



VILLE DE LYON



Hôpitaux de Lyon

Mission des Hospices Civils de Lyon
à l'Hôpital universitaire Ali Abad - Kaboul

Neurochirurgie



Docteur Ahmad Ashraf
Praticien Hospitalier en Neurochirurgie
CHU de Grenoble

Du 4 juin à 29 juin 2005



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Introduction :

Cette mission est réalisée dans le cadre du partenariat entre les Hospices Civils de Lyon et l'Hôpital Universitaire Ali Abad de Kaboul. En totalité, c'est la 5ème mission effectuée depuis novembre 2003.

J'ai réalisé ma première mission du 22 juin à 17 juillet 2004, à la suite du séjour de Docteur Jacques Guyotat, neurochirurgien aux HCL (25 octobre à 10 novembre 2003).

Mes trois missions sont réalisées de façon ciblée, sur le service de neurochirurgie à l'Hôpital Universitaire Ali Abad de Kaboul.

L'Hôpital Ali Abad de Kaboul est un hôpital universitaire, depuis peu cet hôpital comme l'hôpital Maiwand appartient au Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Je prends bien volontiers le rapport, les propositions et les réflexions de mes missions précédentes dont l'utilité reste inchangée et les propositions n'ayant pas été réalisées, nous estimons que c'est une des façons efficaces pouvant en conséquence apporter une amélioration conséquente et durable dans le service de neurochirurgie .

L'efficacité de la coopération française dans l'avenir dépendra des éléments suivants :

- régler le problème dû aux locaux inadaptés,
- fournir une aide plus active et conséquente dans l'équipement et les consommables,
- soutien actif en formation, des missions plus longues et plus nombreuses pour deux à trois ans.

Si l'aide apportée ne prend pas en compte l'ensemble de ces éléments, la situation risque de ne pas s'améliorer et mettre en péril la continuité et l'efficacité de nos actions.

Dans la situation actuelle, les missions de courte durée ne pourront pas apporter d'améliorations durables et rapides, la prise de conscience des membres du service de neurochirurgie de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul aussi est dans ce sens.

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

Le service de neurochirurgie de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul est le seul service de neurochirurgie en Afghanistan (excepté le service de neurochirurgie de l'Hôpital des Armées). Ses responsabilités et ses missions sont d'importance capitale. Le rôle important de la prise en charge des patients et de l'enseignement. Ce service doit former les neurochirurgiens du futur dans les normes internationales, à Kaboul comme dans d'autres hôpitaux d'Afghanistan.

Le nombre de facultés de médecines provinciales ne cesse d'augmenter, il n'est pas possible d'enseigner la neurochirurgie à l'heure actuelle. Le service de neurochirurgie doit être en mesure de former les neurochirurgiens pour ses hôpitaux. Pour former un neurochirurgien comme spécialiste dans d'autres spécialités chirurgicales, le temps nécessaire est de 8 à 9 ans (après les études de médecine). Les mesures doivent être prises le plus tôt possible pour combler ce manque dans l'avenir.

Le changement la politique hospitalo-universitaire à Kaboul doit tenir compte des problèmes à venir. Une partie importante des neurochirurgiens de l'Hôpital Ali Abad n'a pas de cursus universitaire, ils appartiennent au Ministère de la Santé.

Il ne faut en aucun cas partager les effectifs en créant d'autres services de neurochirurgie à Kaboul, il faudrait les enseigner, au sein de la même enceinte, avant qui constituent le noyau solide pour les services de neurochirurgie dans d'autres hôpitaux, particulièrement les hôpitaux universitaires provinciaux.

Le manque des locaux adaptés et d'équipements médicochirurgicaux constitue aussi des problèmes majeurs qu'il faudrait aussi résoudre.

L'organisation et le fonctionnement du service :

En ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement interne du service, récemment il y a eu quelques modifications.

Le changement important constitue à l'appartenance récente des Hôpitaux Universitaires au Ministère de l'Enseignement Supérieur. L'idée de diviser le service de neurochirurgie en deux services de neurochirurgie, l'un sous l'égide du Ministère de l'Enseignement Supérieur et l'autre du Ministère de la Santé, est en cours de discussion.

A notre avis l'appartenance des hôpitaux universitaires au Ministère de l'Enseignement Supérieur comporte déjà des risques dans l'évolution du système de santé en Afghanistan. L'idée de partager le service de neurochirurgie en deux services risquerait de partager d'une part les effectifs et d'autre part les moyens nécessaires au développement futur de la neurochirurgie. Au sein de la même équipe de chirurgie la coopération entre les hospitaliers et les hospitalo-universitaires est nécessaire. Il faudrait éviter à tous prix ce genre de partage, sinon les efforts et les moyens doivent être partagés sous peine de causer des préjudices dans l'avenir.

Le climat au sein l'équipe est actuellement tendu, la majeure partie de la prise en charge des patients dans ce service universitaire est effectuée par les non-universitaires.

L'équipe médicale :

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

Les non-universitaires regardent avec beaucoup d'inquiétude leur évolution ultérieure. Les universitaires sont souvent absents en raison de leurs tâches universitaires ou autres raisons.

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

L'équipe est composée de :

Neurochirurgiens seniors :

Dr Shoieb Shoaban
Dr. A. Fawad Pirzad
Dr. Jan Faqirmal
Dr. A. Farid Qaium

Neurochirurgiens juniors:

Dr. Abdul Razaque Samet
Dr. Abdul Qader Sakhawarz
Dr. Assad Safi
Dr. Kahir
Dr. Zarghona
Dr Aman

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

En raison de sa mission universitaire, le service accueille aussi les stagiaires de 7^{ème} année de médecine et des étudiants en médecine ou des externes. Le programme du stage comporte des problèmes d'organisation. Un nombre important de stagiaires arrive dans le service (parfois 80 par matinée), la capacité du service ne permet pas ce nombre d'étudiants.

Le Dr Shoaban qui a effectué un stage de 2 mois en France est de retour à Kaboul depuis le 15 juin. Depuis son arrivé, il est sensible aux problèmes et souhaite améliorer la situation ; il est utile de préciser que les chirurgiens non universitaires aussi participent activement à l'apprentissage pratique des étudiants.

En ce qui concerne l'organisation de l'activité journalière des chirurgiens, au début de notre mission nous n'avons pas constaté de modifications depuis la mission précédente. Depuis son retour le Dr Shoaban apporte quelques modifications. Plus de travail et de responsabilités sont accordés aux neurochirurgiens juniors, à la fois dans la prise en charge des patients dans l'unité de soins comme au bloc opératoire. Un responsable est désigné pour chaque chambre, responsable de la prise en charge des patients et des visites.

Il est important de souligner l'existence toujours d'un problème majeur d'hospitalisation prolongée des patients programmée. Ce problème est constaté de façon régulière. Les patients après avoir été auscultés dans des cabinets privés de certains neurochirurgiens sont hospitalisés pour plus de 10 à 15 jours sans raison valable, avec un retard considérable de la prise en charge. Etant donné le manque important de lits de neurochirurgie et le nombre important et croissant des patients, il n'est pas rare de trouver le matin 2-3 patient sur le sol au milieu du couloir par manque des lits. Ce problème mérite une attention particulière.

L'activité de garde est structurée, entre les trois spécialités chirurgicales (neurochirurgie, chirurgie urologique et générale) il existe 2 chirurgiens de garde sur place (24 heures), qui voient tous les patients durant la garde. La répartition de ces chirurgiens doit se faire de façon à ce qu'il y ait toujours un chirurgien général de garde.

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

Depuis peu il existe des réunions du matin où participe tous les chirurgiens, pour présenter les patients admis au cours de la garde à l'hôpital. Au cours de ces réunions qui durent près de 30 à 40 minutes, les dossiers d'ensemble des patients admis durant la garde. Nous avons observé que entre 5 à 8 hospitalisations, près de 20 consultations d'urgence (souvent TC et

traumatologie rachidienne) et entre 25 à 30 consultations non urgentes sont effectuées chaque jour. Le nombre de consultations et d'admissions est en constante augmentation.

Une intervention d'urgence est réalisée ces derniers temps avec un manque de moyens important (même pour les matériels très simples comme le manque de bistouri pour l'incision).

Il n'y a toujours pas de réanimation nécessaire pour la prise en charge des traumatisés crâniens graves, patients tétraplégiques et les polytraumatisés. Nous avons discuté avec le Dr Ismail en anesthésie qui est conscient de problème, et demandeur à la fois de la formation et de moyens nécessaires pour le développement de la réanimation. La réanimation est nécessaire pour certains patients en postopératoire comme les pathologies médullaires ou tumorales intracrâniennes. Donc actuellement leur prise en charge s'avère difficile par manque de moyens et de équipements.

L'équipe paramédicale :

Dans le service :

Il existe une importante réduction du nombre d'infirmiers dans le service, rendant difficile la prise en charge des patients. L'équipe paramédicale dans l'unité des hommes est composée actuellement d'un cadre infirmier.

Le nombre d'infirmiers est passé de 12 en 2004 à 5 actuellement et de 8 ouvriers en 2004 à 5 actuellement. Nous estimons que les conditions similaires rendent difficile la prise en charge des patients ainsi que l'amélioration de la qualité de travail. Pour prendre des décisions similaires il faut en totalement ignorer la réalité du terrain.

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

Au bloc opératoire :

Le bloc opératoire et la stérilisation sont sous la responsabilité de Madame N. Toufanpour. Le chirurgien est assisté lors de l'intervention, en cas de possibilité, par des infirmiers ou infirmières instrumentistes de bloc opératoire. Au cours de notre séjour les dysfonctionnements se poursuivent. L'entretien du matériel pose des problèmes. Le bipolaire était en panne depuis plus de 2 mois, et après le retour du matériel, inutilisable en raison du manque de câbles. Le matériel fourni il y a 1 an est utilisé. Ce matériel est partiellement inutilisable ou dégradé pour raison d'un manque d'entretien parfois extrêmement facile. Il n'y a pas d'entretien du matériel au bloc opératoire.

L'anesthésie est assurée théoriquement par un médecin anesthésiste ou par des infirmiers ou infirmières spécialisées. Au cours de nos 3 séjours nous n'avons jamais vu un médecin anesthésiste au bloc opératoire, par contre la consultation préopératoire est assurée régulièrement par ces médecins.

L'activité et le fonctionnement du service :

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

Il existe un registre des admissions des patients de garde et des urgences dans le service de neurochirurgie. Tous les matins le chirurgien de garde présente les admissions au cours d'un staff. Un neurochirurgien senior ou junior est de garde pour 24 heures. Il voit tous les patients susceptibles d'être admis en neurochirurgie. Depuis une semaine un staff de garde de chirurgie se fait régulièrement vers 8h30 du matin dans la salle de réunion ou l'ensemble des dossiers de chirurgie (hospitalisation, consultation) est présenté en présence de tous les chirurgiens.

Les consultations dans le service s'effectuent selon la disponibilité du chirurgien. Pas de salle de consultations ni de consultations structurées et programmées. Le nombre de consultants varie, en général 15 à 20 patients en consultation d'urgence (service des urgences) et entre 20 et 30 patients sont vus pour avis dans le service de neurochirurgie. L'hospitalisation d'urgence varie entre 5 à 10 patients par garde.

Un nombre important de patients est vu en consultation dans la journée. Lors de notre précédent séjour un registre de consultations avait été mis au point et l'utilisation de ce registre n'est pas régulière.



Le staff de la chirurgie s'effectue tous les matins.

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

Le service prend en charge les adultes. De 30 à 40 interventions sont réalisées chaque mois par un des 4 neurochirurgiens seniors. Ces derniers temps les neurochirurgiens en formation aussi effectuent des interventions programmées, sous supervision des neurochirurgiens seniors.

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

Les conditions d'admission des patients sont variables :

- Les admissions en urgence,
- 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. La disponibilité des places pour les urgences reste encore un problème, récemment le nombre de lits a été encore réduit. Le matin on peut trouver souvent des patients sur le sol par manque de lits.



Le matin des patients sur le sol par manque de lits.

Evaluer la qualité des infrastructures :

Les infrastructures :

Les infrastructures du service de neurochirurgie ne sont pas adaptées et ne permettent pas l'évolution du service dans les années à venir. Ceci peut être la source de certains dysfonctionnements persistants en neurochirurgie.

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.

Durant notre séjour, le service était toujours plein, avec un nombre constant de 6 à 8 patients dans le couloir.

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

Une 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 ou des polytraumatisés). **Cette salle ne dispose toujours pas de moyens nécessaires à la réanimation pour ce type de patients.** Il est impératif de penser à créer une unité de réanimation digne de ce nom.

Le secteur des femmes est composé de 2 chambres.

Les deux secteurs d'hospitalisation disposent d'une salle de soins. Cette pièce fait 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.** Les patients ne sont toujours pas lavés en préopératoire.

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.

La population de Kaboul est en constante augmentation. A l'heure actuelle il n'existe pas de statistiques officielles mais la population de Kaboul dépasse les 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 (excepté le service de neurochirurgie de l'hôpital militaire qui participe à la prise en charge d'une catégorie très limitée de 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. Les problèmes de manque de place, manque de moyens, et de locaux non adéquats sont parmi les raisons de la persistance d'un certain nombre de dysfonctionnements au sein du service de neurochirurgie. Les raisons supplémentaires ont été développées dans les rapports de mes missions précédentes.

Bloc opératoire :

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

Sa situation et sa base de fonctionnement commun avec la chirurgie urologique ne semblent pas adéquates. Etant donné le nombre croissant des interventions il est nécessaire que la neurochirurgie dispose d'un bloc opératoire.

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

Les interventions programmées s'effectuent dans le bloc de neurochirurgie, 3 jours par semaine (samedi, lundi, mardi). Les deux jours restants (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 en 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 délai d'hospitalisation est souvent long.

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, il existe une amélioration dans ce sens mais il s'avère minime. Quand ce n'est pas l'habitude, c'est le manque de matériel qui est source de problèmes, pour une intervention d'urgence (plaie crânio-cérébrale) dans la nuit, au bloc de chirurgie, le chirurgien ne disposait pas de bistouri alors il a dû se débrouiller avec les moyens du bord.

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

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

Les cliniques privées commencent à se développer et deviennent plus équipées que le service de neurochirurgie à l'hôpital universitaire soutenu par la coopération française !!!

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

L'intervention chirurgicale de ces tumeurs lésions s'avère toujours 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.

Comme majeure partie de ce rapport je reprends volontiers les constatations et les propositions de mes rapports précédents qui n'ont pas été prises en compte. Il est toujours utile de reprendre le problème du au locaux non adaptés du service de neurochirurgie. La résolution des problèmes liés aux locaux peut s'effectuer de diverses façons :

- Nouvelle organisation d'aménagement du service avec extension de celui-ci. Autour du service de neurochirurgie il existe suffisamment de place libre. Peut-on construire une extension incluant quelques chambres et un bloc opératoire pour la neurochirurgie ?

Il est évident que l'ensemble des bâtiments abritant la neurochirurgie et la chirurgie urologique n'est pas conçu pour abriter des services similaires, donc l'extension de ces locaux ne pourra pas régler l'ensemble des problèmes.

- Une délocalisation. Y'a-t-il des possibilités dans d'autres hôpitaux de Kaboul pouvant abriter le service de neurochirurgie en offrant les moyens nécessaires ? **La délocalisation peut s'avérer une solution rapide et efficace. Il faudrait explorer toutes les pistes, offrant une solution au problème.**

L'hôpital Mère-Enfants construit récemment par la France dont le bâtiment est non utilisé à l'heure actuelle est la meilleure solution pour déplacer les services de neurochirurgie et la chirurgie urologique, cette piste mérite d'être étudiée.

- Y'a-t-il un projet de construction d'un nouvel hôpital Ali Abad ? Et ceci dans combien de temps ?

La table opératoire

La table opératoire est toujours cassée, ancienne et non réparable. Elle ne permet pas de réaliser certaines positions opératoires nécessaires pour les interventions de neurochirurgie. Il n'y a pas de têtère, nécessaire pour les interventions du rachis cervical et encéphalique.

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

Manque d'appareil d'anesthésie :

Un appareil d'anesthésie et de ventilation hors d'usage est réparé actuellement.

L'appareil de radiographie :

L'appareil de radiographie portatif qui ne fonctionnait pas correctement est maintenant hors d'usage.

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

Stérilisation :

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

Problème de réanimation :

Source de problèmes majeurs dans la prise en charge des patients. Il a été constaté à plusieurs reprises l'admission de polytraumatisés en état de choc, détresse respiratoire et important désordre hémodynamique ou en état de coma. La plupart du temps une prise en charge

multidisciplinaire est nécessaire. **Le manque d'un service d'anesthésie réanimation est aussi la source de préjudices dans la prise en charge des patients graves.**

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.

Au cours de notre séjour nous avons discuté avec l'équipe d'anesthésie, particulièrement le Dr Ismail, conscient de ce problème et demandant l'aide de la France en formation et puis équipement d'une salle de réanimation.

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 possibilité non plus pour effectuer les soins d'urgence à un polytraumatisé.

Moyens diagnostics :

L'équipement radiologique :

Les moyens diagnostics sont très limités.

Les radiographies standard :

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

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

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

Il existe aussi trois appareils de radiographies portatifs qui avaient été offerts par les Japonais. Ces trois appareils sont hors d'usage actuellement. Il n'y a pas de service de réparation de l'équipement médical, ceci doit être pris en compte. L'appareil de bistouri électrique fourni il y a 1 an était en panne depuis plus de trois mois, (certainement une panne minime), difficile de le réparer.

Les trois appareils de radiographie neufs sont hors usage pour raison de problèmes techniques probablement mineurs, il n'existe pas de technicien pour la réparation de ce type de problèmes.

La myélographie et la sacroradiculographie :

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

Le scanner :

L'hôpital Ali Abad ne dispose pas de scanner. Il existe 3 appareils de Scanner fonctionnels à l'heure actuelle à Kaboul. Le premier à l'hôpital de l'ISAF, pratiquement impossible de

demander des examens en urgence. Il existe aussi deux autres appareils privés dont l'un à l'hôpital militaire de 400 lits et le second dans une clinique privée. Les examens sont payants : pas de prix fixe un scanner encéphalique coûte de 2500 à 5000 Afghanis (40 à 80 €), pour un salaire qui est d'ordre de 30 € mensuels.

L'hôpital et le service de radiologie disposent de matériel moderne de type appareil de l'échographie couleur, d'endoscopie alors que les équipements plus utiles manquent cruellement.

Le bilan d'un traumatisé crânien en situation d'urgence est limité aux radiographies standard du crâne (face et profil), souvent de mauvaise qualité en raison de l'ancienneté et du mauvais état de l'appareil. La réalisation de scanner est impossible en condition d'urgence. Les scanners privés sont loin de l'hôpital Ali Abad et le transport non médicalisé est à la charge des patients ou de leur famille.

L'hôpital d'ISAF réalise un nombre limité de scanners, programmés 1 à 2 fois par mois et ceci jamais en condition d'urgence. La distance entre les deux hôpitaux est importante, les ambulances peu nombreuses. La tâche de transport habituellement appartient aux familles des patients, donc peu réalisable en condition d'urgence et en présence de patients graves.

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

L'équipement médicochirurgical :

Le matériel chirurgical :

Avant nos missions précédentes, plusieurs boîtes d'instrumentation ont été offertes par la mission française au service de neurochirurgie. Ces boîtes sont régulièrement utilisées lors des interventions.

Une partie du matériel est dégradé pour raison de l'intensité de l'utilisation ou par manque d'entretien. Les boîtes d'instrumentation de la chirurgie ont été refaites, une désorganisation de ce côté avait été constatée durant les interventions. La surveillante du bloc opératoire et son équipe ont été sensibilisés à plusieurs reprises au manque d'entretien du matériel. Le nouveau bipolaire offert récemment est de retour après trois mois d'absence pour réparation.

La table opératoire est cassée, ancienne, pas de têtère ne permettant pas l'installation spécifique lors des interventions.

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

Pas de microscope opératoire, têtère à prise osseuse et le matériel de microchirurgie nécessaire pour les interventions de la neurochirurgie crânienne.

Evaluer l'application des recommandations des missions précédentes :

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

Au niveau de l'équipe infirmier :

Les recommandations précédentes sont toujours appliquées de façons incomplète. Il existe des progrès dans ce domaine :

- La relève orale entre l'équipe de matin et du soir se fait régulièrement.
- Le tour de surveillance des patients se fait 2 fois par jour, la proposition des missions précédentes était 4 fois par jour. Par contre pour les patients graves la surveillance est plus rapprochée. Théoriquement il existe dans le secteur des hommes 2 infirmiers de nuit, mais le taux d'absentéisme est important avec souvent 1 infirmier de nuit. Il faudrait aussi effectuer la formation de l'équipe paramédicale pour améliorer leurs connaissances et leur façon de travailler. **La diminution importante du nombre d'infirmiers dans le service peut compromettre dans l'avenir la qualité des soins.**
- La surveillance de l'alimentation n'est pas faite de façon régulière par l'équipe paramédicale.
- **La toilette des patients n'est toujours pas faite en préopératoire** (manque de douche), nécessité d'éduquer les patients, l'équipe médicale et paramédicale.
- **Les lits sont sales, parfois sans draps, pas de respect des règles d'hygiène.**
- **Il existe régulièrement 2 ou 3 visiteurs par patient dans les chambres, la surveillance de ce côté ne se fait pas régulièrement.**

Au niveau du cadre infirmier :

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

Amélioration de l'hygiène :

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

- De nombreux protocoles ont été élaborés avant notre mission précédente (lavage des mains, SAD, voie veineuse).
- Il n'existe toujours pas de toilettes à l'entrée comme en préopératoire pour les patients (ni avant ni après le bloc).

- Le lavage des mains entre chaque soin, injections et les pansements se font plus ou moins régulièrement. Mais ce n'est pas encore systématique par manque d'habitude.
- Le pansement sur plusieurs malades est fait de façon successive avec une paire de gants ou encore sans gant (théoriquement en raison du manque de gants !!!).
- Le changement des draps ne se fait pas régulièrement en raison du manque de linge.
- La désinfection des bouchons de solutés injectables et de perfusions avec un antiseptique ne se fait pas de façon systématique.
- Le nettoyage et la décontamination des instruments dans la salle de soins ne se font pas encore de façon régulière, toujours pas de point d'eau dans l'unité de soins.
- Un nettoyage superficiel des sanitaires se fait plusieurs fois par jour.
- Le nettoyage des sols est fait régulièrement.
- En ce qui concerne l'élimination des déchets pas de modification.

Les raisons de la persistance de ces dysfonctionnement et non-application des recommandations sont abordées dans le rapport de mes missions précédentes.

Au bloc opératoire :

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

La décontamination des instruments est effectuée avec un antiseptique avant le lavage et la stérilisation.

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

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

Il est souvent constaté que les chirurgiens rentrent au bloc opératoire au cours de l'intervention avec leurs habits de ville (surtout les seniors, formateurs et universitaires), sans se poser de question.

En ce qui concerne le matériel d'ostéosynthèse du rachis, les matériels posés sont enlevés presque systématiquement et reposés après stérilisation. Les patients ou leur famille doivent déposer une caution de 2000 Afghanis (35€) auprès de la surveillante du bloc opératoire !!! Cette somme est théoriquement rendue après ablation du matériel. Il existe de nombreux cas de rejet du matériel certainement en raison d'asepsie et de stérilisation. Les moyens de stérilisations ne sont pas aux normes. La discussion est entamée pour ne pas réutiliser le matériel implanté dont les raisons sont un manque de connaissances et la quantité insuffisante du matériel d'ostéosynthèse alors que les patients sont nombreux...

Après la discussion avec la direction de l'hôpital, les travaux sont programmés pour construire à l'entrée du bloc opératoire un vestiaire et apporter quelques modifications dans les locaux du bloc opératoire. L'idée est intéressante, développée après le retour de Dr Shoaban de son stage en France. Mais ce qui est essentiel s'avère plus difficile : c'est que l'équipe doit perdre ses mauvaises habitudes (les chirurgiens comme l'ensemble du personnel soignant), le sens de devoir doit être développé. Le chirurgien rentre avec ses vêtements civils au bloc opératoire et pendant l'intervention. Le bureau de la

surveillante du bloc au fond du bloc opératoire (pour y arriver on doit traverser devant la salle d'opération), est souvent le lieu de rencontre de la famille des personnels du bloc, on discute, on boit du thé, on épluche les patates, on cuisine, on mange. Il est même utilisé comme dortoir.

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. Pas eu de nouveaux protocoles.

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

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

Amélioration des repas :

La nouvelle cuisine, construite par l'Ambassade de France fonctionne toujours.
Les repas sont distribués dans de la vaisselle lavée par les ouvriers.

Equipement du bloc opératoire :

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

L'appareil de radiographie portable offert par les Japonais ne peut toujours pas rentrer au bloc opératoire (nécessité d'importants travaux au bloc). Cet appareil est hors d'usage avant pouvoir rentrer au bloc opératoire, quel dommage !!!

Il s'avère que les trois appareils de radiologie portative sont hors usage pour raison de problèmes mécaniques.

Equipement de la stérilisation :

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

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

Equipement de radiologie :

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

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

L'appareil de radiographie portative pour le bloc opératoire ou l'amplificateur de brillance est nécessaire.

Physiothérapie et kinésithérapie :

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

Entretien et réparation du matériel :

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

Amélioration de la formation :

Pour le personnel médical :

Dans la salle de réunion deux ordinateurs sont installés.

Les deux ordinateurs sont équipés de connexion internet. Le personnel médical manque encore d'habitude de son utilisation.

Pour le personnel paramédical :

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

Formation théorique et pratique des neurochirurgiens :

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

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

Comme au cours de la mission précédente, nous avons essayé d'aider l'équipe de neurochirurgie sur différents plans détaillés dans le rapport précédent.

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

Plusieurs patients avec des lésions traumatiques du rachis dorsolombaire ont été opérés par l'équipe de neurochirurgie. Depuis plusieurs mois ils ont pu obtenir le matériel d'ostéosynthèse du rachis dorsolombaire. La formation de ce côté aussi s'avère toujours nécessaire. Le nouveau matériel d'ostéosynthèse, fourni par la mission française est utilisé de façon régulière.

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

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 tomodensitométrie voir l'IRM. L'IRM est pratiqué au Pakistan, parfois les patients ont été vus munis de cet examen.

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

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

L'enseignement pratique :

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

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

Réflexions :

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

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

Durant notre séjour actuel nous avons constaté deux périodes :

La première, les 15 premiers jours de mission pendant lesquels le chef de service était en France. Ce période était pratiquement identique à notre mission de juin 2004, pas de modification, toujours une importante désorganisation dans tous les domaines.

Depuis le départ de Dr Shoaban en France le service était déserté par les neurochirurgiens seniors (le Dr Faquirmal au Pakistan dans sa clinique privé, le Dr Quaium en vacance, le Dr Pirzad à l'université), les neurochirurgiens juniors en charge du service étaient presque abandonnés. Un sentiment de malaise global et de dysfonctionnement.

Je donne un exemple : le service accueillait durant le mois de juin des étudiants en médecine (externes), aux alentours de 80 par matinée. C'est déjà un défaut d'organisation et de programmation d'envoyer 80 étudiants dans un service de 30 lits avec 6 chambres où le service n'a pas cette capacité d'accueil. Ces étudiants sont les médecins de demain, nous avons le devoir de les éduquer. Malheureusement ne pouvait pas avoir de stage puisque le seul universitaire présent était occupé à l'université et il n'y avait pas de place dans le service. Les étudiants passaient la matinée dans les cours de l'hôpital, vers 11h30 chaque groupe apportait un morceau de papier sur lequel figuraient les noms des présents et le stage finissait presque chaque jour de la même façon.

L'arrivée de Dr Shoaban a modifié cette situation :

- une prise de conscience des défauts et la volonté de changement et amélioration de la qualité du travail, prise en charge des patients et la propreté du service,
- une remise en question dans la gestion du service comme dans la prise en charge des patients, des indications de techniques opératoires,
- un début de gestion du service,
- une meilleure application dans la formation des neurochirurgiens juniors et les étudiants,
- plus de responsabilités aux neurochirurgiens juniors
- un staff hebdomadaire avec présentation des dossiers par les neurochirurgiens juniors avec la discussion et la mise à jour du tableau opératoire.
- des tentatives d'amélioration et début de quelques modifications au bloc opératoire.

L'ensemble de ces efforts et la prise de conscience semblent assez positifs en espérant que ceci va se poursuivre dans le temps.

Propositions :

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

L'équipe médicale :

- La poursuite prolongée de formation continue sur place pour augmenter les connaissances théoriques des chirurgiens particulièrement indications et techniques opératoires (intérêt collectif).
- La poursuite de formation pratique avec participation active au bloc opératoire.
- Responsabiliser le chef de service dans la gestion de son service et les chirurgiens pour leurs tâches quotidiennes. Il existe néanmoins une évolution constante dans ce domaine.
- Etant donnée l'augmentation constante des patients hospitalisés comme le nombre de consultations, nouvelle charte de fonctionnement pour les chirurgiens seniors et juniors.
- Responsabiliser les chirurgiens dans l'application des règles d'hygiène dans le service comme au bloc opératoire.

- Responsabiliser les chirurgiens, pour la formation de l'équipe paramédicale, pour accomplir leurs tâches et contrôler régulièrement leurs façons de travailler et le respect des règles d'hygiène.
- Si le projet de formation à long terme est retenu, il faudra inclure le service de neurochirurgie de l'hôpital 400 lits.

L'équipe paramédicale :

Au niveau de l'équipe infirmière :

- Formation théorique et pratique de l'équipe paramédicale pour améliorer leurs connaissances et leur façon de travailler.
- La création d'une feuille de surveillance neurologique et des constantes est réalisée.
- Sensibiliser l'équipe infirmier pour respecter de plus en plus les règles d'hygiène lors des soins (pansements, injections).

Au niveau du cadre infirmier :

- Responsabiliser le cadre infirmier pour appliquer les règles d'hygiène et les recommandations du CLIN.
- Responsabiliser le cadre infirmier et l'équipe paramédicale dans l'amélioration de la qualité du travail et évaluation de l'équipe infirmier une fois par an par des notations.
- Sensibiliser le cadre infirmier pour diminuer le taux d'absentéisme.
- Comptabiliser l'activité du service (nombre d'entrées, les infections durant le séjour).
- Créer un registre des consultations pour comptabiliser le nombre des patients, le type de pathologie. Ce registre est créé maintenant il faudrait que l'équipe s'habitue à son utilisation.

Amélioration de l'hygiène :

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

Dans le service :

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

Au bloc opératoire :

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

Amélioration des locaux :

Dans l'unité de soins :

- Amélioration des locaux et en cas de possibilité augmentation de la capacité d'accueil du service surtout le nombre de lits. Le nombre de patients est en constante augmentation.
- Travaux dans la « salle de bain » avec installation d'une douche.
- Equiper la salle de soins (secteur des hommes) d'un point d'eau et d'un cumulus.
- Création d'une salle de consultation en neurochirurgie.
- Dotation supplémentaire de 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 insuffisants). 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 portable.
- 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.

Conclusions :

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

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

Les moyens disponibles sont restreints et les patients de plus en plus nombreux. Pour palier cette demande, il est nécessaire d'augmenter ses capacités d'accueil et d'améliorer les conditions de travail.

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

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

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

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

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

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

Cela permettrait à la mission française de favoriser le développement du service de neurochirurgie et de participer plus facilement et donc plus efficacement à la formation théorique et pratique de l'équipe neurochirurgicale. Ce la permettrait aussi aux neurochirurgiens afghans d'être plus rapidement formés et de pouvoir prendre en charge les pathologies neurochirurgicales dans de bonnes conditions, de façon plus efficace et autonome. Ceci n'est qu'une suggestion personnelle, je ne souhaite qu'apporter une autre vision et approche du problème.

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

En conséquence une réunion avait été organisée entre l'équipe de neurochirurgie et la coopération française le 5 décembre 2004.

Compte rendu de la réunion de 27 juin 05

Salle « Lyon - Ali Abad », Hôpital Ali Abad

Présents :

Cellule Santé et coopération : Dr F. Tissot, Dr L. Déliri, Dr A. Ashraf.

Ministère de l'Enseignement Supérieur, Président des hôpitaux universitaires : Pr. Ejazi.

Service de neurochirurgie Hôpital Ali Abad : Dr Shoieb Shoaban (chef de service).

Objet : Réunion de travail avec le chef de service de neurochirurgie après son retour de France.

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

Le Dr Shoieb Shoaban chef de service de neurochirurgie remercie la coopération française de l'organisation de son stage en France. Il remercie particulièrement le Dr Tissot. Il remercie le Dr Guyotat et moi-même pour notre collaboration, notre soutien et l'aide apportée au cours de nos missions, mais aussi au cours de son séjour à Grenoble puis à Lyon.

Le Dr Shoaban donne des précisions concernant les apports de son séjour en France :

Il décrit son séjour en France comme très positif et formateur à la fois sur le plan théorique comme sur le plan pratique.

La neurochirurgie afghane a besoin de l'aide de la France pour démarrer.

Je sais combien nous sommes loin de la pratique de neurochirurgie et combien nous avons du manque pour rattraper notre retard.

Les locaux sont vétustes et non adaptés, les moyennes, les consommables et les équipements manquent cruellement. Il sollicite l'aide de la France et du Ministère de l'Enseignement Supérieur dans ces domaines.

Il mettra en application ses expériences accumulées durant son séjour en France.

Il souligne encore : sans une aide active de la coopération française (amélioration des locaux, équipements et formation prolongée), il est difficile d'atteindre notre objectif et de développer le service de neurochirurgie.

Il sollicite notre collaboration et la poursuite des missions avec une formation théorique et pratique.

Son souhait est le développement du service à l'aide de la France et la coopération avec la neurochirurgie française.

A la fin le Dr Shoaban présente ses remerciements ainsi que ceux de l'équipe de neurochirurgie pour l'organisation de cette réunion. Il remercie aussi les efforts effectués par les missionnaires français, au cours de leurs séjours.

Pour ma part je ne peux qu'appuyer ses propositions, bien entendu si nous voulons aider le service de neurochirurgie de façon efficace, nous devons former l'équipe de neurochirurgie, de façon plus efficace. Nous devons effectuer une formation plus efficace (à la fois sur le plan théorique comme sur le plan pratique), prolongée et adaptée à la situation et aux pathologies locales. Nous devons aussi participer à l'amélioration des

conditions du travail et au développement progressif du service en tenant compte des **locaux, équipements et formation**. L'ensemble de ces trois éléments est important dans le développement futur du service sans quoi nos efforts resteront infructueux.

Le Dr F. Tissot remercie le chef de service de neurochirurgie de ses propositions claires et précises. Les propositions sont des idées solides pour le développement ultérieur de la neurochirurgie.

Remerciements :

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

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

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

Le Docteur Latif Déliri pour son aide et son amitié,

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

**Rapport de mission validé le 16 août 2005
par l'Ambassade de France en Afghanistan
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Emilie Robert".

Emilie Robert