



Le service d'Urologie Le service de Chirurgie générale de l'Hôpital Ali Abad Kaboul – Afghanistan

**Mission réalisée par le Médecin Général
Claude Dumurgier
Chirurgien des Hôpitaux Militaires**

Du 23 Novembre 2003 au 24 Janvier 2004



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

سفارت فرانسه در افغانستان

Plan

I-	Remerciements – Documentation	page 3
II-	Cadre général de la mission	page 5
III-	Le service d’urologie (23 nov – 24 déc 2003)	page 6
	1 Historique	
	2 Les locaux	
	3 Le personnel	
	4 Activités opératoires en urologie	
	5 Participation du missionnaire	
	6 Propositions pour le développement de l’urologie	
	Annexes urologie	
IV-	Le service de chirurgie générale (25 déc – 23 janv 2004)	page 17
	1 Historique	
	2 Le personnel	
	3 Les locaux	
	4 Activités opératoires en chirurgie générale	
	5 Participation du missionnaire	
	6 Propositions pour le développement de la chirurgie générale	
	Annexes chirurgie générale	
V-	Autres : Hôpitaux – Institut Médical Kaboul – ISAF	page 30
VI-	Conclusions	page 34

Je remercie particulièrement le Docteur Claude Dumurgier pour sa mission de deux mois au new Ali Abad Hospital de Kaboul cet hiver 2003 - 2004.

Les conditions de travail et de séjour sont en effet encore difficiles dans ce pays en pleine reconstruction.

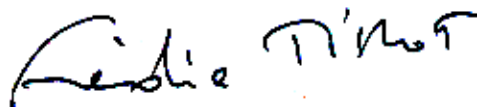
Mais c'est avec ce type de mission, de travail, de patience et d'écoute que le France, et notamment Lyon, reprendra tout son rôle dans la reconstruction du pays, de son système de santé, où les médecins français, et avec eux l'ensemble des professionnels de santé de notre pays, tiennent une place tout à fait privilégiée dans le cœur et la mémoire des Afghans.

La mission du Docteur Dumurgier n'aura pas été uniquement comme il l'écrit modestement « utile pour maintenir une présence de notre coopération à une période de l'année, où les missions courtes sont rares » mais la concrétisation au quotidien de cette relation privilégiée, et historique, qui existe encore entre Lyon et Kaboul, entre les équipes médicales françaises et afghanes. Cette proximité d'équipe à équipe sera le seul moyen d'accompagner les Afghans dans le recouvrement de leur dignité au sein de la communauté médicale mondiale.

Que le Docteur Claude Dumurgier, ainsi que tous les missionnaires français, dont les lyonnais,, qui avant lui ont su rapprocher les équipes et nos deux pays, soient ici remerciés.

Sans eux, il n'y aurait pas, il n'y aura pas, de coopération santé entre la France et l'Afghanistan.

*Docteur Frédéric Tissot
Chef du Projet Santé
Ambassade de France
Kaboul, le 30 janvier 2004*



Chapitre I

Remerciements et Documentation

Je voudrais remercier les autorités afghanes pour leur accueil chaleureux et professionnel. Dès le début de la mission, dans le service d'urologie tout comme dans le service de chirurgie générale et digestive, je me suis senti dans un environnement très favorable pour étudier le fonctionnement des services et chercher à élaborer avec les équipes chirurgicales les propositions pour améliorer la qualité des soins chirurgicaux.

Mes remerciements tout d'abord au Président de l'hôpital Ali Abad, le Professeur EXEER et toute l'équipe médico-administrative.

Mes remerciements aux professeurs Sayed Hassan MANAWI, Mehr Mohammad EDJAZI et Mohammad Zaman WARDAK du service d'urologie pour leur accueil si sympathique, ainsi que toute l'équipe chirurgicale et l'équipe de soins.

Mes remerciements aux professeurs Farid ADEL et Massoum AZIZI, ainsi qu'à leurs collaborateurs et collaboratrices et à toute l'équipe de soins tant dans le service des hommes que dans le service des femmes - avec une mention spéciale à la sœur Mariam, qui œuvre dans cet hôpital depuis plus de trois décennies et à Madame Nasrin TOUFANPOUR pour la qualité du bloc opératoire femmes avec des moyens très limités.

Mes remerciements à l'équipe des neurochirurgiens, des radiologues, des anesthésistes avec lesquels nous avons pu avoir des réunions franches et constructives.

Tout ce travail n'aurait pas pu être possible sans l'aide constante et éclairée du chef de projet santé près l'Ambassade de France, le Docteur Frédéric TISSOT qui a, de plus, mis à ma disposition dès les premiers jours de ma mission la salle « Lyon – Ali Abad », attenante à la Vice-Presidency avec tout le matériel d'informatique nécessaire pour un travail sérieux.

Mes remerciements vont aussi à :

- Florence MORESTIN, adjointe du Docteur TISSOT, souriante et énergique,
- Ingrid THOBOIS, professeur de langue française, qui a la tâche ardue de maintenir notre langue au milieu des hordes d'Anglo-Saxons, et qui donne notamment des cours au sein même d'Ali Abad,
- Monsieur Hussein KHADEM ZADEH, qui fut un guide incomparable et m'a aidé pour les échanges en Dari,
- Au Docteur Latif DELIRI, qui a une grande expérience des structures hospitalières de Kaboul et a une très grande disponibilité de tous les instants.

Mes remerciements pour l'accueil par les membres de l'Ambassade de France à Kaboul d'un ancien coopérant (treize années au Tchad et au Cambodge.)

Documentation

Les rapports des missionnaires à l'hôpital Ali Abad depuis 2002, en particulier :

- Rapport d'Hygiène Hospitalière (Dominique PAJOT),
- Rapport sur les blocs opératoires (Rolande CHALAMEL)
- Rapport du Docteur OBERLIN (chirurgien viscéral)
- Rapport du Docteur GUYOTAT (neurochirurgien des hôpitaux de LYON)
- Rapport « Système de référence hospitalière » en Afghanistan : Enjeux et perspectives (2003-2006), Ambassade de France

Pour éviter les redites j'ai volontairement été succinct sur les problèmes d'hygiène hospitalière pour noter les quelques améliorations par rapport aux remarques des missionnaires précédentes.

A mesure que se développera la coopération médicale FRANCE- AFGHANISTAN, deux ou trois réunions par an regroupant les missionnaires (anciens et futurs), le chef de projet santé à Kaboul, le Dr. TISSOT, les responsables des relations internationales (Faculté de médecine, Hospices civiles de Lyon), le président de la CME, le Professeur Etienne TISSOT seront très utiles, quai des Célestins, pour rendre plus efficaces nos actions sur le terrain. J'appuie entièrement la suggestion du Dr. J. GUYOTAT (Rapport de mission)

* * *

Chapitre II

Cadre général de la mission

Dans le cadre du partenariat entre les Hospices Civils de Lyon et l'Hôpital Ali Abad, cette mission longue de deux mois a été la première pour le service d'urologie (un mois) et le service de chirurgie générale¹ (un mois).

Le programme a été décidé lors d'une réunion tenue le 23 novembre 2003 dans le bureau du directeur de l'hôpital, le Professeur EXEER, en accord avec le Docteur Frédéric TISSOT, chef du projet santé auprès de l'Ambassade de France.

L'objectif a été de faire un état des lieux de l'urologie. Ce service est le seul du pays à prendre en charge la chirurgie urologique et à former les futurs urologues.

Pour la chirurgie digestive, le service de l'hôpital Ali Abad est un des sept services de chirurgie générale dans les hôpitaux publics. Aussi proposons-nous qu'il s'oriente vers la chirurgie digestive spécialisée et la chirurgie vasculaire, à moyen terme.

Au cours de mon séjour d'autres réunions complémentaires ont pu être organisées :

- 1) avec les Neurochirurgiens pour leur faire part des propositions du rapport de Docteur J.Guyotat, neurochirurgien des hôpitaux de Lyon, après sa mission de novembre 2003.
- 2) Avec les Anesthésistes, pour la mise en place des feuilles de surveillance d'anesthésie et de la salle réveil² (traduite en Dari, après la mission d'anesthésie de novembre 2003).
- 3) Avec les responsables de la Radiologie, pour décider de l'emploi des appareils «MOBILE» japonais, avec une liste de travaux à prévoir, pour pouvoir les manœuvrer facilement.

¹ Une mission hors de ce cadre a été effectuée par le Docteur Philippe OBERLIN en avril 2003 (deux semaines)

² Je pense que cette feuille de surveillance doit être bilingue : Dari- Anglais. Les aides anesthésistes sont tous anglophones. Ils ont fait leurs études en utilisant l'anglais comme langue étrangère.

Chapitre III

Le service d'urologie de l'hôpital Ali Abad

1 - Historique

Ce service s'est autonomisé des services chirurgicaux de l'ancien Hôpital Ali Abad, il y a une trentaine d'années, Professeur KARMAL, qui fut le premier urologue afghan.

Dès 1980, ce service d'urologie comprenait 70 lits d'urologie (hommes, femmes et grands enfants). Il était dirigé par le Professeur MEHR MOHAMMAD EJAZI, de formation chirurgicale et urologique à Lyon : CES chirurgie générale (Professeur P. MALLET-GUY, 1964-1967) et Spécialité d'urologie (1973-1977), chez les professeurs J. PERRIN, J. P. ARCHIMBAULT, A. LERICHE).

Ce service d'urologie est le seul du pays et a toujours eu une vocation universitaire.

Suite aux bombardements (1994), l'hôpital Ali Abad a brûlé. Le personnel et les moyens- où ce qu'il en restait- ont été transférés au New Ali Abad Hospital, au nord de la montagne Ali Abad, dans le service de gynécologie de la Maternité Malalaï.

A partir de 1995, plusieurs spécialistes d'urologie ont préféré se réfugier dans des pays voisins. Ainsi le Professeur EJAZI, ancien recteur, ancien ministre a été quelques années à PESHAWAR et vient de revenir à Kaboul, comme professeur et consultant d'urologie à l'hôpital Ali Abad.

L'actuel service de chirurgie urologique est trop exigu.

2 - Les locaux

Hospitalisation Hommes

4 lits post-opératoires (les 24 premières heures) et 23 lits répartis dans des chambres rustiques, mais bien chauffées en hiver de 4 à 6 lits, très proches, avec petite table de nuit. Tout est ancien, plus ou moins rouillé, mais régulièrement entretenu.

Hospitalisation Femmes

10 lits dans deux chambres de cinq lits très rapprochés, sans point d'eau. En cas de besoin un ou plusieurs lits peuvent être disposés dans des couloirs étroits. Durant ce mois de décembre le taux de remplissage était supérieur à 100%, malgré des durées d'hospitalisation courtes pour des actes chirurgicaux à ciel ouvert, les gestes endoscopiques étant encore rares (<10%).

Le Bloc opératoire Hommes

Il comprend deux salles d'opération dont une n'a pas d'éclairage électrique (salle II : petits gestes urologiques avec courte anesthésie ou sans anesthésie : sondages, dilatations, sutures...). La salle I possède un équipement anesthésique complet (monitor, extracteur d'O₂ « TAEMA » respirateur Japonais...)

Il est à noter que les deux aides anesthésistes (formés en deux ans) travaillent en alternance et de manière très efficace, très vite et bien. Plus de trois quarts des interventions sont faites sous anesthésie locorégionale. Il existe un dossier clinique, un ECG préopératoire pour les personnes âgées. Pas de salle de réveil.

Pas d'incident anesthésique pendant le mois de décembre.

Ce sont les anesthésistes qui font la prescription pour les patients qui peuvent payer. A titre d'exemple pour une opération de la prostate, le patient arrive au bloc opératoire, tout habillé (pas de douche, pas de rasage) avec son sac contenant :

- Sonde urinaire " FOLEY " (à double courant)
- Sparadrap
- LIDOCAINE, deux ampoules (anesthésie locorégionale)
- Eventuellement antibiotiques, médicaments spécifiques.

L'hôpital fournit les solutés, les aiguilles à usage multiple, les antiseptiques, les produits d'anesthésie générale.

Conditions dans le bloc Hommes : L'endoscopie urinaire pour les résections prostatiques et les tumeurs de la vessie sont réservées aux petites tumeurs. Le liquide de lavage est de l'eau bouillie qui provient d'un seau cylindrique accroché près du plafond. Le chauffage de la salle est assurée par un poêle à bois (la température extérieure est nettement inférieure à 0°C, les mois d'hiver)

Le Bloc opératoire Femmes

Ce sont à peu près les mêmes conditions, le même matériel anesthésique. Si la salle II ressemble à la salle II du bloc « hommes », par contre la salle I est beaucoup plus éclairée, plus conforme aux règles modernes. Elle a été repeinte et réhabilitée par l'Ambassade de France.

La surveillante, Madame Nasrin TOUFANPOUR, malgré le peu de moyens, parvient à appliquer les règles d'hygiène, recommandées par le rapport « Hygiène hospitalière ».

Dans les deux blocs il y a des panseurs instrumentistes très opérationnels et bien formés :

- trois dans le bloc hommes, plus deux brancardiers,
- deux dans le bloc femmes, plus la surveillante.

Dans le bloc femmes on traite aussi les patients (tes) de neurochirurgie (trois matinées opératoires par semaine)

3 - Le personnel (annexe 1 urologie)

En 2003, le chef de service d'urologie est le professeur MANAWI, formé à l'université de Dublin (5 années), puis praticien en Angleterre durant cinq années. Professeur de chirurgie urologique à l'IMK, il est responsable de la formation des jeunes urologues³.

Mais son activité opératoire est réduite. Il est consulté pour toutes les indications opératoires.

Le Professeur EJAZI rentré récemment de Peshawar, est très respecté par tout le personnel, avec lequel il a travaillé dans l'ancien Hôpital Ali Abad. Sa longue formation lyonnaise facilitera grandement la coopération médicale entre Lyon, l'Hôpital Ali Abad et l'IMK.

Le Professeur Zaman WARDAK plus jeune, a été complètement formé en Afghanistan par les professeurs EJAZI et MANAWI. Il a fait des stages de perfectionnement en Inde.

C'est un opérateur remarquable pour la chirurgie urologique ouverte. Grâce à deux missions en novembre 2002 et août 2003 du Docteur EMERY (USA), qui a apporté le matériel d'endoscopie urinaire STORZ, le Professeur ZAMAN a commencé les résections prostatiques. A noter qu'il y avait déjà du matériel endoscopique en 1980, apporté par Professeur EJAZI, mais il a en grande partie disparu dans l'ancien Ali Abad.

Le Docteur EMERY devrait revenir en mars ou en avril 2004 pour le complément de matériel endoscopique et faire un atelier d'endoscopie urinaire.

Le Professeur ZAMAN exécute la grande majorité des interventions chirurgicales, supervise les consultations, participe aux visites quotidiennes après discussions avec le chef du service, le Professeur MANAWI. Les indications opératoires sont posées après un examen clinique et l'étude de l'imagerie médicale (urographies de qualité médiocre et des échographies faites surtout dans des cabinets privés). Si l'urographie n'est pas contributive pour le diagnostic, des injections rétrogrades du haut appareil urinaire sont faites après la mise en place d'une sonde urétérale par voie endoscopique. Les dossiers cliniques remplis par les résidents sont complets et suffisants pour poser une indication à Kaboul.

Seul service formateur du pays pour l'urologie, il y a auprès des trois professeurs, deux urologues qui ont passé dix années dans le service : les Docteurs SAYED et DADULLAH (voir annexe n° 3). Ils sont considérés comme jeunes spécialistes (deuxième degré de la spécialité).

³ Il y a plusieurs degrés (un degré dure trois années) pour devenir urologue. Jusqu'à six, pour devenir professeur associé.

En dessous, il y a six internes qui vont soit s'orienter vers l'urologie comme spécialité exclusive, soit comme chirurgiens généralistes faisant trois ou six mois d'urologie dans le cadre de leur cursus pratique organisé par l'IMK ou le ministère.

Enfin plusieurs chirurgiens généralistes seniors à orientation viscérale sont présents au bloc opératoire et aux visites pour acquérir une compétence urologique. Ils viennent des hôpitaux de Wazir ou Djamouriat ou encore de l'hôpital militaire. A l'inverse, les chirurgiens urologues font de la chirurgie générale autant que digestive au cours de leurs activités privées⁴.

La liste du personnel du service d'urologie est citée en annexe n° 1, de même que celle de l'équipe de soins (Pavillon Hommes) :

- quatre infirmiers d'hospitalisation,
- trois infirmiers panseurs,
- deux brancardiers,
- une dizaine d'ouvriers appelés « domestiques » (qui correspondent à des ASH) et qui assurent les tâches dans le service d'hospitalisation, qui ont déjà été analysées dans les rapports des infirmières des HCL, en mission en 2003.

4 - Activités opératoires (annexe 2 urologie)

Il y a cinq matinées opératoires :

- samedi, lundi, mardi : Urologie hommes,
- dimanche et mercredi : Urologie femmes,
- jeudi : grand nettoyage de bloc opératoire.

En cas d'urgence urologique, l'après midi, la nuit ou le vendredi, l'intervention chirurgicale est faite par les urologues dans le bloc opératoire de chirurgie générale hommes.

Malgré le manque de moyens, ce qui caractérise la chirurgie urologique, c'est la rapidité des interventions réalisées avec une grande maturité, une étonnante précision des gestes. Ainsi le temps opératoire pour exécuter une adénomectomie, dépasse rarement quinze minutes « de la peau à la peau ».

⁴ Ce que j'ai pu constater lors d'une visite dans la clinique privée SHINO ZADAH où le Professeur ZAMAN travaille avec une quinzaine d'autres chirurgiens. Il y a une deuxième clinique chirurgicale privée : a clinique MOUSSA WARDAK. Le propriétaire est le Pr. MOUSSA WARDAK, ancien chirurgien militaire. Il y a une soixantaine de lits, une quinzaine de chirurgiens. Les locaux (hospitalisation, bloc) le matériel... sont de meilleure qualité qu'à SHINO ZADAH. On y fait de la chirurgie orthopédique, générale et urologique.

Les gestes sur le haut appareil (néphrectomie, extraction de calculs) durent en moyenne, trente minutes, même chez les patients ou patientes bien enveloppées.

Pas de reprise chirurgicale durant mon séjour.

La liste des interventions est en annexe n° 2. On peut remarquer :

- qu'il n'y a pratiquement pas de *Cancérologie urinaire*. Pendant un mois deux cancers de prostate ont été récusés et il y a eu seulement un cas de cancer du testicule et un cas de cancer de vessie. Le seul examen est le Toucher Rectal (pas de PSA, pas de biopsie, pas d'échographie ni d'endoscopie pour prélèvements),
- la pathologie prostatique bénigne est prédominante de même que la lithiase du haut appareil urinaire à des stades avancés,
- les suites opératoires sont simples sur le plan général et local (deux suppurations au cours des pansements, qui sont faits par les infirmiers et supervisés par les médecins.)
- les suites à distance sont parfois plus difficiles :
 - o récurrences lithiasiques (car les conseils hygiéno- diététiques sont difficiles à faire appliquer...),
 - o sténoses post-prostatectomie : Il semble qu'elles apparaissent aussi bien après MILLIN qu'après FREYER. Il serait intéressant d'en rechercher les causes car leur traitement est décevant et sera facilité par le développement de l'endoscopie (cervicotomie endoscopique),
 - o récurrences des sténoses urétrales :

Enfin il n'y a pas d'examen cyto-bactériologique des urines, ni d'antibiogramme dans la pratique courante. Les patients reçoivent une antibiothérapie systématique comprenant deux à trois antibiotiques, pendant cinq à six jours.

Etant donné les conditions de travail, on peut considérer que cette équipe d'urologie pratique une chirurgie urologique ouverte de grande qualité avec des moyens très limités et qu'elle dispose d'une marge de progression pour la chirurgie urologique moderne (endoscopie urinaire, néphrolithotomie percutanée, coelio-chirurgie quand elle disposera des nouvelles technologies et bénéficiera d'un apprentissage grâce aux missions ultérieures (Prof. PERRIN...).

J'ai noté quelques améliorations de l'hygiène par rapport à ce qui avait été décrit par les infirmières missionnaires (Savon fragmenté, nettoyage des instruments avant de les passer à l'autoclave...), mais les limites sont vite atteintes du fait de la pénurie de consommables, d'antiseptiques et parfois d'eau...

5 - Participation personnelle aux activités du service d'urologie

1. Visites matinales dans les services hommes et femmes,
2. Pratique d'une dizaine d'interventions soit comme opérateur, soit comme aide,
3. Cours⁵ (donnés en langue anglaise) avec transparents traduits en dari par Mr Hussein Zada sur les thèmes suivants :

- Adénome de la prostate (diapositives)
 - Base anatomiques, clinique.
 - Traitement : méthodes et indications en Europe.

- Cancer de la prostate (diapositives)
Les méthodes thérapeutiques actuelles en Europe.

Pour ces deux questions, j'ai fait un exposé complet :

- sur le P.S.A.
- sur les biopsies prostatiques (Score de Gleason)
- sur les indications.

- Les traumatismes du rein

Rôle de l'imagerie médicale permettant la classification des patients hémodynamiquement stables, qui oriente les indications opératoires ou la surveillance clinique et radiologique débouchant parfois sur quelques indications secondaires.

- Les fistules vesico-vaginales post-obstétricales
Illustrées par le film fait en 1995 au Niger par le Dr. Ludovic FALANDRY.
Nombreux commentaires mais finalement les cas de fistules post-obstétricales sont rares, ce qui montre que le niveau global de la santé en Afghanistan, malgré les années terribles est probablement supérieur à beaucoup de pays africains (une étude dans les provinces reculées serait intéressante à faire : par l'UNFPA, comme au Pakistan ?)

6 - Propositions pour le Service d'urologie

a. Matériel et travaux

Pour le service d'hospitalisation

Quelques actions à coûts limités peuvent être entreprises (réparations électriques, points d'eau supplémentaires, douches, travaux de peinture), mais ces locaux ne pourront jamais être mis à un niveau compatible aux normes d'hygiène moderne.

⁵ L'utilisation des moyens audio-visuels reste aléatoire. Sur les sept cours, trois ont été perturbés par des pannes d'électricité, seul les blocs opératoires sont reliés au générateur de l'hôpital.. Il y a un gros générateur pour tout l'hôpital mais très gourmand en fuel !

Pour le bloc opératoire hommes

L'amélioration de l'alimentation en eau : actuellement eau non stérile qui s'écoule d'un arrosoir. En hiver, cette eau est chauffée dans des seaux grâce à des résistances. Les instruments, après nettoyage avec de l'alcool sont souvent resservis pour la deuxième intervention.

Pour le matériel

- les sondes de FOLEY sont en quantité très insuffisante. En pratique elles sont fournies par les patients.
- pour l'endoscopie urinaire, tant souhaitée par les urologues, une partie du matériel a été fournie par le Dr. EMERY (USA) qui devrait apporter un complément en AVRIL 2004. Le Professeur PERRIN devra apporter les optiques 0°, 30° et 70° ainsi que des anses diathermiques pour les résections, pour la durée de sa mission.
- fourniture de consommables lors de la mission d'urologie (Pr. P. PERRIN) :
 - o des sondes urétérales (les sondes à usage unique servent de multiple fois...), avec RACCORDS pour branchement à des sacs à urine.
 - o des sondes de néphrostomie (MALECOT, CUMMINGS)
 - o filiformes (dilatation)
 - o bougies de toute taille à bout olivaire et effilé.
 - o mandrins de FREUDENBERG.Si possible :
 - o ciseaux MAYO et METZENBAUM, qui coupent (droits et coudés).
 - o instruments fins...

Pour les documents

Polycopiés de l'université de Lyon, livres récents de techniques chirurgicales urologiques, films VIDEO, CD ROM... qui seront reproduits et rendus aux missionnaires.

Pour le choix d'un abonnement (à discuter avec le Pr. P. PERRIN)

- «Progrès en urologie » ?
- "British journal of urology" ?
- "Urology"?

Pour l'introduction du PSA ou Prostatic Specific Antigen (fréquence de la chirurgie prostatique) j'en ai discuté avec l'interne de pharmacie François-Xavier BABIN. Ce sera possible dès que les techniques ELISA seront mises en place (hépatites, sérologies...). En principe fin 2004.

b. Formation

C'est l'avenir, la finalité de nos actions, pour assurer le développement durable de la coopération médicale franco-afghane.

Si le rôle des missions d'enseignement est incontournable, après une absence de plus de deux décennies (guerre civile), en particulier pour le transfert de technologies (atelier d'endoscopie urinaire, atelier de coelio-chirurgie...), la formation des quelques spécialistes dans nos hôpitaux sera le garant de nos actions de coopération à long terme.

Du fait des événements depuis 1978, la formation de dizaines de spécialistes et de professeurs afghans n'a pas produit les fruits que l'on attendait, la plupart ayant émigré...

Mais la présence à Kaboul de quelques rares et éminents collègues - Professeur EJAZI, Professeur AHMADI - font penser qu'il faut recommencer cette formation longue pour quelques pôles d'excellence à l'hôpital Ali Abad :

- chirurgie urologique.
- neurochirurgie.
- chirurgie générale, digestive et vasculaire.

Les chefs de file doivent être formés en France et plus particulièrement à Lyon en langue française, grâce à des séjours d'une ou deux années, répétés (AFS, AFSA, professeur à titre étranger) sur une période de dix années au moins, en utilisant dans un premier temps les possibilités actuelles en France de postes FFI.

Après discussion avec le Professeur MANAWI, j'ai fait une courte liste : (voir annexe 3 pour fiche plus détaillée).

- en 2004 : Docteur Mohammad Akbar SAYED,
- en 2005 : Docteur Tariq ERSHADI
- en 2006 : Docteur DADULLAH

Annexe 1 Urologie

Personnel médical du Service d'urologie Ali Abad en décembre 2003

Professeur Sayed Hassan MANAWI, Chef du service
Professeur Mehr Mohammad EJAZI, Consultant, ancien recteur, ancien ministre
Professeur Mohammad Zaman WARDAK, Chef de service adjoint

Résidents seniors

- Dr. Mohammad Akbar SAYED, 45 ans, formation médicale IMK, 10 ans dans le service d'urologie.
- Dr. DADULLAH, 38 ans, formation médicale au Tadjikistan, 10 ans dans le service d'urologie.

Résidents juniors

- Dr. QADER,
- Dr. WASSY,
- Dr. Beena NAJIBULLAH (trois mois en urologie dans le cadre de la formation de chirurgie générale),
- Dr. Tariq ERSHADI (urologie exclusive).

Chirurgiens praticiens en provenance d'autres hôpitaux de Kaboul pour un perfectionnement en urologie

- Dr. NAEEM, de l'hôpital Wazir Akbar Khan,
- Dr. KASSIM, de l'hôpital Wazir Akbar Khan,
- Dr. Rahim NOORZAI, de l'hôpital Djamouriat.

Annexe 2 Urologie

Activités opératoires dans le Service d'urologie du 29 novembre au 29 décembre 2003 Service hommes et femmes

Salle I

1	Lithiase urinaire : 30	
-	Néphrectomie :	
-	Hydronéphrose : rein non fonctionnel-----	13
-	Pyonéphrose-----	2
-	Extraction de calcul pyélique ± Caliciel-----	10
-	Calcul urétéral-----	5
2	Tumeurs prostatiques : 24	
-	Adénomectomie :	
-	MILLIN -----	7
-	FREYER -----	15
-	Résection Trans Urétérale (RTU) -----	2
3	Malformation jonction pyelo-uretrale :	
-	Pyéloplastie -----	1
4	Urethre	
-	Urèthro-plastie -----	5
-	Chemin de fer-----	7
-	Sténoses post – prostatectomie-----	5
5	Cancerologie appareil urinaire	
-	Testicule -----	1
-	Vessie -----	1
6	Circoncision-----	1
7	Cystostomie (blessé médullaire) -----	2
8	Cystoscopie (exploration pour pyélographie rétrograde) -----	6
9	Hernie inguinale -----	3

86

Salle II

Quelques gestes sous anesthésie locale, en générale de courte durée :

- suture secondaires : 2
- Dilatations : presque tous les jours
- Changements de sonde etc...

Annexe 3 Urologie

Candidats volontaires pour un stage FFI urologie à Lyon

(Sous réserve de l'apprentissage de la langue française pendant quelques mois **avant** le départ à Lyon.

1- Docteur Mohammad Akbar SAYED

45 ans, marié, cinq enfants. Etudes de médecine à l'IMK (1980-1987), puis cinq années de chirurgie générale dans un hôpital de la province de Djalalabad. Retour à Kaboul en 1992. Attiré par la chirurgie urologique, il choisit le département d'urologie de l'hôpital Ali Abad. Il a terminé le deuxième degré de la spécialité d'urologie (chaque degré dure trois ans).

Bon praticien en chirurgie à ciel ouvert, il aimerait surtout acquérir les connaissances pratiques pour l'endoscopie urinaire et les techniques de néphro-lithotomie percutanée. Est volontaire pour des cours intensifs de langue française (trois mois) dès que sa candidature sera retenue.

2- Docteur Tariq ERSHADI

29 ans, célibataire. Ancien du lycée Esteqlal, Baccalauréat à 17 ans. Connaît bien le français (++), l'anglais, l'urdu et le dari. Etudes médicales à l'IMK. Puis réfugié au Pakistan à partir de 2000 et retour à Kaboul à la fin de 2001. A fait une année, sans poste officiel, en urologie (2001- 2002) puis interne en urologie en 2002 - 2003. A fait la première année du premier degré de la spécialité. Moins expérimenté que les deux autres.

Très bon candidat pour une formation complète en France (deux ans d'AFS) alors que les deux autres candidats plus âgés, mariés, souhaitent ne faire qu'une année d'endoscopie urinaire.

3- Docteur DADULLAH

38 ans, marié. Etudes médicales Université Tadjikistan durant 7 années. Acquisition du certificat de chirurgie générale. Depuis 10 ans, affecté au département d'urologie de l'hôpital Ali Abad.

Bon praticien de chirurgie urologique à ciel ouvert. Aimerait acquérir la pratique de l'endoscopie urinaire et de la coelio-chirurgie. D'accord pour suivre les cours intensifs de Français (dès que sa candidature sera retenue).

Chapitre IV

Service de chirurgie générale

1 - Historique

Ce service est l'héritier du service de chirurgie générale de l'ancien hôpital ALIABAD, détruit en 1994 (incendie après bombardement), situé à proximité de la faculté de médecine (IMK) où se sont illustrés quelques éminents patrons français (Professeurs BOULANGER SERAFINO, SPAY, REISS...) et afghans (Professeur HOSSEINI, LOUDIN, EJAZI...)

On venait y consulter, même de l'étranger (Pakistan, Républiques musulmanes d'URSS...). Fin 1994, le service s'est replié en pleine nuit au nord de la montagne d'Ali Abad, pour s'installer jusqu'à ce jour dans les bâtiments de l'ancien service de gynécologie de la maternité MALALAI.

2 - Le personnel (annexe 1 chirurgie générale)

En 2004, le service est dirigé par le Professeur Farid ADEL (environ 45ans, qui a fait sa médecine en URSS, durant sept années, qui n'a plus quitté KABOUL jusqu'à ce jour). Le Professeur Massoum AZIZI (55ans, formé à l'IMK), vient de rentrer de Peshawar, après six années d'exil. C'était l'ancien chef de service. Ce service devrait se scinder en deux unités, ce qui est difficile à cause des locaux disparates. Ils dirigent une vingtaine de chirurgiens assistants avec des statuts différents :

- deux chirurgiens seniors : Dr. ANSARI et Madame Samia MUHSIN qui est professeur- assistant,
- trois résidents seniors,
- six résidents juniors, des stagiaires, des chirurgiens provinciaux en perfectionnement...

3 - Les locaux

Les locaux d'hospitalisation

Ils sont bien entretenus mais dispersés : lessivage du sol une ou deux fois par jour, des murs une fois par semaine.

Dans le secteur hommes

Il y a trente deux lits avec une chambre pour les post-opérés (<24h) et les urgences de la nuit : 8 à 10 lits. Il y a une chambre de 4 lits pour les femmes, ainsi que 4 chambres femmes (une de 12 lits et trois fois 4 lits)

Les lits sont très proches les uns des autres, parfois se touchent et les patients septiques côtoient ceux qui ont bénéficié d'une chirurgie propre : un goitre et un abcès appendiculaire par exemple.

Dans le secteur femmes

Il y a une chambre pour les post-opérées de cinq lits, mais commune aussi à la neurochirurgie et à l'urologie femmes (en post-opératoire); c'est insuffisant, vu le débit opératoire des trois services.

Il existe une autre chambre (5 à 6 lits) des femmes, après leur sortie de la chambre post-opératoire ou pour bilan. Toutes ces chambres sont bien entretenues et bien chauffées avec des poêles à bois ou à sciure.

Les examens complémentaires sont exécutés dans des délais rapides, après la prescription.

Il y a un **laboratoire de biologie médicale** : examens hématologiques, biochimiques (sauf l'ionogramme). Je n'ai jamais vu de résultats bactériologiques... Les examens anatomopathologiques sont faits dans des laboratoires privés. Si les patients ont de l'argent, ils sont faits en double (envoi d'un échantillon à Peshawar, au Pakistan).

Le **service de radiologie** fait les ASP et les radios des poumons. Je n'ai vu qu'un lavement baryté très peu contributif mais la préparation colique est difficile à réaliser (1 seul WC par service, quelques points d'eau qui fonctionnent de manière intermittente...) Les échographies (deux appareils) ne sont pas toujours faites correctement surtout sur le plan de l'interprétation.

La mise en place d'un **service d'endoscopie digestive** a été un grand progrès (Oesogastroscolopie, colonoscolopie) avec le Dr. SIDIQI, gastro-entérologue endoscopiste depuis plusieurs années et la collaboration très efficace mais intermittente du Professeur WIENBECK (de Dusseldorf), en retraite. Un bel exemple de coopération franco – allemande, puisque le projet santé de la France a construit les locaux, le Pr. WIENBECK a apporté les endoscopes.

Bloc Opératoire

Deux salles d'opérations - une ronde dite septique, où se font toutes les urgences, l'autre rectangulaire dite aseptique - assez vastes pour la chirurgie générale, claires (ce qui peut être utile en cas de problème d'alimentation électrique...).

Dans les salles d'opération, il y a parfois trop de matériel (dans la salle I il y a trois scialytiques, deux aspirateurs, deux extracteurs d'oxygène...), une partie fonctionne, l'autre devrait être réformée. Mais il n'y a pas de place pour le stockage, ni de service de maintenance opérationnel en dehors des prises électriques, ampoules...

Les tables sont anciennes, mais suffisantes pour la chirurgie générale.

Il y a un bon scialytique, mais un manque d'ampoules. En cas de panne d'électricité ils sont alimentés par batterie ou le générateur. Le matériel d'anesthésie, comme dans les

autres blocs, est correct (« monitor compact » mais très robuste donné par les Japonais, bistouri électrique « VALLEY LAB », mais ancien, plusieurs aspirateurs...)

La salle de stérilisation est grande, mais le matériel est vétuste (poupinels, autoclave). On y lave le matériel, puis stérilisation. Les consommables (la plus grande partie est fournie par le patient ou sa famille) ne manquent pas. Le chauffage des blocs est très juste : résistances électriques soviétiques...

Le lavage des mains: eau froide provenant d'un arrosoir (deux fois sur trois), savon fragmenté (comme cela avait été demandé après la mission d'hygiène de Lyon), suivi d'un trempage dans une solution d'antiseptique. Les blouses sont en bon coton, mais sont souvent humides (à cause d'une stérilisation probablement peu adéquate). Les gants sont dans des pochettes en tissu et servent pour plusieurs interventions. Ils sont restérilisés, si ils sont intacts. Les instruments de chirurgie sont anciens et très usés. La plupart des ciseaux coupent mal. Il y a quelques écarteurs, qui sont peu utilisés.

Quant aux ligatures : certaines viennent de la dotation de l'hôpital, d'autres sont apportés par le patient (te) : soie et catgut chromé, le plus souvent monté sur aiguille, à usage multiple.

Mes remarques sur la pratique chirurgicale rejoignent celles du Dr. OBERLIN (Avril 2003) :

- fréquence des voies paramédianes
- anastomoses digestives en deux plans.
- rigueur de l'hémostase.
- dissection précise attestant que l'anatomie chirurgicale est bien connue.
- drainages et sondes gastriques sont quasi-systématiques dès le réveil, le ou la patiente rejoint la chambre dite des « post-opérés », qui bénéficie d'une surveillance accrue par rapport aux autres chambres, mais ce ne sont pas des salles de réveils.

4 - Activités opératoires (annexe 2 chirurgie générale)

J'ai pu relever les interventions chirurgicales faite en novembre et en décembre 2003 dans le service de chirurgie générale (annexe n° 2)

Le chef de service distingue :

➤ Les « Emergency Cases » : Interventions faites pendant les gardes, le plus souvent l'après-midi et la nuit par l'équipe de garde. Cette activité pour les deux mois de l'étude est supérieure à l'activité de « Selective Cases ».

➤ Les Selective Cases : ce qu'on appelle la chirurgie froide ou la chirurgie réglée. La différence du nombre d'interventions entre novembre (182) et décembre (295) s'explique en grande partie, à cause du Ramadan et la fête de l'AID, soit près de 27 jours en novembre 2003.

➤ Les Emergency Cases sont opérés par les équipes de garde. Chaque équipe comprend trois chirurgiens de niveau différent. En cas de nécessité, ils peuvent faire appel au chef de service, ce qui est rare. Le plus jeune de l'équipe de garde (12h, jusqu'au lendemain 8h) est l' « Emergency Room Doctor ». C'est lui qui décide l'admission ou non dans le service de chirurgie. Tous les emergency cases (chirurgie générale, urologie et neurochirurgie) sont opérés dans la salle ronde dit septique du bloc chirurgical hommes de chirurgie générale. Si l'urgence, à la porte relève de l'urologie ou de la neurochirurgie, l'intervention sera faite dans le bloc de chirurgie générale (salles des urgences chirurgicale ou salle septique) par les chirurgiens spécialistes d'urologie ou les neurochirurgiens appelés par les chirurgiens de garde de chirurgie générale. Le bloc opératoire est nettoyé tous les jours (eau + savon) en particulier entre le service de garde et le service de jour.

➤ Pour les « Selective cases », il y a cinq matinées opératoires : samedi, dimanche, lundi, mardi, mercredi. Le jeudi matin : grand nettoyage.

L'activité opératoire est importante (477 interventions) pour novembre et décembre 2003 et illustre bien les qualités et les défauts de la chirurgie en Afghanistan :

Les qualités : bonne connaissance des techniques opératoires, temps opératoires parfaitement exécutés, hémostase rigoureuse, suites opératoires simples, et grâce aux visites les soins post-opératoires sont quotidiens, attentifs (en particulier au cours des visites et contre - visites). Les prescriptions adaptées.

Les défauts qui seront rapidement corrigés avec l'amélioration de la culture chirurgicale et des moyens, sont surtout manifestes pour les pathologies plus rares où l'indication opératoire est plutôt symptomatique.

Un exemple : pour un ictère par obstruction avec une grosse vésicule, on fait une dérivation cholecysto-jéjunale avec un diagnostic pré et per-opératoire hypothétique. Les suites sont parfaitement simples. Cette attitude est souvent justifiée vu la pénurie de moyens opératoires. Il faudra attendre un certain temps pour traiter les cancers digestifs⁶... Mais pour la majorité les interventions de chirurgie générale (appendicites, péritonites, hernies, occlusions intestinales) on peut dire que méthodes, indications et résultats sont tout à fait satisfaisants.

5 - Participation personnelle aux activités du service de chirurgie générale

1- Réunion de service tous les matins à 8h30 qui se tient dans la salle de garde : le plus jeune interne rapporte les événements chirurgicaux de l'après-midi et de la nuit. Il est debout face à ses collègues, à son patron. Le chirurgien de garde qui a opéré décrit l'indication, les méthodes utilisées, les découvertes per-opératoires et les suites

⁶ Actuellement ni radiothérapie, ni chimiothérapie.

immédiates. Critiques constructives des autres chirurgiens et conclusion du chef de service, qui signe le cahier de garde.

A la différence de service d'urologie, un compte rendu opératoire détaillé est écrit dans le cahier de protocole et sur l'observation clinique qui est très bien tenue, avec suites opératoires quotidiennes jusqu'à la sortie du patient.

2- La réunion est suivie de la grande visite quotidienne et des pansements dans les secteurs hommes et femmes. Les pansements sont faits par les médecins avec des plateaux individuels pour chaque patient (tout incident, toute nouvelle prescription est inscrite sur l'observation)

3- Bloc opératoire (salle I et II) : Participation à une quinzaine d'interventions comme opérateur ou comme aide.

Il y a une amélioration des règles d'asepsie par rapport aux descriptions antérieures malgré les « fluctuations » d'approvisionnement en matériel, en consommables, le manque d'eau courante...

4- Trois conférences ou "Lectures" en langue anglaise :

- Traitement des traumatismes fermé ou ouverts de l'abdomen (diapositives sur les plaies abdominales)

- Etiologie
- Mécanisme
- Clinique et imagerie
- Méthodes thérapeutiques (organes creux, organes pleins)

- Traitement des plaies vasculaires (diapositives)

- Physiologie : hémorragie - ischémie
- Clinique
- Facteurs de gravité
- Méthodes thérapeutiques

- Hypertension portale (CD Rom : expérience au Cambodge)

- Physiopathologie
- Clinique et diagnostic
- Méthodes thérapeutiques.

J'ai utilisé les transparents (traduction en dari).

C'est pour moi l'occasion de remercier Monsieur Hossein ZADEH pour la qualité de ses traductions français - dari, écrites sur des transparents. Un fascicule regroupant tous les transparents en dari a été distribué dans les services d'urologie et de chirurgie générale.

5- Participation à deux gardes de nuit, ce qui m'a permis de voir le cheminement d'une urgence entre l'entrée, l'examen initial fait dans l' « Emergency room » (deux pièces exigües mal équipées, mal éclairées, accessibilité réduite surtout pour les brancards...)

Mais l'observation clinique est bien faite par deux médecins et si on décide l'admission, les examens complémentaires sont réalisés rapidement (groupe sanguin, NFS ...et

radiologie de l'abdomen et / ou thorax, échographie). Un vrai service de porte (nouvelle construction) est nécessaire, comme cela existe dans les hôpitaux visités (l'hôpital militaire, hôpital Wazir Akbar Khan) et en reconstruction à l'hôpital Djamouriat).

6 - Propositions pour le Service de chirurgie générale

a. Matériel et travaux

Dans les conditions actuelles, il paraît difficile à moyen terme d'introduire la coelio – chirurgie et la chirurgie carcinologique lourde :

- moyens diagnostics insuffisants,
- retard diagnostic (stades avancés),
- pas de traitement complémentaire (chimio et radiothérapie),
- développement très partiel de l'anatomopathologie, de l'oncologie ...

En revanche il me semble que la chirurgie vasculaire générale (traumas vasculaires), la chirurgie endocrinienne (thyroïde) pourront être développées rapidement, ce qui permettra à court terme de diversifier les techniques chirurgicales et de tirer « vers le haut » le service de chirurgie générale d' un hôpital de formation.

Dans ce but il faudra un complément de matériel (instruments, éclairage) et surtout de la formation.

Matériel

Les instruments sont tous usés, non autoclavables, dépareillés parfois...

Deux boîtes seront rapidement nécessaires :

1- pour la chirurgie thyroïdienne : instruments fins, dissecteurs, pinces atraumatiques, ciseaux.

2- Chirurgie vasculaire générale (traumatismes vasculaires):

- Clamps AORTIQUE, DE BAKEY, COOLEY, SATINSKY
- bull dogs
- pinces atraumatiques (DE BAKEY)
- raccords pour seringue (dilatation des veines)
- ciseaux Metzenbaum, Potts.
- quelques sondes de FOGARTY

Documentation

Vidéo, CD ROM, DVD...

Livre de techniques chirurgicales

Abonnements : British - Journal of Surgery, Chirurgie (MASSON)

Formation (annexe 3 chirurgie générale)

Comme pour le service d'urologie, il est indispensable d'envoyer chaque année un ou deux stagiaires FFI à Lyon (urgences digestives et vasculaires).

Après discussion avec les Prs. ADIL et AZIZI, nous avons proposé une liste courte (annexe n°3)

- 2004 : Docteur Ansari NOURULLAH, 40 ans,
- 2005 : Docteur Abdul WASAI et Dr. Najibullah BEENA, 29 ans,
- 2006 : Docteur Fazel Ahmad MOUDJADIDI, 28 ans, Docteur Abdul DJAMIL, 29 ans et Mme Docteur Samia MOHSIN, 36 ans

Comme pour l'urologie, ces chirurgiens juniors que j'ai rencontrés sont tous d'accord pour suivre des cours intensifs de langue française, quand ils seront choisis, quatre mois, avant leur départ.

Annexe 1 chirurgie générale

Personnel médical du Service de chirurgie générale Ali Abad en janvier 2004

Nom	Prénom	Age	Date Diplôme Médecine	Durée Formation	Docteurs université	Drs. Ministère	Titre actuel
ADEL	Farid	40	1986	Pr. Chef de service	OK		Professeur
AZIZI	Massoum	50	1978	Pr.	OK		Professeur
ANSARI	Nourullah	43	1986	Spécialiste G.S.		OK	Spécialiste G.S.
HISMATULLAH	Abdullah	60	1970	Spécialiste G.S.	OK		Spécialiste G.S.
Mme MOHSIN	Sameha	36	1987	Pr. assistant	OK		Pr. assistant
WASSAY	Abdul	35	1989	Spécialiste G.S.		OK	Spécialiste G.S.
DJAMIL	Abdul	29	1999	En cours spécialité GS		OK	En cours spécialité GS
MOUDJADIDI	Fazlahma d	28	1999	En cours spécialité GS		OK	En cours spécialité GS

Plus une quinzaine d' autres résidents juniors en cours de spécialité (organisée par le ministère), sortis de l'IMK entre 1999 et 2000.

On distingue les University Doctors and Ministry Doctors.

A l'issue des études médicales, ceux ou celles qui ont obtenu plus de 80% des points sont University Doctors. Les autres (<80%), sont Ministry Doctors.

Pour être spécialiste :

- Les University Doctors suivent des Lectures à l'IMK. Au bout de 3 ans, ils obtiennent le premier degré de la spécialité. Il existe jusqu'à six degrés, soit dix huit ans pour devenir Professeur,
- Les Ministry Doctors, suivent un training très complet pendant cinq ans (organisé par le ministère). Puis ils sont affectés, soit à KABOUL, soit dans les hôpitaux provinciaux. Il existe des passerelles entre les deux filières.

Annexe 2 chirurgie générale

Activités opératoires dans le Service de Chirurgie générale

LIST OF OPERATED PATIENTS OF GENERAL SURGERY SECTION OF ALI ABAD HOSPITAL IN NOVEMBER 2003		
EMERGENCY CASES		
No	Pathology	Number of cases
1	Acute appendicitis	35
2	Acute generalized peritonitis due to peptic ulcer perforation	5
3	Acute generalized peritonitis due to typhoid enteritis perforation	3
4	Acute generalized peritonitis due to perforation of appendix	6
5	Tuberculosic peritonitis	1
6	Biliary peritonitis (perforation of gall bladder)	1
7	Intestinal obstruction, Torsion of sigmoid colon	9
8	Torsion of small intestine or mix	2
9	Intestinal obstruction due to adhesion (Bride)	3
10	Strangulated inguinal hernia	6
11	Strangulated umbilical & epigastric hernia	3
12	Liver pyogenic abscess	4
13	Minor surgery (injuries + abscess + panaris)	25

LIST OF OPERATED PATIENTS OF GENERAL SURGERY SECTION OF ALI ABAD HOSPITAL IN DECEMBER 2003		
EMERGENCY CASES		
No	Pathology	Number of cases
1	Acute appendicitis	65
2	Acute generalized peritonitis due to peptic ulcer perforation	10
3	Acute generalized peritonitis due to typhoid enteritis perforation	4
4	Acute generalized peritonitis due to perforation of appendix	4
5	Tuberculosic peritonitis	2
6	Biliary peritonitis (perforation of gall bladder)	1
7	Intestinal obstruction, Torsion of sigmoid colon	14
8	Torsion of small intestine or mix	8
9	Intestinal obstruction due to adhesion (Bride)	4
10	Strangulated inguinal hernia	7
11	Strangulated umbilical & epigastric hernia	3
12	Liver pyogenic abscess	4
13	Minor surgery (injuries + abscess + panaris)	22

LIST OF OPERATED PATIENTS OF GENERAL SURGERY SECTION OF ALI ABAD HOSPITAL IN NOVEMBER 2003		
SELECTIVE CASES		
No	Pathology	Number of cases
1	Inguinal hernia (direct and indirect)	10
2	Epigastric & paraumbilical hernia	2
3	Umbilical hernia	1
4	Lithiasic Cholecystitis	15
5	Simple goiter	5
6	Colostomy closure or repair of colostomy	8
7	Obstructive jaundice	7
8	Liver hydatoid cyst	5
9	Abdominal mass	5
10	Splenectomy	4
11	Ovarian cyst	7
12	Hemorrhoid	8
13	Anal polyp	8
14	Fistula in ano	5
15	Hydrocele	6
16	Varicocele	5
17	Breast tumor (Mastectomy)	6
18	Breast Fibro adenoma	4
19	Secondary suture	3
20	Osteomyelitis	5

LIST OF OPERATED PATIENTS OF GENERAL SURGERY SECTION OF ALI ABAD HOSPITAL IN DECEMBER 2003		
SELECTIVE CASES		
No	Pathology	Number of cases
1	Inguinal hernia (direct and indirect)	35
2	Epigastric & paraumbilical hernia	10
3	Umbilical hernia	5
4	Lithiasic Cholecystitis	15
5	Simple goiter	6
6	Colostomy closure or repair of colostomy	10
7	Obstructive jaundice	10
8	Liver hydatoid cyst	3
9	Abdominal mass	6
10	Splenectomy	3
11	Ovarian cyst	7
12	Hemorrhoid	20
13	Anal polyp	7
14	Fistula in ano	6
15	Hydrocele	8
16	Varicocele	3
17	Breast tumor (Mastectomy)	4
18	Breast Fibro adenoma	9
19	Secondary suture	5
20	Osteomyelitis	5

Annexe 3 chirurgie générale

Candidats susceptibles de bénéficier d'un poste FFI en France

En 2004

Docteur Nourullah ANSARI, 43 ans, marié, 3 enfants.

Ne parle pas français, mais anglais. A terminé les études médicales (IMK) en 1985.

Deux années chirurgie militaire, puis hôpital Ali Abad en chirurgie générale depuis 11 ans. Est spécialiste de chirurgie générale (après 5 années d'études) à orientation chirurgie digestive.

En 2005

Docteur Abdul WASSAY, 35 ans, marié, deux enfants.

Entré à l'IMK à 15 ans, Diplôme de médecine à 22 ans (1989). Chirurgien militaire de 1990 à 2000 (hôpital militaire de Kaboul). Praticien très efficace, pas de diplôme spécifique.

Quitte l'armée en 2001 et rejoint le service de la chirurgie générale de l'hôpital Ali Abad. Aucun séjour à l'étranger (sauf 15 jours en Turquie pour une conférence). Volontaire pour apprendre le français dès maintenant et pour un stage FFI en chirurgie vasculaire (plus doppler).

Docteur Najibullaha BEENA, fils de médecin général Aminullah BEENA, 29 ans, célibataire. Lycée Esteqlal, anglais courant et français. Sortie IMK en 1999. Depuis quatre années, chirurgie générale (hôpital Wazir Akbar Khan). Candidat chirurgie digestive.

En 2006

Docteur Fazel Ahmad MOUDJADIDI, 28 ans, marié, deux enfants, sortie de l'IMK en 1999. Une année à l'hôpital Khair Khana, puis deux années en chirurgie générale à Ali Abad. Volontaire pour stage de langue française et pour stage de chirurgie digestive.

Docteur Abdul DJAMIL, 29 ans, célibataire, sortie de l'IMK à 25 ans. Une année dans la province d'Hérat. Trois années de chirurgie générale à Ali Abad. Inscrit en deuxième année de spécialité, mais va tenter le passage vers la carrière hospitalo – universitaire (concours)

Madame le Docteur Samia MOHSIN, 36 ans, professeur assistant, university doctor

Chapitre V

Autres

1 - Visite des hôpitaux, de la Faculté de médecine (IMK) et de ISAF (force internationale de sécurité)

En dehors des deux services d'urologie et de chirurgie générale de l'hôpital Ali Abad et des réunions avec les anesthésistes et les neurochirurgiens, j'ai pu visiter quelques hôpitaux de Kaboul.

1) Hôpital militaire des « 400 lits »

Le 17 décembre 2003, j'ai rencontré le Pr. Qassem AHMADI, lieutenant – général, directeur de l'académie militaire des « Medical Sciences ».

Proposition : Serait-il possible d'étendre les missions d'enseignement du projet santé aux spécialistes militaires ?

Exemple : pour la mission du Professeur P. PERRIN prévenir le Dr. YAKUB NOORZAI, chef de service d'urologie. Ils sont volontaires à condition d'être prévenus un peu avant à cause de leur programme opératoire et dans la mesure du possible avant 14h (activité privée...). A noter que les médecins militaires sont formés à l'IMK.

Le 27 décembre 2003, j'ai vu le LIEUTENANT GENERAL AHMADI avec le colonel Joël MALLAVAUX, attaché de défense (pour une éventuelle coopération médicale)

2) Hôpital Djamouriat

En cours de réhabilitation par la Chine. Sa fermeture explique en partie l'afflux de malades, blessés ...à l'hôpital Ali Abad.

3) Hôpital Karte Seh

Rencontre avec le Docteur SAIDI, son directeur. Cet hôpital est sur le point de fermer et de se déplacer (dans deux mois) vers l' « Italian Surgical Hospital », dont la construction se termine (environ 250 lits de chirurgie et maternité), installé au bord de « Djade Darulaman »

4) Hôpital Maiwand, rencontre avec le Docteur Habib Shafaq NAJRABI, son Président

5) Old Ali Abad : Pèlerinage...

6) *Chantier Hôpital Mère – Enfant*, de la Chaîne de l'espoir

7) *Hôpital Wazir Akbar Khan* : rencontre avec Professeur TAWANA (chirurgie digestive). En réfection. Réouverture dans quatre mois.

8) *Centre de paraplégies traumatiques*

Une cinquantaine de lits. Se trouve dans la structure sanitaire, où se trouve la Banque de Sang. Le Directeur est le Docteur Habiburahma HABIB.

Une affiliation avec l'IMSOP ou l'AFIGAP est – elle possible ? A voir après mon retour à PARIS, en écrivant à l'IMSOP.

9) *Visite Faculté de Médecine*, l'Institut Médical de Kaboul

Conseil de la faculté, samedi 10 janvier 2004 (9h – 12h)

Présentation au Doyen Pr. Charaghali CHARAGH.

10) *ISAF (International Security Association Force)*

5 décembre 2003 : déjeuner avec les M.C. CURET et BESSE à ISAF (aéroport)

15 décembre 2003 : déjeuner à l'Antenne chirurgicale ISAF (M.C. CHARPENTIER et LIMOUZIN)

25 décembre 2003 : visite des services chirurgicaux de l'hôpital Ali Abad avec M.C. CHARPENTIER et LIMOUZIN (Photos)

7 janvier 2004 : j'ai pris un rendez – vous avec le Pr. AHMADI (Hôpital militaire) pour le M.C. CURET. Ce dernier n'a pu venir, à cause d'une obligation à l'ISAF.

9 janvier 2004 : déjeuner avec M.C. CURET et BESSE, au poste de santé ISAF.

Visites des M.C. BESSE et EIGENSPIELER (nouvelle équipe chirurgicale) à l'hôpital Ali Abad, un après – midi.

J'ai prévenu les Prs. AHMADI et ERJADI (Hôpital militaire) et les Prs. MANAWI et FADEL (Hôpital Ali Abad) de leur visite. Ils viennent le jeudi matin à l'hôpital militaire (discussion de dossiers).

En fonction de leur disponibilité, ils participeront aux staffs de chirurgie générale à l'hôpital Ali Abad. Ce qui n'est pas facile, car ils sont très pris le matin à l'ISAF et les activités dans les hôpitaux afghans ont lieu aussi principalement le matin...

Les communications téléphoniques avec l'ISAF par l'intermédiaire du portable (Roshan – Alcatel) sont très difficiles, sauf dans la soirée. J'ai communiqué par l'intermédiaire du bureau de l'attaché de défense.

2 - Réunions à l'hôpital Ali Abad

1. Réunions avec les anesthésistes, le mardi 6 janvier à 9h

Réunion le mardi 6 janvier dans le bureau du Dr. ISMAEL, responsable du département d'anesthésie de l'hôpital Ali Abad, avec les anesthésistes FARID (urologie), KHALIL (chirurgie générale), MASSOUD (neurochirurgie)...

Présentation des feuilles de surveillance anesthésique et de salle réveil. Rappel des critères de l'utilisation de telles feuilles. Un souhait : que les feuilles soit bilingue, en anglais et dari, les anesthésistes ayant utilisé pour leur formation (deux ans) la langue anglaise.

Les feuilles sont distribuées (30 par service). Avant d'en réimprimer, une courte réunion aura lieu avec le Dr. LATIF, le samedi 17 janvier à 9h avec le Dr. ISMAEL, chef de département, pour des petites modifications. A revoir après l'utilisation des feuilles pendant 10 jours. Nouvelle réunion le 17. Impression de 200 feuilles supplémentaires.

2. Réunion avec les neurochirurgiens, le mercredi 14 janvier à 9h30

Dans le bureau des neurochirurgiens sont présents le chef de service par intérim le Dr. Schoieb SCHABAN, le Pr. RAHIMI étant à Peshawar, les Docteurs Fawad PIRZAD, Farid QAIUM et quelques juniors. Le Dr. FAQIRMAL est absent.

Présentation des conclusions de rapport du Docteur J. GUYOTAT, neurochirurgien des hôpitaux de Lyon. Tous sont très heureux qu'il puisse revenir si possible, avant l'été. Ils sont demandeurs d'Imagerie (un des trois "Mobiles"), mais pourvu que ce mobile n'encombre pas le couloir du bloc opératoire n° 3 (A voir avec Pr. EXEER)...

Pour la formation complémentaire en France, tous sont d'accord pour suivre des cours de langue française. Il faudra dès que la réservation d'une poste sera faite pour un neurochirurgien aux HCL (en juin – juillet) que le choix se fasse sur un nom (autorités afghanes, françaises et Dr. Guyotat) avant le début de l'été, pour que le candidat 2004 puisse prendre des cours intensifs de langue française. Il en sera de même les années ultérieures.

3 - Parrainage de sociétés savantes afghanes avec des sociétés françaises

Il n'y a pas de société savante afghane regroupant les chirurgiens. On peut espérer que dans cette période de réorganisation et de paix, les conditions soient favorables. J'ai abordé le sujet avec tous les chirurgiens rencontrés. Mais le premier pas doit être fait par nos collègues afghans, qui ont compris que l'appartenance à une société chirurgicale constitue un facteur important de reconnaissance et de dignité retrouvée, en dehors des avantages d'un parrainage (échanges, congrès, documents...).

J'ai écrit dans ce sens au Professeur C. MEYER, président de l'Association Française de chirurgie (AFC) et au Professeur Ph. MANGIN, président de l'Association Française d'urologie (AFU). Je les verrai à mon retour de Kaboul.

Pour la société afghane d'urologie il faut profiter de la présence du Professeur EJAZI, membre de l'AFU depuis plus de vingt ans, qui a de nombreuses relations chez les urologues français. Il pourrait finaliser le projet à l'occasion d'un voyage à Paris pour le congrès de l'AFU (Novembre 2004).

Pour la chirurgie générale, j'ai posé la question au professeur LOUDINE, formé à Lyon.

Dans un premier temps les démarches doivent être faites par les chirurgiens afghans auprès du ministère de la santé pour obtenir l'autorisation de créer ces Sociétés. Dès qu'elles seront constituées, on pourra mettre en place les parrainages.

J'enverrai un règlement – type en français et en anglais (rules) des sociétés savantes chirurgicales.

Chapitre VI

Conclusions

Ma mission longue au new Ali Abad hospital de Kaboul, principalement dans les services d'urologie et de chirurgie générale, mais aussi auprès de l'administration, des neurochirurgiens, anesthésistes, responsables de la radiologie et de l'hygiène, aura été utile pour maintenir une présence de notre coopération à une période de l'année, où les missions courtes sont rares.

Elle m'aura permis grâce à un accueil très chaleureux de m'intégrer très rapidement de manière autonome au sein des équipes chirurgicales et à participer à toutes les activités quotidiennes.

Malgré les difficultés décrites dans les chapitres précédents, j'ai été surpris agréablement par la volonté de toutes les catégories de personnel, à tous les niveaux d'exécuter le mieux possible les tâches quotidiennes : des hommes de salle (workers) aux médecins en passant par les équipes de soins.

Les chirurgiens connaissent et exécutent parfaitement les techniques chirurgicales classiques, avec de bons résultats (aucun décès post-opératoire durant les deux mois passés à Ali Abad). Malgré des salaires très peu élevés.

Pour mémoire une nuit de garde de chirurgien (14h à 8h le lendemain) est payée 3 Afghanis, soit 1 / 15ème de Dollar.

Je crois qu'on peut difficilement faire mieux avec les moyens matériels à disposition et dans les locaux actuels, avec les salaires insuffisants.

Les Professeurs, chefs de service, sont conscients des limites techniques mais ils dirigent avec fermeté et rigueur des équipes de jeunes chirurgiens très motivés, disponibles et ponctuels. Ils enseignent au lit des malades, en consultation*⁷, au bloc opératoire, au cours des réunions de service, à la faculté (IMK), qui était fermée pendant mon séjour. Réouverture le 21 mars 2004.

⁷ Il n'y a pas de consultations organisées (locaux, bureaux, enregistrement). La plupart des consultants (chirurgie électorale) prennent contact avec les urologues et les chirurgiens dans les couloirs. L'examen clinique et les examens para cliniques sont vus « dans la foulée ». Examen en urologie sur une table juste avant le bloc opératoire. Quant aux cas venant l'après – midi et la nuit ils sont vus dans l' Emergency Room à l'entrée de l'hôpital.

Ce sont :

- soit des urgences vraies,
- soit des cas urgents envoyés par les nombreux cabinets privés (« clinics »).

Le «New Ali Abad Hospital » reste un teaching hospital comme l'était Old Ali Abad, où les services chirurgicaux étaient dirigés jusqu'aux années 90 par les Professeurs LOUDINE, chirurgie générale, Professeur EJAZI, urologie, Professeur Hamid RAHIMI, neurochirurgie, Professeur Abdul Rahman SALIM, radiologie, Professeur RAZA, anesthésie, **tous formés à l'université de Lyon.**

En 2004, seul le Professeur EJAZI a gardé une fonction de consultant en urologie. Le Professeur LOUDINE est à la retraite, les Professeurs RAHIMI et SALIM sont à Peshawar, au Pakistan, le professeur RAZA est en Australie.

Il me semble donc qu'au stade d'avancement du projet santé, dirigé par le Docteur Frédéric TISSOT, qui comprend d'autres actions (en dehors de l'hôpital Ali Abad), mais où **la formation tient une place primordiale**, il faut envoyer un **signe fort** à nos partenaires, qui affirmera la volonté de notre pays de s'engager durablement dans la politique de santé de l'Afghanistan : **donner la possibilité à de jeunes chirurgiens expérimentés de faire une formation complémentaire dans le CHU de Lyon.**

Après discussion avec les chefs de service, avec les candidats et avec le Docteur Tissot, j'ai proposé une liste courte pour les prochaines années (annexe 3).

Grâce à la possibilité d'occuper des postes de FFI, dès novembre 2004 on peut envoyer trois candidats au moins :

- en chirurgie urologique : 1
- en chirurgie digestive : 1
- en neurochirurgie chirurgie : 1
(rapport Dr. J. Guyotat)

La condition pour bénéficier d'un poste FFI et de pouvoir être inscrit en AFS (durée une ou deux années) n'a pas changé : **Il faut que le candidat(e) comprenne et parle le français courant et médical, au moment de la prise de fonction.** C'est certainement en Afghanistan un défi difficile mais possible, avec l'aide du service culturel de l'Ambassade de France.

Il faut noter que deux candidats, non choisis par les chefs de service en 2004, mais repoussés vers l'année 2005 ou 2006, parlent assez bien français et progressent dans cette langue (études secondaires au lycée Esteqlal).

La finalité : **reconstituer une élite médicale francophone, dans certaines spécialités - urologie, neurochirurgie, chirurgie digestive et vasculaire** - grâce à des séjours de FFI (AFS / AFSA) éventuellement répétés pour ceux ou celles qui veulent faire une carrière hospitalo – universitaire.

En dehors des deux candidats du lycée Esteqlal, l'apprentissage **intensif** de la langue française pour les autres candidats anglophones (4 mois avant le départ en France) ne constitue pas pour eux un obstacle. Au contraire : dès que le président de la CME des HCL aura bloqué quatre ou cinq postes pour des chirurgiens pour novembre 2004

(1/11/2004), les quatre ou cinq candidats choisis devront suivre un cours intensif de langue française de quatre mois jusqu'à leur départ. La réussite de cette première promotion facilitera le départ d'autres candidats en 2005 dans les spécialités chirurgicales, mais aussi dans d'autres spécialités médicales ou biologiques.

Il est très important d'obtenir l'accord des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur d'Afghanistan pour que soit reconnue l'AFS, l'AFSA... comme un degré dans la spécialité, comme c'était le cas avant 1980. Ainsi les jeunes spécialistes pourront gravir une marche supplémentaire du cursus hospitalo – universitaire afghan.

En 2004, la plupart des étudiants (tes) comprennent et lisent l'anglais médical. Surtout depuis le retour d'un millier d'étudiants (tes) de "Afghan University of Peshawar" (1995 – 2002), qui a fermé en 2002 et où la langue anglaise était la langue de travail. Il y a un peu moins de 4.000 étudiants à l'IMK.

Il paraît souhaitable que, quand cela est possible, les cours des missionnaires puissent être faits en langue anglaise, car les traductions simultanées en dari sont rarement complètes.

L'utilisation de transparents en langue dari est très utile ou de CD Roms qui devraient alors pouvoir être traduits avant les cours, ce qui n'est pas toujours possible.

Dans quelques années, quand il y aura **un groupe de spécialistes afghans formés à Lyon**, on pourra traduire les cours enseignés en langue française, comme c'était le cas avant 1980.

Enfin au niveau de l'hôpital Ali Abad pour commencer, il serait très intéressant d'offrir une ou deux bourses annuelles (trois mois) à des patrons, des professeurs, pour qu'ils se familiarisent avec les techniques médicales modernes, à mesure que certains projets se finaliseront (CT-Scan, Coelio – chirurgie, endoscopie urinaire) afin qu'ils ne sentent pas « dépasser » par leurs élèves...surtout si certains ont fait des stages à Lyon.

Malgré les guerres (entre 1978 et 2001) la destruction des infrastructures, la dispersion des élites médicales, le projet santé de l'Ambassade de France en Afghanistan doit permettre au complexe Ali Abad – Institut Médical de Kaboul d'être à nouveau un des maillons de l'axe d'excellence médicale française Beyrouth, Kaboul, Phnom Penh ...

Fait à Kaboul
le 23 Janvier 2004
Docteur Claude DUMURGIER

**Rapport de mission validé le 30 janvier 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à
l'auteur -**



Claude Dumurgier