



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

du 22 juin au 17 juillet 2004

Mission effectuée par

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



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Introduction

Dans le cadre du partenariat entre les hospices civils de Lyon et l'hôpital Ali Abad de Kaboul notre mission est réalisée de façon ciblée sur le service de neurochirurgie à l'hôpital Ali Abad de Kaboul. Cette mission est effectuée dans les suites de la mission de Dr. J. Guyotat Neurochirurgien aux HCL.

Lors de notre séjour nous n'avons pas effectué de visite dans d'autres hôpitaux de Kaboul, ni dans l'Hôpital militaire de 400 lits, possédant un service de Neurochirurgie.

Nous nous sommes rendu à l'hôpital de l'ISAF qui garde une bonne collaboration avec le service de neurochirurgie à l'hôpital Ali Abad. Les médecins de cet hôpital rendent visite tous les 15 jours en neurochirurgie pour consultation et programmer des scanner comme parfois des consultations d'autres spécialités à l'hôpital de l'ISAF.

L'objectif de cette mission était dans un premier temps celle de la mission précédente du Dr. J. Guyotat qui consistait à :

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

A. L'organisation et le fonctionnement du service

Le rapport de Dr J. Guyotat neurochirurgie aux HCL permet d'avoir une évaluation de l'activité du service, il n'est pas nécessaire ici de reprendre à nouveau les données de son rapport.

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, le Dr. Shoieb Shoaban est le faisant fonction de chef de service.

Un chirurgien de l'hôpital de Sécurité est en stage pour un an (Dr. Najib), ainsi qu'un nombre de 2-3 chirurgiens en stages de courte durée (2 mois).

En raison de ses missions universitaires le service accueille aussi les stagiaires de 7^{ème} année de médecine (4 actuellement) et des étudiants en médecine ou des externes (actuellement 30 en 4 groupes).

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 malades durant la garde.

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 Toufanpour. Le chirurgien est assisté lors de l'intervention, en cas de possibilité, par des infirmiers de bloc opératoire.

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

L'activité du service :

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

Il n'y a pas de registre des admissions dans le service de neurochirurgie. Il n'y a pas non plus de registre pour les consultations dans le service de neurochirurgie ni pour les consultations externes.

Par contre l'évaluation de l'activité du bloc semble plus facile puisqu'il existe 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.

Le fonctionnement du service :

Les conditions de recrutement des patients sont variables :

- Les admissions en urgence dans le service de neurochirurgie,
- Les consultations dans le service
- Les consultations au cabinet privé.

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.

L'organisation de l'équipe médicale et paramédicale :

Cette organisation est expliquée dans le rapport du Dr Guyotat dont je ne reprends pas les détails.

Un neurochirurgien senior ou junior est de garde pour 24 heures. Il voit tous les patients susceptibles d'une admission 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.

B. 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.

12 lits supplémentaires sont installés sous une tente, située à l'entrée du service de neurochirurgie dans la cour de l'hôpital. Durant notre séjour, le service était toujours plein, avec un nombre constant de 12 à 14 patients sous la tente (parfois par terre pour raison d'un manque du lit).

Une autre chambre est considérée comme une 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 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, 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 déontologique. 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.

Les chirurgiens et les médecins font de leurs mieux, le manque de lit et de place est un problème routinier. Les patients sur le sol, sous la tente ou dans le couloir sont fréquents.

La population de Kaboul est en constante augmentation. A l'heure actuelle il n'existe pas de statistique officielle mais la population de Kaboul est estimée aux alentours 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 dysfonctionnement au sein du service de neurochirurgie.

Il existe aussi de nombreuses raisons supplémentaires :

- Faiblesse de la rémunération des médecins et de l'équipe paramédicale. Cela pousse les médecins et l'équipe paramédicale à effectuer souvent d'autres activités durant l'après-midi (cabinets médicaux, autres petits boulots).
- Ce phénomène entraîne une perte de motivation de l'équipe médicale et paramédicale.
- Persistance d'une certaine désorganisation dans l'activité du service, due à une méconnaissance de leurs responsabilités ceci étant l'héritage de la longue période de guerre civile.

Bloc opératoire :

Le bloc opératoire est situé au sein du service de chirurgie secteur des femmes (neurochirurgie, chirurgie générale, urologie). Sa situation ne semble pas adéquate.

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. Le bloc est partagé avec l'urologie.

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 diagnostique que thérapeutique.

Le nombre des 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.

Les patients sont mis sous traction prolongée et ceci entraîne chez la plupart des ces patients une détérioration de l'état général (malnutrition et amaigrissement, perte de capacité musculaire), et neurologique progressive durant des semaines d'attente.

Cette détérioration progressive survient durant la traction prolongée avec souvent multiples escarres cutanées aggravant la situation.

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 !!!

Durant notre séjour nous avons rencontré 12 cas de tumeurs intracrâniennes, nécessitant une prise en charge neurochirurgicale. L'intervention chirurgicale de ces lésions s'avère actuellement difficile pour raison d'un manque de matériel nécessaire.

Les patients ont été conseillés 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.

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 la 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.
- 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 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 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 hors usage, il existe un appareil pour 2 salles d'opérations. Lors d'une intervention du rachis cervical par abord postérieur le patient été ventilé manuellement jusqu'à la fin de l'intervention.

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 pas d'appareil de radioscopie per-opératoire.

Stérilisation :

Il existe des progrès dans ce domaine malgré qu'elle reste sous équipée. Les deux autoclaves et le poupinel sont actuellement fonctionnels. La salle de stérilisation est trop petite, pas de place suffisante pour le stockage du matériel stérilisé.

Problème de réanimation :

Il a été constaté à plusieurs reprises, l'admission de polytraumatisés en état de choc, détresse respiratoire et important désordre hémodynamique. Ces patients présentaient une association de pathologie de type trauma thoracique grave, multiples fractures des membres et un traumatisme crânien avec ou sans troubles de conscience.

Ces patients sont décédés 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.

La neurochirurgie est une spécialité qui doit être située dans un établissement où les autres spécialisés doivent être présentes (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.

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 cervical (¾, bouche ouverte).

Le service dispose d'un appareil de radiographie ancien dont le champ de fonction est limité. Cet appareil est utilisé dans plusieurs blocs opératoires et sert aussi pour les radiographies, dans le service, au lit des patients.

Il existe aussi un autre appareil de radiographie portatif qui avait été offert initialement par les Japonais pour le bloc opératoire de neurochirurgie. 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.

La myélographie et radiculographie :

La myélographie et la saccoradiculographie 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.

L'hôpital militaire 400 lits dispose depuis peu d'un scanner, mais les clichés sont disponibles qu'après 3 à 4 jours. 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.

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

L'équipement médicochirurgical :

Le matériel chirurgical :

Ces derniers temps plusieurs boîtes d'instrumentation et un bistouri coagulateur bipolaire ont été offerts au service de neurochirurgie par l'Ambassade de France. Ce matériel est régulièrement utilisé lors des interventions.

L'ancien appareil de coagulation fonctionne toujours de façon épisodique, le nouveau bipolaire offert est utilisé en cas de besoin.

La table opératoire est cassée, ancienne, pas de tête ne permettant pas l'installation spécifique lors des interventions. Ces derniers jours nous avons rencontré des problèmes lors d'installation de patients.

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

Durant l'été, le bloc opératoire est très chaud, il n'y a pas de système de ventilation. Il est conseillé l'installation d'une climatisation.

C. 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 de la mission précédente était 4 fois par jour. Par contre pour les patients graves la surveillance est plus rapprochée. Nous avons discuté de ce sujet avec le surveillant la raison de non application est le délai insuffisant et le manque de personnel. 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. Quand à la connaissance du score de Glasgow je ne suis pas sûr que tous les infirmiers sachent de quoi il s'agit. En fait 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 dont les raisons sont exposées plus haut.
- 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 seul 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 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.

Amélioration de l'hygiène :

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

- De nombreux protocoles ont été élaborés (lavage des mains, SAD, voie veineuse). Ces protocoles sont affichés dans l'unité de soins.
- 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 (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, pas de point d'eau dans l'unité de soins.
- Nettoyage à fond des sanitaires une fois par jour. Parfois accumulation des eaux usées dans les toilettes en raison du mauvais état des conduits.
- Nettoyage des sols se fait régulièrement.
- En ce qui concerne l'élimination des déchets il y a encore beaucoup à faire.

Les raisons de la persistance de ces dysfonctionnements et non application des recommandations sont suivantes :

- Amélioration d'organisation du travail de l'équipe paramédicale nécessite tout d'abord une meilleure organisation de l'équipe médicale. Cette organisation n'existe pas pour le moment.
- Il faut insister sur un véritable contrôle interne du travail dans le service et de responsabiliser de plus en plus le surveillant et les médecins.
- Il faut définir le rôle de chacun « qui fait quoi » et comment ? pour le moment on a l'impression que chacun fait ce qu'il veut et ça ne leur pose aucun problème.
- La capacité professionnelle de l'équipe paramédicale est profondément douteuse. Peu ou pas d'infirmier diplômé dans le service, donc leurs connaissances très limitées.
- Toujours pas d'amélioration dans l'unité de soins, pas de douche, pas de point d'eau dans l'office de soins, dotation très limitée de linges, etc.

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 leurs disparitions.

Le travail du CLIN :

De nombreux protocoles ont été écrits (pose de la voie veineuse, SAD et de lavage des mains). Ces protocoles ont été transmis à chaque unité de soins.

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 pas signalées.

Amélioration des repas :

Une nouvelle cuisine est en cours de construction par l'ambassade de France.

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

Equipement du bloc opératoire :

Le coagulateur bipolaire et les matériels récemment 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).

Equipement de la stérilisation :

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

L'autoclave offert par les japonais fonctionne 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, avec connexion Internet, ont été installés par l'Ambassade de France. Le personnel médical manque encore d'habitude pour son utilisation.

Pour le personnel paramédical :

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

D. Formation théorique et pratique des neurochirurgiens

Etant donnée la situation de guerre au cours de nombreuses années, un retard important dans les domaines théorique et pratique est constaté.

Ce manque, est principalement causé par l'isolement de l'équipe durant ces dernières années. Il existe un retard important dans la connaissance de la sémiologie neurologique, pathologie, interprétation des bilans radiologiques, indications et techniques opératoires.

Les indications opératoires sont parfois non justifiées, la technique opératoire comporte des erreurs.

Le point très positif est cette soif de l'apprentissage constaté tout le long de notre présence. Lors des visites, des consultations, des discussions avec l'équipe ou lors des gestes chirurgicaux l'équipe était très demandeuse afin d'augmenter ses connaissances et ceci avec beaucoup d'attention.

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 et pratiques pour 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, particulièrement les ostéosynthèses du rachis cervical dont les patients sont nombreux.

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.

Lors de notre séjour en ce qui concerne la formation des chirurgiens notre préférence s'est faite bien volontiers vers la pathologie rachidienne.

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'est avérée nécessaire. Récemment aussi de nouveau matériel d'ostéosynthèse est fourni par l'Ambassade de France. Ce matériel avait été utilisé à plusieurs reprises avant notre arrivée.

Etant donné le nombre important de blessés médullaires avec des lésions traumatiques du rachis cervical, plusieurs patients ont été opérés (luxations cervical par abord antérieur et postérieur, fracture de l'odontoïde). Le manque de matériel d'ostéosynthèse du rachis cervical est sensiblement présent.

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 voire l'IRM. L'IRM est pratiquée au Pakistan, parfois les patients ont été vus munis de cet examen.

De nombreux présentations théoriques ont été effectuées durant l'après midi ou le matin pour l'ensemble des membres de l'équipe médicale sur les sujets suivants :

- La prise en charge en traumatologie crânio-encéphalique.
- Le bilan radiologique et le scanner dans la traumatologie crânio-encéphalique.
- Classification des lésions traumatiques du rachis, indications opératoires et les modalités thérapeutiques.
- Indications chirurgicales dans la traumatologie du rachis cervical.
- Fracture de l'apophyse Odontoïde de L'Axis, bilans radiologiques, modalités thérapeutiques, voies d'abord et technique chirurgicale.
- Etant donnée la fréquence des lésions traumatiques du rachis cervical, les différents abords chirurgicaux (antérieur, postérieur), indications et les techniques opératoires ont été exposés.

L'enseignement théorique est réalisé tout le long de notre présence, lors de la visite dans le service, lors des consultations et pendant toute l'activité de soins.

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

L'enseignement pratique :

J'ai effectué une dizaine d'interventions chirurgicales durant les 2^{ème} et 3^{ème} semaines de mon séjour. Ces interventions concernaient de préférence le rachis cervical, un grand nombre des neurochirurgiens étaient présents. La technique chirurgicale avait été enseignée.

La plupart des interventions que nous avons réalisées n'avaient jamais été pratiquées préalablement dans le service :

- Fracture de l'apophyse Odontoïde de l'axis, ostéosynthèse par abord postérieur.
- Réduction fermée de la luxation cervicale avec ostéosynthèse par abord antérieur sur plusieurs patients.
- Réduction ouverte de la luxation cervicale avec ostéosynthèse par abord postérieur.
- Laminectomie cervicale pour sténose canalaire.
- Chez deux patients à la fin de mon séjour la réduction fermée de la luxation du rachis cervical est envisagée sans qu'on puisse effectuer l'ostéosynthèse par manque de matériel. Le Dr Cathelin chirurgien orthopédiste à l'hôpital d'ISAF avait aimablement demandé du matériel d'ostéosynthèse du rachis cervical à l'hôpital du Val de Grâce. Ce matériel n'était pas encore arrivé avant mon départ.

Le patient âgé, opéré d'une fracture de l'Odontoïde qui présentait depuis plusieurs jours une tétraplégie, est décédé quelques jours après l'intervention, durant la nuit, d'une probable embolie pulmonaire.

Tous les autres patients, qui présentaient pour la plupart des troubles neurologiques avant la chirurgie, montraient une récupération progressive et leur état général était satisfaisant.

Le suivi post opératoire et le début de la rééducation, pour les patients atteints de troubles neurologiques, ont été dictés pour chaque patient au fur et à mesure de leur évolution. Ceci afin que tous les patients opérés lors de mon séjour, bénéficient du meilleur suivi possible en l'absence d'une véritable prise en charge rééducative dans le service (pas de kinésithérapeute).

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.

E. réflexions

Le service est en état de délabrement. Les conditions de travail n'y sont pas bonnes, la façon de travailler et la gestion du service non plus.

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 continu possible.

Les missions de courtes durées ne sont pas adaptées dans les conditions similaires. Pour former une équipe chirurgicale ce temps 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.

F. Propositions

La poursuite des recommandations de la mission précédente de Dr J. Guyotat, particulièrement dans les domaines où les propositions ne sont pas appliquées. 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.
- 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 de contrôler régulièrement leurs façons de travailler et le respect des règles d'hygiène.

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.
- Création d'une feuille de surveillance neurologique et des constantes qui pourrait être réalisée pour notre prochaine mission.
- 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 qui pourrait être réalisé lors de notre prochaine mission.

Amélioration de l'hygiène :

L'application de certain de ces paramètres ne peut s'effectuer qu'après la formation théorique et pratique de l'équipe paramédicale.

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. Les lits sous la tente sont toujours occupés. Le nombre de patients est en constante augmentation. Sera t-il possible encore d'y installer des patients durant l'hiver ?
- 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. La chambre C4 est un bon endroit pour une salle de consultation, dans le couloir près de l'entrée du service on pourrait installer la salle d'attente. Mais ceci réduira 5 lits dans le service, peut on trouver une autre chambre de 5 lits pour les hommes?
- 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 (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
 - 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 têtère.
- 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.

G. Conclusions

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

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 pallier 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.

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

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

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

L'idée d'une délocalisation du service de neurochirurgie dans un hôpital en cours de construction ne serait-elle pas de loin la solution la plus efficace et la moins coûteuse ?

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 à 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, sans aucune prétention.

H. 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, sa collaboration dans l'aboutissement et l'organisation de ma mission,

Les HCL qui m'ont permis d'effectuer cette mission,

Le Docteur Ferouz Vice Ministre de la Santé, pour sa disponibilité,

Le Docteur Latif Déliri pour son aide,

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

Rapport de mission validé le 14 août 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



Frédéric Tissot

I. schémas et Photos

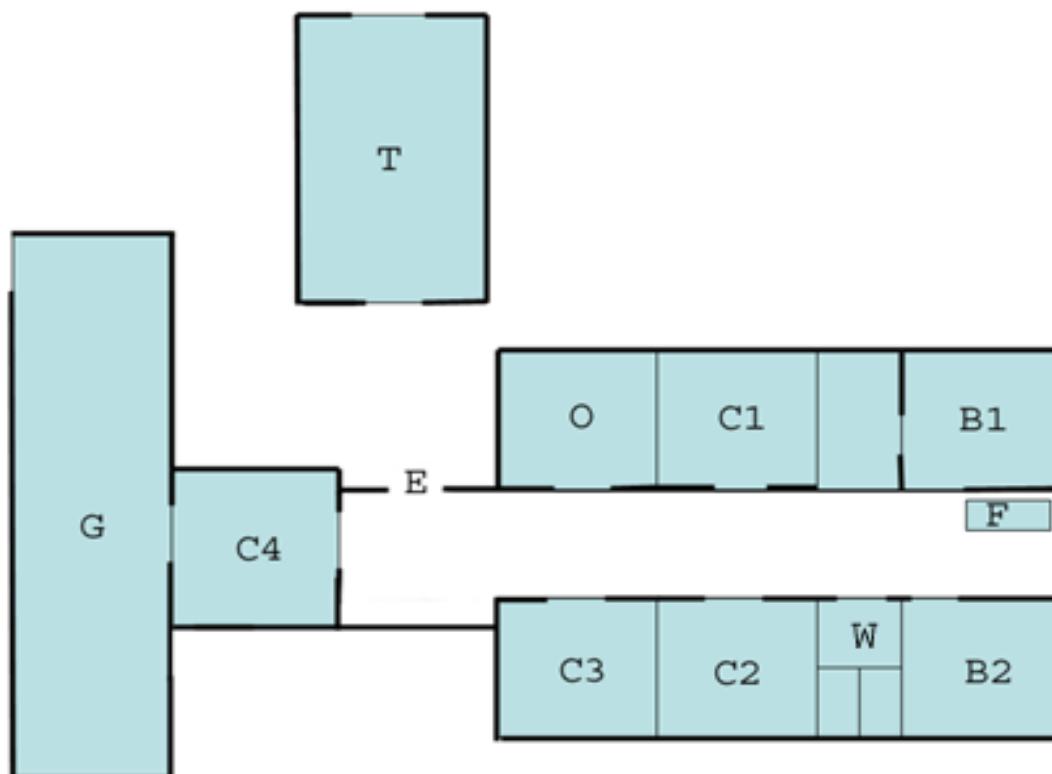
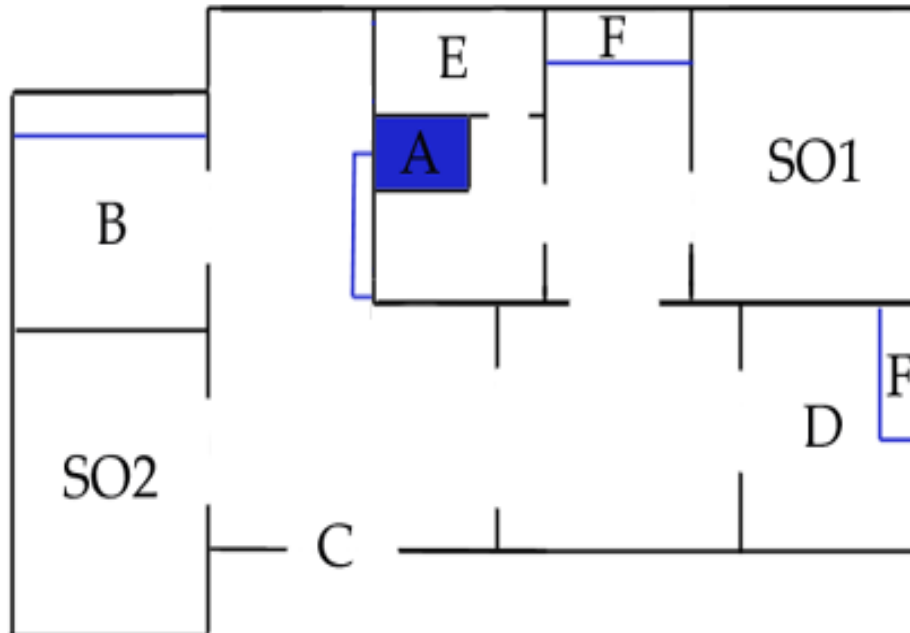


Schéma N° 1- secteur des hommes

- B1- Bureau médecins
- B2- Bureau médecins
- C1- Chambre de patients
- C2- Chambre de patients
- C3- Réanimation
- C4- Chambre de patients
- E- Entrée du service
- F- Coin des consultations
- G- Le service de chirurgie générale, accès vers le bloc opératoire et le secteur des femmes.
- O- Office de soins
- T- La tente
- W- salle de bain

Schéma N° 2- Bloc opératoire



- A- coin de lavage des mains et b'instruments en post opératoire.
- B- Bureau de la surveillante
- C- L'entrée du bloc
- D- Salle de stérilisation
- E- Les toilettes (emplacement contre tout règlement en face de la salle d'opération.
- F- Placard pour les instruments stériles.
- SO1 et SO2- Salles d'opérations

Unité de Soins



Photo 1 : équipement de la salle de réanimation



Photo 2 : coin des consultations



Photo 3 : unique « salle de bain » dans le secteur des hommes, incluant un WC et 2 lavabos, situation d'hygiène et propreté habituellement précaires.

Bloc opératoire



Photo 4 : appareil de radiographie portatif, ancien qui sert aussi pour les radiographies dans le service au le lit des patients ou dans le bloc de chirurgie générale.



Photo 5 : coin de lavage des mains, servant aussi pour le lavage des instruments de la chirurgie en post-opératoire.



Photo 6 : autoclave offert par le Japon.



Photo 7 : la boîte de stérilisation pour le matériel plastique



Photo 8 : manque de place pour le rangement du matériel stérile



Photo 09 : anesthésiste en cours de l'intervention.



Photo 10 : chirurgien en cours d'intervention (Dr. Pirzad)



Photo 11 : Produit de lavage d'instruments en post-opératoire avant stérilisation ?



Photo 12 : Quel matériel ? Quel type de chirurgie ?
La boîte d'implants d'ostéosynthèse du rachis cervical !!



Photo 13 : la table opératoire