr> <tr><td>MOTEUR</td><td>G</td><td>D</td></tr> </table>	SENSITIF	G	D	MOTEUR	G	D	
SENSITIF	G	D												
MOTEUR	G	D												
SENSITIF	G	D												
MOTEUR	G	D												

نوت: D = راست (Right)
G = چپ (Left)



Hôpitaux de Lyon



ورقه ارزیابی حالت شعوری مریضان مصاب به تروماتیزم قحفی – دماغی:

اسکور Liège : اسکور Glasgow + رفلکس های جذع دماغی.

BORN (1983) E4 V5 M6 R5

E	V	M	R
عکس العمل های عینی (باز بودن چشم ها) <i>Ouverture des yeux</i>	عکس العمل های تکلمی (دریافت جواب شفاهی) <i>Réponse verbale</i>	عکس العمل های حرکتی (دریافت جواب حرکتی) <i>Réponse motrice</i>	موجودیت رفلکس ها <i>Présence du Réflexe</i>
		دریافت جواب حرکتی مطابق به اوامر = 6	موجودیت رفلکس جهی - عینی 5 = (Fronto-orbitaire)
	جواب های تکلمی نورمال و مطابق به سوال = 5	دریافت جواب حرکتی راهنمایی شده در رابطه با محل تنبیه 5 =	موجودیت رفلکس عینی - سیفالیک عمودی 4 = (Oculo-céphalique Vertical)
باز بودن چشم ها طور خود بخودی = 4	جواب تکلمی کانفیوز و مبهم = 4	دریافت یک عکس العمل ممانعتی از طرف مریض = 4	موجودیت رفلکس فوتوموتور 3 = (Photomoteur)
باز شدن چشم ها در برابر صدازدن = 3	جواب های نامطابق با سوال = 3	بروز یک حالت نقبضی کلیشه ای (Décortication) 3 =	موجودیت رفلکس عینی - سیفالیک عرضانی 2 = (Oculo-céphalique Horiz)
باز شدن چشم ها در برابر تنبهات درد آور = 2	جواب های غیر قابل درک و نامفهوم = 2	بروز یک حالت انبساطی کلیشه ای از طرف مریض 2 = (Décérébration)	موجودیت رفلکس عینی - قلبی 1 = (Oculo-cardiaque)
بسته باقی ماندن چشمها در برابر هر نوع تنبیه = 1	هیچگونه جواب تکلمی دریافت نمیشود و مریض خاموش است = 1	هیچگونه حرکتی دیده نمیشود = 1	هیچگونه رفلکسی موجود نیست! 0 = (Aucun réflexe)

E 4 V 5 M6 R5 = normalité =20 (score le plus élevé) E1 V1 M1 RO=3 (score le plus bas)

* بلند ترین اسکور (حالت نورمال) = E 4 V 5 M6 R5 = 20 * پایین ترین اسکور (حالت کوما عمیق) = E1 V1 M1 RO = 3

