



Mission

« Neurochirurgie »

à l'Hôpital Ali Abad de Kaboul
(Afghanistan)

Du 30 janvier à 15 février 2006

Mission effectuée par

Docteur Ahmad Ashraf
Praticien Hospitalier en Neurochirurgie
CHU de Grenoble



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Généralités :

Cette mission est réalisée dans le cadre du partenariat entre les hospices civils de Lyon et l'hôpital Universitaire Ali Abad de Kaboul. Cette mission est notre 4^{ème} mission, ciblée en neurochirurgie. Alors qu'en totalité, c'est la 7^{ème} effectuée depuis novembre 2003.

J'ai effectué respectivement mes missions :

- du 22 juin à 17 juillet 2004,
- du 21 novembre au 10 décembre 2004
- et du 4 au 29 juin 2005

Mes quatre missions sont réalisées de façons ciblées, sur le service de neurochirurgie à l'hôpital Universitaire Ali Abad de Kaboul. Cet hôpital comme l'hôpital Maiwand, appartiennent au ministère de l'enseignement supérieur.

Les 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'équipement médicochirurgicaux et des consommables, la situation reste aussi critique.

Le service de neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad de Kaboul est le seul service de Neurochirurgie universitaire en Afghanistan. Ses responsabilités et ses missions sont d'importance capital. L'important rôle de la prise en charge des patients et de l'enseignement. Ce service doit former les neurochirurgiens du future dans les normes internationales, à Kaboul comme dans d'autres hôpitaux universitaires d'Afghanistan

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

- le service de neurochirurgie de l'hôpital des armées,
- le service de neurochirurgie récemment créé à l'hôpital Ibné Sina. Ce service est créé depuis quelques mois. L'équipe neurochirurgicale est composée de 4 anciens chirurgiens juniors de l'hôpital Ali Abad : Dr. Assad Safi, Dr. Akram, Dr. Aman et le Dr. Najib

Le nombre des facultés de médecines provinciales ne cesse d'augmenter, il n'y est pas possible de pratiquer ni d'enseigner la neurochirurgie à l'heure actuelle.

Il existe cinq autres facultés de médecine en Afghanistan : Khost, Nangrahar (Jalal Abad), Kandahar, Herat et Balkh (Mazaré shérif). Dans les hôpitaux de ces régions la pratique et l'enseignement de neurochirurgie n'existe pas. La mission du service de neurochirurgie de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul est aussi de former des neurochirurgiens pour ces régions afin de permettre le pratique et l'enseignement de la Neurochirurgie dans l'avenir.

Le manque de locaux l'inadaptation, de l'équipement médicochirurgical et des consommables, constituent aussi des problèmes majeurs qu'il faudrait résoudre.

L'organisation et le fonctionnement du service :

Le service de Neurochirurgie de l'hôpital Ali Abad, comme l'ensemble des Hôpitaux Universitaires, appartient au ministère de l'enseignement supérieur.

L'équipe médicale :

L'équipe médicale est composée de 4 neurochirurgiens seniors et de 2 neurochirurgiens juniors. Les universitaires sont souvent absents pour raison de leurs tâches universitaires et autres. Dr. J. Faqirmal et Dr A-F. Pirzad ont chacun leur clinique privée.

La fonction de chefferie de service est assurée par le Dr. Shoieb Shoaban. L'équipe est composé de :

Neurochirurgiens seniors :

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

Neurochirurgiens juniors:

Dr. Abdul Razaque Samet
Dr. Abdul Qader Sakhawarz
Dr. Zarghona

Le service accueille aussi 6 nouveaux membres, des jeunes diplômés de médecine qui sont admis pour leur spécialisation en Neurochirurgie :

Dr. Hayatolla
Dr. Aminulla
Dr. Mohamed Salim
Dr. Hamidulla
Dr. Shiraz
Dr. Mohamed Anwar

En ce qui concerne l'organisation de l'activité journalière des chirurgiens, pas de modification majeure. L'absentéisme et la désorganisation sont toujours présents.

Le service de chirurgie général de l'hôpital Ali Abad a été délocalisé à l'hôpital Maiwand. Les locaux de ce service sont occupés par la neurochirurgie. Les anciens locaux du service de neurochirurgie sont occupés par le service de médecine interne

Le service de neurochirurgie possède actuellement 40 lits, 25 lits dans le secteur des hommes et 15 lits dans le secteur des femmes. Il n'existe toujours pas de salle de consultation dans le service, les consultations sont effectuées dans le seul bureau des médecins.

Le service de chirurgie général possédait un bloc opératoire nettement mieux adapté sur le plan des locaux. Au cours du déménagement du service de chirurgie général, l'ensemble des équipements de ce bloc opératoire a été transféré à l'hôpital Maiwand.

Ce bloc opératoire a été partiellement dévasté par ses occupants antérieurs pendant le déménagement avec d'importantes dégradations de ses installations électriques. Le bloc opératoire et la salle de stérilisation ont été vidés de tous leurs équipements.

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

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

L'équipe paramédicale :

Dans le service :

Pas de modifications notable.

Au bloc opératoire :

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

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

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

L'activité et le fonctionnement du service :

Les rapports précédents permettent d'avoir une évaluation de l'activité du service. Pas de modifications hormis l'absence de staff de chirurgie.

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

Evaluer la qualité des infrastructures :

Les infrastructures :

Le secteur d'hospitalisation :

Le service de neurochirurgie est composé de 40 lits, divisé en 2 secteurs :

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

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

Il n'existe toujours pas de salle de consultation dans le service, les consultations sont effectuées dans le seul bureau des médecins. Un nombre important de patients est vu chaque jour en consultation de neurochirurgie (20 à 30 patients).

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

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

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

Le service de neurochirurgie à l'hôpital Ibné Sina à été visité, cette hôpital est soutenu par la Corée. Ce service possède 25 lits dont 8 en soins intensifs. Les locaux sont mieux adaptés à la fois dans l'unité de soins comme au bloc opératoire. Le service possède un bloc opératoire avec 2 salles mieux situées.

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

Il est évident que dans la situation actuelle la mission du service de neurochirurgie de l'Hôpital Ali Abad s'avère importante. Il participe à la prise en charge des patients, participe à la formation des étudiants en médecine. Il est aussi temps de réfléchir à la formation des neurochirurgiens pour d'autres hôpitaux universitaires.

Bloc opératoire :

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

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

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

Le coin du lavage des mains

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 service de chirurgie générale possédait un bloc opératoire mieux adapté sur le



plan des locaux. Au cours de son déménagement, l'ensemble des équipements de ce bloc opératoire a été transféré à l'hôpital Maiwand. Actuellement ce bloc opératoire est vide sans aucun équipement. Il est conseillé d'équiper ce bloc opératoire pour la neurochirurgie qui possède actuellement un bloc commun avec la chirurgie Urologique.

Nous avons discuté de cette opportunité avec le Professeur Ejazi le président des hôpitaux universitaires qui confirme aussi l'importance de cette idée. Ce bloc opératoire est composé de 2 salles plus grandes et mieux adaptées et d'une salle de stérilisation plus grande.



La salle d'opération

En conséquence le bloc de neurochirurgie a été transféré dans ce nouveau local. Le scialytique, la table opératoire, la têtère à prise osseuse, l'appareil d'anesthésie, le moniteur, l'appareil de coagulation bipolaire sont parmi des éléments manquants, nécessaire à un bon fonctionnement de ce bloc opératoire.

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.

L'habitude est de réaliser des interventions d'urgence pour la pathologie rachidienne avec des troubles neurologiques (complet ou incomplet), dans ce cas l'amélioration reste toujours minime.

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

La prise en charge chirurgicale de ces lésions n'est toujours pas possible pour raison d'un manque importante de matériel nécessaire.

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. Ils n'ont pas les moyens de se rendre dans les pays voisins pour le traitement adéquat.

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

L'appareil de radiographie :

L'appareil de radiographie portatif est obsolète.

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

Stérilisation :

Il existe des progrès dans ce domaine bien qu'elle reste sous équipée. Les deux autoclaves et le poupinel sont toujours fonctionnels (dans l'ancien bloc de neurochirurgie parallèlement utilisé par Urologie).

La salle de stérilisation est trop petite, pas de place suffisante pour le stockage du matériel stérilisé. Pas de matériels de stérilisation dans le nouveau bloc opératoire.

Problème de réanimation :

L'absence de la réanimation reste un problème majeur 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 hémodynamiques 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 une source de préjudice dans la prise en charge des patients graves, la mortalité et la morbidité reste élevé.

Il est difficile de former une équipe pour la neurochirurgie moderne alors que les éléments essentiels nécessaires à la formation, diagnostic et thérapeutique manquent toujours. La formation de l'équipe doit s'effectuer en même temps à la fois sur le plan théorique et pratique.

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 faire entrer les patients en brancard. Pas de possibilités non plus d'y effectuer les soins d'urgence à un polytraumatisé.

Moyens diagnostics :

L'équipement radiologique :

Les moyens diagnostic sont toujours très limités.

Les radiographies standard :

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

Le service dispose d'un appareil de radiographie ancien dont le champ de fonction est limité. Il existe aussi trois appareils de radiographie portatifs, offerts par le Japon. Ces appareils sont toujours hors d'usage.

Il n'y a pas de service de réparation de l'équipement médical.

La myélographie et la sacroradiculographie :

La myélographie et la sacroradiculographie peuvent être réalisées.

Le scanner :

Par une initiative privée un scanner est en cours d'installation au sein de l'hôpital Ali Abad. Cette appareil sera fonctionnel dans les semaines avenir. Sa mise en fonctionnement facilitera la réalisation des examens pour les patients hospitalisés comme pour les urgences. Il sera aussi possible de réaliser des EEG.

L'équipement médicochirurgical :

Le matériel chirurgical :

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

La table opératoire est cassée, ancienne, pas de tête, ne permettant pas l'installation spécifique à certaines interventions.

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

En l'absence de microscope opératoire de têtère à prise osseuse et de matériel de microchirurgie, les interventions de la neurochirurgie crânienne, s'avèrent toujours difficiles voir déconseillées.



Evaluer l'application des recommandations des missions précédentes :

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

Au niveau de l'équipe infirmière :

Les recommandations précédentes sont toujours appliquées de façons incomplètes.

Au niveau du cadre infirmier :

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

Amélioration de l'hygiène :

La situation reste identique. Le nettoyage du sol est réalisé plusieurs fois par jours.

Au bloc opératoire :

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

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

Le travail du CLIN :

Pas 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 :

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

Équipement du bloc opératoire :

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

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

Équipement de la stérilisation :

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

Équipement de radiologie :

Le scanner est en cours d'installation par un groupe privé, il sera fonctionnel dans quelques semaines.

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

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

Physiothérapie et kinésithérapie :

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

Entretien et réparation du matériel :

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

Amélioration de la formation :

Pour le personnel médical :

Dans la salle de réunion deux ordinateurs sont installés. Les deux ordinateurs sont équipés de connexion internet.

Pour le personnel paramédical :

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

Formation théorique et pratique des neurochirurgiens :

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

Comme au cours de la mission précédente, la formation théorique et pratique de l'équipe est poursuivie.

Compte tenu la situation d'après guerre, les mauvaises condition du trafic routier, l'accumulation de la population à Kaboul et la reconstruction, il a un nombre important d'accidents de la circulation et du travail, responsables de la traumatologie rachidienne et crânienne.

Plusieurs patients avec des lésions traumatiques du rachis dorsolombaire, ont été admis mais la manque du matériel d'ostéosynthèse du rachis ne permettait pas de réaliser une prise en charge chirurgicale. Il existe un important manque de matériel d'ostéosynthèse rachidienne, étant donnée le nombre important de patients. La formation de ce coté aussi s'avère toujours nécessaire, parfois les indications ne sont pas bonnes et la technique opératoire comporte des défauts. Il n'existe aucun compte de quantité des matériels utilisé ni du matériel offert à l'équipe en neurochirurgie.

L'équipe est sensibilisé pour effectuer des statistiques de nombre des patients opérer par mois, la quantité du matériels posés et du matériels nécessaires. La multiplication des cliniques privées rende encore plus difficile la réalisation des efforts de ce genre.

Le nouveau matériel d'ostéosynthèse du rachis cervical que laboratoire Stryker avait aimablement offert, a été donné à la direction de l'hôpital puis au service de neurochirurgie. Des fiches spécifiques pour comptabiliser les différents matériels d'ostéosynthèse offerts, ainsi que les matériels posés ont été réalisées et données au responsable du service de neurochirurgie. Le manque de matériel d'ostéosynthèse du rachis est sensible.

Etant donnée la constatation de l'absentéisme important dans l'équipe chirurgicale, entraînant une désorganisation de l'activité du service ainsi que des retards dans la prise en charge des patients. Le chef de service et les chirurgiens sont sensibilisés à l'amélioration de l'organisation de l'activité et de la présence des chirurgiens.

Des conseils ont été donnés pour une meilleure organisation de travail journalier comme un planning des interventions et la prise en charge des jeunes chirurgiens en formation. De nombreuses réunions pour cela ont été tenues.

L'enseignement théorique :

Il est évident qu'il existe un retard considérable dans la connaissance théorique de l'équipe médicale. L'enseignement théorique (sémiologie neurologique, la neurochirurgie et neuroradiologie) est suivi au cours de notre mission.

L'enseignement pratique :

Les techniques chirurgicales ont été enseignées comme au cours des missions précédentes.

Propositions :

Le service est toujours en état de délabrement, le changement des locaux a permis une augmentation du nombre des lits et d'acquérir un bloc opératoire pour la neurochirurgie.

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

Les missions longues doivent être réalisées pour être efficaces et pouvoir former et accompagner au quotidien cette équipe. La nécessité d'un service de neurochirurgie parfaitement autonome dans la situation actuelle de Kaboul ne fait aucun doute.

Poursuite des recommandations des missions précédentes.

Nous avons repris les recommandations qui ne sont pas encore appliquées :

L'équipe médicale :

- Poursuite de formation continue prolongée sur place pour augmenter les connaissances théoriques des chirurgiens particulièrement indications et techniques opératoires (intérêt collectif)
- Poursuite de formation pratique avec participation active au bloc opératoire
- Accompagner le chef de service dans la gestion de son service et les chirurgiens pour leurs tâches quotidiennes. L'augmentation constante des patients hospitalisés, le retard considérable de la prise en charge des patients et le taux d'absentéisme demande une nouvelle charte de fonctionnement
- Responsabiliser les chirurgiens dans l'application des règles d'hygiène dans le service comme au bloc opératoire
- Responsabiliser les chirurgiens, pour la formation de l'équipe paramédicale, pour accomplir leurs tâches 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 les services de neurochirurgie de l'hôpital 400 lits et de l'hôpital Ebné Sina

L'équipe paramédicale :

Au niveau de l'équipe infirmier :

- Formation théorique et pratique de l'équipe paramédicale pour améliorer ses connaissances et sa façon de travailler
- Sensibiliser l'équipe infirmière au respect de plus en plus de 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 l'évaluation de l'équipe infirmière une fois par an par des notations
- Sensibiliser l'équipe infirmier pour diminuer le taux d'absentéisme
- Comptabiliser l'activité du service (nombre d'entrées, les infections durant le séjour)

Amélioration de l'hygiène :

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

Dans le service :

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

Au bloc opératoire :

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

Amélioration des locaux :

Dans l'unité de soins :

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

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

Equipement de stérilisation :

- Achat d'un plus grand poupinel

Equipement radiologique et diagnostic :

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

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

La venue des neurochirurgiens afghans en France aussi doit être renforcée, pour leur formation et leur montrer la neurochirurgie moderne.

La dotation en 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.

Rapport de mission validé par l'ambassade de France en Afghanistan le 23 avril 2006

Les constats et propositions appartiennent à l'auteur



Dr Philippe Bonhoure
Chef de la Cellule Santé

Remerciements :

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

Monsieur le Docteur Frédéric Tissot, l'ancien Chef du projet de Santé de l'Ambassade de France à Kaboul,

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

EGIDE et Mlle Emilie Robert pour l'organisation de ma mission,

Le Pr. Ejazi (le président des Hôpitaux universitaires) pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils,

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