



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ambassade de France en Afghanistan

Formation au management hospitalier à Kaboul



Qualité des soins

Par Marie-Claire Paty

Direction Générale de la Santé
Ministère de la Santé

Du 20 au 25 juin 2005

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 3 |
| 20 juin 2005 – Dimensions de la qualité | 4 |
| Matinée de formation | 4 |
| 1. Présentation des participants | 4 |
| 2. Rappels sur le rôle de l’hôpital..... | 4 |
| 3. Perception et connaissances des directeurs d’hôpitaux..... | 4 |
| 4. Présentation des dimensions de la qualité..... | 4 |
| 5. Discussion - Différences secteur public- secteur privé | 5 |
| 21 juin 2005 - Dimensions de la qualité (suite) | 6 |
| Matinée de formation | 6 |
| 1. Les dimensions de la qualité (suite) | 6 |
| 2. Discussion : humanité des soins..... | 6 |
| 3. Exemples de problèmes auxquels sont confrontés les directeurs d’hôpitaux afghans | 6 |
| 4. Modèle d’évaluation de la qualité | 7 |
| 5. Les normes et standards | 7 |
| 6. Essential Package for Hospital Services (EPHS)..... | 7 |
| Visite du centre national de la tuberculose (directeur Dr Khaled Seddiq)..... | 8 |
| 22 juin 2005 – Rôle des directeurs et outils d’amélioration de la qualité | 9 |
| Matinée de formation | 9 |
| 1. Le rôle des directeurs dans la qualité des soins..... | 9 |
| 2. Discussion sur le pouvoir des directeurs..... | 9 |
| 3. Outils permettant d’améliorer la qualité..... | 9 |
| 4. Discussion (recommandations et protocoles)..... | 10 |
| Visite de l’hôpital des maladies infectieuses Antani (directeur Dr Abdul Rahman Akbari) | 11 |
| Visite de l’hôpital Jamhuriat (directeur Dr Aminudin Shefajoo)..... | 12 |
| 23 juin 2005 – Identifier les problèmes et proposer des solutions | 13 |
| Matinée de formation | 13 |
| 1. Identifier les problèmes..... | 13 |
| 2. Outils d’amélioration de la qualité (suite)..... | 15 |
| 3. Sécurité des patients | 15 |
| 25 juin 2005..... | 16 |
| Matinée de formation | 16 |
| 1. Mesurer la qualité..... | 16 |
| 2. Discussion - Prendre l’hôpital dans son ensemble | 16 |
| 3. Evaluer l’amélioration de la qualité | 16 |
| 4. Discussion collective et conclusions | 16 |
| Visite de l’hôpital Wazir Akbar Khan (directeur Dr Abdul Rab Kohistany)..... | 17 |
| 26 juin 2005..... | 17 |
| Visite de la maternité Malalāi (directrice Dr Nafissa Nasser) | 17 |
| Conclusions | 19 |
| Remerciements | 19 |

INTRODUCTION

Ce module s'inscrit dans la continuité des modules réalisés par Maurice Page (gestion des plateaux techniques biomédicaux hospitaliers), Olivier Vilain (maintenance et logistique hospitalière) et Jean-François Itty (finances hospitalières). Il clôt la première série de formation de ce programme.

Objectifs :

- Rappeler les objectifs et les moyens de la politique hospitalière en Afghanistan.
- Présenter le concept de la qualité et les outils pour son amélioration et son évaluation.
- Identifier les problèmes et trouver les moyens de les résoudre dans le contexte du système de santé afghan.

Méthode :

Sessions interactives avec échange d'expérience.

- Discuter ce que sont le rôle des hôpitaux et la qualité des soins dans le système de santé afghan.
- A partir d'exemples concrets proposés par les participants :
 - identifier des difficultés et des situations dans lesquelles la qualité des soins est insuffisante,
 - proposer des moyens pour l'améliorer,
 - évaluer son amélioration.

Les matinées de formation sont complétées par la visite de quelques hôpitaux l'après-midi afin de connaître la réalité des hôpitaux afghans.

Matinée de formation

1. Présentation des participants

Vingt directeurs sont présents. Aucun de ces directeurs n'a participé à la rédaction des textes officiels de politique hospitalière. Quelques-uns ont déjà participé à des formations sur le management des structures de soin et la qualité.

Les directeurs se présentent rapidement. L'ensemble des activités hospitalières est représentée : hôpitaux de chirurgie, pédiatrie, urgences, tuberculose, centre national de radiologie, laboratoire central, centres de consultations ambulatoires, centre national de transfusion sanguine, etc...

Dès cette présentation, certaines notions affleurent telles que celle de standards, le directeur de la Banque Centrale de Sang mentionnant que les produits sanguins sont préparés selon des standards.

2. Rappels sur le rôle de l'hôpital

La session commence par le rappel des rôles de l'hôpital, y compris ceux de formation et de recueil de données de santé. La complexité de l'hôpital est soulignée. Ces notions n'appellent pas de commentaires des directeurs, si ce n'est que le rôle de directeur d'hôpital est difficile.

3. Perception et connaissances des directeurs d'hôpitaux

Je demande aux participants ce qu'ils entendent par qualité des soins. Les réponses, notées sur un tableau, montrent que les directeurs ont la connaissance des notions couvertes par la qualité des soins. Ces réponses sont : bonne utilisation de moyens limités, efficacité, soins délivrés sans retard, soins délivrés au moindre coût, satisfaction, utilisation de standards, amélioration continue de la qualité.

4. Présentation des dimensions de la qualité

Pour le détail des présentations, voir la présentation power point.

Efficacité.

Importance de délivrer des soins qui « marchent ». L'efficacité des actions de santé est évaluée et déterminée dans des études scientifiques. Les recommandations pour la pratique sont des travaux d'experts basés sur la synthèse de ces données. Dans beaucoup de pays, des agences nationales sont chargées de rédiger ces recommandations qui sont ensuite diffusées aux soignants par la presse médicale, les associations professionnelles et sur Internet.

Adéquation des soins.

Il s'agit de délivrer des soins appropriés aux besoins et à l'état des patients. Cette notion est de plus en plus importante, d'autant que tous les systèmes de santé sont confrontés au manque de moyens.

Le responsable du laboratoire central mentionne des demandes d'examen redondants et répétés. Un directeur cite la profusion d'examens radiographiques réalisés sans qu'ils soient nécessaires, notamment dans le secteur privé, ceci dans un but marchand.

Sécurité des patients.

La phrase « *les hôpitaux peuvent être des endroits dangereux* » fait sourire mais a l'approbation des directeurs. Je cite les infections nosocomiales, les effets indésirables des médicaments mais aussi les chutes de brancard.

Quelques questions me sont posées au sujet des infections nosocomiales : temps nécessaire à investiguer une épidémie d'infections nosocomiales, comment sont faites les investigations (utilisation de check-lists). Je donne l'exemple d'une épidémie survenue récemment dans un hôpital français. Le délai entre les premiers cas et l'alerte a été de 8 semaines, l'investigation a été réalisée en associant les différents partenaires : bactériologistes, hygiénistes, anesthésistes, chirurgiens, ingénieurs qui posaient ensemble les axes d'investigations.

5. Discussion - Différences secteur public- secteur privé

Un directeur me demande si les recommandations françaises s'appliquent autant au secteur public que privé. Ma réponse est oui. Les directeurs sont aussi intéressés de savoir dans quel secteur, public ou privé, les soins sont de meilleure qualité. Je réponds qu'en moyenne la qualité des soins est de même niveau, dans le public et dans le privé. Les « centres d'excellence » sont, eux, plutôt dans le secteur public.

Matinée de formation

1. Les dimensions de la qualité (suite)

Efficiences.

Introduction de la notion de coût des soins. Utilise-t-on les soins qui donnent les meilleurs résultats pour les moyens investis ? Les moyens ne sont-ils pas gaspillés ?

Accessibilité.

Si l'accessibilité géographique concerne la répartition géographique de l'offre de soins, l'accessibilité dans le temps est du ressort des directeurs d'hôpitaux. Les patients doivent pouvoir avoir accès aux soins dont ils ont besoin à tout moment (permanence des soins). Les directeurs doivent, en fonction du type de patients soignés dans leurs hôpitaux, organiser un fonctionnement et notamment une présence des personnels qui permette d'assurer les soins à tout moment, qu'il s'agisse de patients arrivant à l'hôpital ou de patients déjà hospitalisés.

Equité.

Les patients sont-ils traités de la même manière quel que soit leur sexe, leur origine ?

Humanité.

Les patients sont-ils traités avec respect ? Il s'agit de leur donner des informations sur les soins, leur maladie.

2. Discussion : humanité des soins

La discussion s'engage sur l'initiative des directeurs sur la dimension d'humanité des soins.

- La notion de secret professionnel rend les directeurs perplexes et provoque une discussion sur le risque d'exposer les proches du malade en ne leur révélant pas le diagnostic du patient en cas de SIDA par exemple. J'explique que c'est la discussion entre le malade et le médecin qui devrait permettre que le patient informe lui-même ses proches exposés.

- L'information du patient sur son diagnostic interpelle les directeurs. L'habitude en Afghanistan est de ne pas informer les patients de diagnostics graves tels que le cancer mais d'informer leurs familles. Ma réponse est que ces attitudes varient selon les sociétés et les cultures, par exemple les anglo-saxons et les français n'ont pas la même pratique mais en France, l'attitude courante devient de dire la vérité du diagnostic au patient. Ces thèmes devraient être discutés entre les professionnels de santé. Il n'y a pas de règle à appliquer si ce n'est celle de l'écoute du patient et de son respect. Les directeurs se doivent d'être les garants du traitement avec respect des patients. Je souligne que cette discussion relève aussi de l'éthique.

- Un autre exemple concerne le vitiligo. Un dermatologue m'explique que le vitiligo est en Afghanistan une maladie honteuse et qu'une femme atteinte de vitiligo serait répudiée. Dans ces conditions, le médecin peut-il ne pas donner le diagnostic et se contenter d'expliquer les symptômes et leur caractère bénin sans donner le nom du diagnostic ? Il n'y a pas de réponse type et elle relève aussi de réflexions entre professionnels de santé mais, assurément, le rôle du médecin est de protéger son patient.

3. Exemples de problèmes auxquels sont confrontés les directeurs d'hôpitaux afghans

Les directeurs sont appelés à donner des exemples.

Soins dentaires dans une polyclinique.

Le directeur d'une polyclinique explique que les patients présentant des caries demandent des extractions dentaires car le matériel pour le traitement des caries n'est pas disponible et demande s'il s'agit là d'un problème de qualité des soins. Je réponds que, même si la carie n'est pas une priorité de santé publique (mais influence de l'état dentaire sur l'état nutritionnel), c'est effectivement un exemple de qualité des soins. Si une des missions de cette polyclinique est de délivrer des soins dentaires, alors le directeur va investir dans la délivrance de ce soin. Il a la responsabilité que du personnel soit nommé et formé, que le matériel soit adéquat, bien maintenu, bien utilisé et disponible de façon à ce que les patients y aient accès et que des extractions ne soient pas réalisées abusivement.

Non-observance des traitements par les diabétiques.

Un directeur explique que de nombreux patients diabétiques ne suivent ni le traitement ni le régime après leur retour à domicile. Il cite le cas d'une jeune femme hospitalisée à de multiples reprises et finalement décédée. Je réponds qu'on peut avoir 2 attitudes, l'une étant de dire que c'est de la faute des patients ; l'autre d'y voir un problème attribuable à la qualité des soins donnés. Pourquoi les patients reviennent-ils rapidement en hospitalisation ? Les informations données sur leur maladie sont complètes et compréhensibles ? Le personnel qui donne ces informations est-il formé à cela, a-t-il le temps ? Les médecins en charge du patient à domicile ont-ils été bien informés ? L'importance de l'éducation des diabétiques est-elle bien reconnue par l'ensemble des soignants ?

Attentes de la population.

La discussion s'engage sur les attentes de la population toujours plus fortes et la culpabilisation des médecins et des managers. Cette évolution est identique dans tous les pays, et il est impératif de penser non pas en terme de « *ce n'est pas notre faute* » mais par une réflexion commune des professionnels de santé sur les possibilités d'améliorer les choses avec les moyens à disposition : comment faire mieux avec le peu de moyens disponibles ?

4. Modèle d'évaluation de la qualité

L'analyse des soins en terme de moyens/ressources, actions, résultats est présentée et expliquée avec des exemples et permet de faire le lien avec les autres modules de la formation.

A propos des résultats les directeurs décrivent le registre qui existe dans chaque service, qui comprend des données d'état civil des patients, les diagnostics. Des rapports mensuels d'activité sont envoyés au Ministère de la Santé Publique par les hôpitaux.

5. Les normes et standards

Introduction de cette notion et présentation du tableau 4 de l'EPHS.

6. Essential Package for Hospital Services (EPHS)

Les nombreux points de l'EPHS en rapport avec la qualité sont présentés. En effet, les dimensions de la qualité y sont citées à de nombreuses reprises et une série de standards pour les hôpitaux y sont décrits. Les directeurs notent avec intérêt ces points, me laissant à penser que l'EPHS n'est pas bien connu d'eux. L'un d'eux me demande ce que je pense de ce document et si j'ai des critiques. Je réponds que ce document est intéressant et juste mais très vague en ce qui concerne la qualité des soins, qui nécessitera un grand travail complémentaire des directeurs pour sa mise en place.

Visite du centre national de la tuberculose (directeur Dr Khaled Seddiq)

Ce centre a un rôle de soin, de laboratoire de référence et de formation des techniciens de laboratoire et des soignants de toutes les régions d'Afghanistan.

Il est très bien équipé en matériel de formation. Il n'est pas possible d'y réaliser les antibiogrammes.

Des formations de techniciens de laboratoire et de soignants des centres de prise en charge de la tuberculose sont en cours. Nous visitons les salles de consultations (hommes, femmes, enfants), y voyons les registres (état civil, symptômes, examens, traitement, transfert) et les dossiers des patients.

Dans le laboratoire, la méthode est affichée au mur avec des dessins ; dans la salle de délivrance des traitements (DOTS), les algorithmes de traitement sont affichés au mur (en anglais). Le centre participe à une étude épidémiologique (pourquoi plus de femmes parmi les patients tuberculeux ?) et à un travail sur la collaboration avec le privé pour la prise en charge des patients tuberculeux (faire adresser les patients tuberculeux aux dispensaires de façon à ce que les traitements soient bien pris et collaboration avec certains hôpitaux privés).

Ce centre est largement soutenu financièrement et techniquement par les agences internationales.

Matinée de formation

1. Le rôle des directeurs dans la qualité des soins

Présentation du rôle des directeurs comme garants de la qualité et du bon usage des moyens et des ressources. Compétences de négociateurs. Nécessité de coordination des activités de l'hôpital. Force de proposition. Nécessité de déléguer.

2. Discussion sur le pouvoir des directeurs.

Le manque de pouvoir des directeurs pour se séparer de collaborateurs non satisfaisants ou incompetents (l'exemple donné est celui d'autres membres de l'équipe de direction) est critiqué par un directeur : c'est le Ministère qui entérine ces décisions et il peut donc s'opposer au souhait du directeur. Se profile le problème des soutiens de proches par le Ministère.

Ma réponse est sur plusieurs niveaux :

- le directeur doit avoir une capacité de négociation et les désaccords peuvent se régler par la négociation ;
- des réunions régulières avec l'ensemble de l'équipe de direction peuvent permettre de mettre à plat les désaccords et prendre une décision consensuelle ;
- je rappelle cependant l'organigramme de l'EPHS dans lequel le directeur a pouvoir hiérarchique sur les autres responsables ;
- une manière de gérer ces problèmes (que je comprends aussi comme un problème de partage du pouvoir dans l'hôpital) est de responsabiliser les collaborateurs ;
- je signale qu'un différend ou une incompétence peuvent être objectivés par des indicateurs qui peuvent éventuellement justifier la décision ;
- enfin je rappelle que diriger n'est pas que punir et qu'un problème peut se résoudre différemment en en cherchant ses causes.

Un second directeur précise qu'il faut une équipe motivée autour du directeur et que c'est cela l'objectif. Un troisième signale qu'il existe dans les hôpitaux des commissions regroupant les directeurs et que la décision finale passe par ces commissions.

Le directeur des hôpitaux, interpellé sur ce point, rappelle que les commissions sont là pour ces décisions et que le Ministère se rangera en général à la décision du directeur.

Je demande quelles sont les possibilités de recours d'une personne que l'on veut défaire de sa fonction. Il y a au Ministère une direction pour l'évaluation qui est la structure de recours.

3. Outils permettant d'améliorer la qualité

Recommandations cliniques.

Elles sont faites par les experts de la spécialité, basées sur une analyse de la littérature et des études et servent d'outils. Elles sont de portée assez générale et peuvent être utilisées comme référence. Je donne des adresses Internet de certaines banques de recommandations.

Protocoles de soins.

Les protocoles de soin doivent être rédigés par/avec ceux qui vont les appliquer. Je mentionne que l'expertise venue de l'étranger en Afghanistan peut être utilisée pour que des protocoles de soins soient rédigés avec elle.

Le directeur de l'hôpital pédiatrique Atatürk explique avoir rédigé plusieurs protocoles de traitement pour le service d'urgence (crise d'asthme, réanimation...). Chaque point d'eau est assorti d'une affichette sur le lavage des mains. Ces protocoles ont été écrits à partir des données de la littérature internationale. A ma question sur leur utilisation réelle, il n'y a pas vraiment eu de réponse. Le directeur mentionne un comité de surveillance de l'application des protocoles.

D'autres hôpitaux n'utilisent pas de protocoles.

Je tente de résumer en disant que les hôpitaux pédiatriques (Atatürk et Indira Gandhi) semblent utiliser des protocoles et les hôpitaux pour adultes, moins. Je suggère que les directeurs partagent leurs expériences et leurs connaissances. Les réunions hebdomadaires qui ont lieu au Ministère peuvent être l'occasion de proposer au Ministère des thèmes de travail de ce type.

Dossiers des patients.

L'importance de la disponibilité des données sur le patient et sa prise en charge pour tous les soignants participant aux soins est soulignée d'où le rôle crucial du dossier médical et infirmier.

Des questions sur l'archivage des dossiers me sont posées. Je décris les modalités d'archivage. Il y a aussi des questions sur les dossiers informatisés.

Information des patients.

Rappel de l'importance de l'information et de l'écoute du patient pour la pratique médicale et l'implication du patient dans la prise en charge de ses soins.

4. Discussion (recommandations et protocoles)

A propos du traitement de la tuberculose présenté comme une recommandation par le directeur de l'institut de la tuberculose, une discussion s'engage sur l'opportunité ou la possibilité d'adapter des recommandations internationales au contexte et aux moyens locaux. Un participant donne l'exemple du traitement de la lèpre qu'il est impossible de délivrer tel que recommandé : il est impossible qu'un médecin voie les patients une fois par mois aussi le traitement est-il donné aux patients pour une durée de 6 mois. Je pointe, dans ce cas, le risque de mauvaise prise du traitement et de toxicité et demande si cette consultation mensuelle ne peut pas être faite par un soignant non-médecin. Pour la tuberculose, le mauvais suivi des traitements est connu comme cause d'échecs thérapeutiques et d'émergence de résistances. Il me paraît dangereux de s'en éloigner sans avoir bien analysé la situation et les alternatives possibles.

Cette discussion est très animée et il n'est pas possible que j'aie la traduction de l'intégralité du débat.

Concernant les protocoles, l'un des participants explique avec virulence que les protocoles ne doivent pas être faits par les étrangers de passage mais par les soignants appelés à les utiliser (quitte à y associer les experts étrangers). Je suis en parfait accord avec lui.

La réticence à utiliser des protocoles est évoquée et sa cause en serait le manque de moyens. J'explique que non. Il s'agit de faire bien en fonction des moyens à disposition.

Visite de l'hôpital des maladies infectieuses Antani (directeur Dr Abdul Rahman Akbari)

Nous faisons la visite avec le directeur et la directrice des soins infirmiers. Nous commençons par les salles d'urgence pour les femmes et pour les hommes. Des examens biologiques sommaires sont réalisés (urines) dans une salle attenante. Une patiente avec un ictère et une douleur abdominale va être hospitalisée pour explorations complémentaires. Dans le parc de l'hôpital, des tentes sont montées pour recevoir et prendre en charge les patients diarrhéiques (épidémie en cours). Il y a 2 tentes pour les admissions (hommes et femmes) et des tentes d'hospitalisation (6 à 8 lits par tente). Les patients en état stable sont traités par solution de réhydratation orale et ceux avec des signes de gravité sont perfusés. Les solutés de réhydratation sont disponibles dans des bidons où les patients vont se servir. Des lavabos ont été installés à l'extérieur des tentes. Des toilettes ont aussi été installées. La durée d'hospitalisation est de quelques heures à 24-36 heures.

La visite se poursuit par les services d'hospitalisation à l'intérieur du bâtiment : hospitalisation et soins intensifs. Les médecins ont à cœur de me présenter leurs malades et le font bien. Les dossiers des patients sont auprès d'eux (dossier infirmier et prescriptions). Le lavage des locaux est fait 3 fois par jour.



Tente d'hospitalisation des diarrhées



Tente pour les consultations diarrhées

Visite de l'hôpital Jamhuriat (directeur Dr Aminudin Shefajoo)

Cet hôpital est dans un bâtiment neuf, qui devrait être un bâtiment administratif à terme (construction d'un bâtiment d'hospitalisation neuf en cours, par le gouvernement chinois, suite à l'effondrement de l'ancien bâtiment d'hospitalisation). Je visite les services de chirurgie et le bloc opératoire vide à cette heure de l'après-midi.

23 juin 2005 – IDENTIFIER LES PROBLEMES ET PROPOSER DES SOLUTIONS

Matinée de formation

1. Identifier les problèmes

Les directeurs analysent en groupe, pour une pathologie, les problèmes et les améliorations possibles.

Groupe 1. Ce groupe analyse les étapes de la prise en charge de l'infarctus du myocarde et les difficultés rencontrées par rapport à ce qui devrait être fait.

Tableau 1 : Analyse de la prise en charge de l'infarctus du myocarde (groupe 1)

| Etapes de la prise en charge | Ce qui devrait être fait | Ce qui est fait en Afghanistan |
|-------------------------------------|--|--|
| Début de la douleur | Education de la population de façon à reconnaître les symptômes et raccourcir le délai de recours aux soins. Appel au centre de soin (numéro de téléphone d'urgence) | Pas d'éducation de la population : long délai avant le recours aux soins. |
| Contact avec le centre de soin | Conseils donnés par téléphone. Envoi d'une ambulance médicalisée, réalisation d'un ECG à domicile, début du traitement. | Pas de système d'ambulance performant, les malades restent souvent plusieurs jours à la maison. |
| Arrivée à l'hôpital | Cardiologue averti et sur place pour accueillir le patient. Si protocole, l'appliquer. | Le médecin est souvent ailleurs qu'aux urgences ⇒ le directeur a déplacé la salle des médecins pour l'approcher des urgences. |
| Hospitalisation en soins intensifs | Traitement médical ou chirurgical 24-48h d'hospitalisation en soins intensifs. | Pas de chirurgie possible en Afghanistan. Problème d'approvisionnement en médicaments. |
| Transfert en service de cardiologie | Traitement de relais et recherche de facteurs de risque. | Nécessité d'examen sophistiqués non disponibles en Afghanistan. |
| Sortie | Dossier du patient, information du médecin, traitement de fond et des facteurs de risque. | Pas de médecins traitants, les patients ont recours aux polycliniques. Pas de moyen de communiquer avec les médecins de polycliniques. |



Groupe 1

Groupe 2. Ce groupe prend la tuberculose comme exemple. Il choisit de présenter les solutions en cours de mise en place pour lutter contre les freins à la prise en charge de la tuberculose.

Tableau 2 : Analyse de la prise en charge de la tuberculose (groupe 2)

| | Les constatations | Mesures correctives en cours de mise en œuvre en Afghanistan |
|---|--|--|
| Recours aux soins | Les patients consultent avec retard car ils ne sont pas informés. La tuberculose a mauvaise réputation. | Campagnes d'éducation pour la santé |
| Collaboration avec les cabinets privés | Les médecins des cabinets privés adressent peu les patients dans des centres de prise en charge de la tuberculose. Ils font peu d'analyses bactériologiques de crachats, induisant un retard à la prise en charge. | Mise en place de collaborations formalisée entre les cabinets privés et les centres de prise en charge de la tuberculose. |
| Collaboration avec les autres structures de soins | Les centres de prise en charge de la tuberculose sont mal vus par les autres structures de soins. | Les centres de prise en charge de la tuberculose n'ayant pas les moyens faire les diagnostics de tuberculose extra pulmonaire (notamment les formes méningées), des collaborations ont été développées avec certains hôpitaux : accord notamment avec l'hôpital de maladies infectieuses. Cette collaboration fonctionne bien. |



Groupe 2

Ces deux groupes ont fait des présentations complémentaires qui me permettent d'aborder diverses notions prévues dans la suite de la formation.

La présentation du groupe 1 introduit l'identification des problèmes en suivant le parcours des patients, du domicile à la sortie de l'hôpital.

Celle du groupe 2, l'importance de la collaboration et la coordination entre les différents soignants prenant en charge une même pathologie.

Dans les deux groupes, l'éducation des patients a été mise en avant. Pour le groupe 1, mis à part la situation géographique de la salle des médecins, les moyens d'amélioration de la prise en charge n'ont pas été vraiment abordés.

2. Outils d'amélioration de la qualité (suite)

Diverses modalités de fonctionnement participant à la qualité des soins sont présentées.

Formation du personnel

Dans le cadre de l'hôpital ou de programmes régionaux ou nationaux.

Réunions de service

Importance d'une collaboration entre tous les soignants médicaux et paramédicaux.

Réunions interdisciplinaires

Nécessité de collaboration entre les différentes spécialités prenant en charge un patient.

3. Sécurité des patients

La sécurité des patients est l'occasion de revoir, sous cet angle, les aspects déjà vus à propos de la qualité : utilisation de protocoles, dossier du patient, formation etc. La démarche d'analyse des incidents et accidents est présentée ainsi que la nécessité de notifier ces événements. L'importance de l'analyse du fonctionnement de l'hôpital plutôt que la recherche d'un fautif est soulignée.

La discussion est animée, quelques exemples donnés (erreur de marquage du côté sur les clichés radiologiques).

25 JUIN 2005

Matinée de formation

1. Mesurer la qualité

Indicateurs

Les indicateurs déjà plusieurs fois cités sont définis et présentés. Ils peuvent concerner tout autant les ressources que les actions et les résultats. Un participant me demande si les indicateurs ne concernent que des éléments négatifs, j'explique que non. Un autre me demande si l'éthique est un indicateur. En soi, ce n'en est pas un, mais il peut y avoir des indicateurs de pratique éthique. Les directeurs semblent convaincus de la nécessité d'utiliser des indicateurs.

2. Discussion - Prendre l'hôpital dans son ensemble

Discussion à propos du standard 6.1 de l'EPHS sur le contrôle des infections à l'hôpital.

Les sources d'infection nosocomiales et les moyens de les prévenir sont selon les participants :

- Le patient lui-même, l'hygiène autour du patient (repas, membres des familles, instruments, soignants).
- Instruments, problème de la stérilisation (matériel et bonne utilisation). Ce directeur explique que le Ministère ne fait pas grand chose pour la stérilisation.
- Exemple du sang. La prévention se fait à plusieurs étapes : au moment du don (examen clinique et sérologies), au moment du prélèvement (hygiène), pendant le stockage (réfrigérateurs, maintenance et groupes électrogènes) et au moment de la distribution. Je rappelle l'importance de l'interrogatoire au moment du don qui n'a pas été mentionné et le directeur précise qu'il existe un questionnaire systématique pour tous les donneurs.
- Circuit entre la stérilisation et les blocs opératoires (pas de circuit fermé entre la stérilisation et le bloc, mauvais état des réseaux d'eau des hôpitaux, circuit des déchets, personnel, malade, arrêt de l'utilisation de certains produits désinfectants par le personnel car, ces produits étant corrosifs, ils font des tâches sur les surfaces provoquant des reproches vis à vis du personnel).
- Mesures pour lutter contre les infections : formation du personnel, hygiène, nettoyage.
- Exemple de la blanchisserie : tout le linge est lavé ensemble, quel qu'il soit.

Cette discussion est l'occasion de mettre en lumière la nécessité d'approfondir le thème de la stérilisation.

Rappel de la nécessité de penser l'hôpital dans son ensemble et que la qualité ne dépend pas que des personnes mais aussi de l'organisation.

3. Evaluer l'amélioration de la qualité

Il ne reste que peu de temps : la démarche qualité et la pratique de l'audit clinique sont rapidement présentées.

4. Discussion collective et conclusions

Ouverture de la discussion sur les résultats de la formation et les perspectives, en présence du Dr Frédéric Tissot. Que faire pour améliorer les choses, avec les moyens existant à Kaboul ?

Les interventions des directeurs sont nombreuses :

- Sur la question des équipements biomédicaux, il est proposé que les directeurs travaillent ensemble pour préparer une politique nationale d'équipements hospitaliers et de financement de ces équipements. La participation des patients aux frais hospitaliers (« cost-sharing ») est demandée. Ce directeur propose trois types de réunions régulières : entre directeurs, avec le ministère et avec les représentants de la population.
- Sur la qualité des soins, l'importance de planifier et bâtir une stratégie est relevée.
- Sur la fonction des directeurs : ils doivent être de bons organisateurs, avoir des objectifs, une stratégie et analyser les obstacles. La communication et la formation sont des points essentiels de l'amélioration du système hospitalier.
- Importance de la mobilisation de la société. La participation des patients aux frais hospitaliers est le gage d'une meilleure qualité (« *on saccage les écoles payées par le gouvernement mais pas les lieux religieux financés par la population, y compris les plus pauvres* »).
- Sur le plan politique, il manque un parlement élu pour édicter des lois. L'obstacle majeur n'est pas le manque d'équipements ou de médicaments mais le manque d'une politique nationale de santé et de règles pour le système de soin. Le système actuel est un système descendant dans lequel le gouvernement impose les choses sans concertation avec les acteurs de terrain. Il est nécessaire que les acteurs de terrain soient la force de proposition.

Le Docteur Frédéric Tissot rappelle que les directeurs ont 2 rôles : le premier est de gérer leurs hôpitaux, avec les moyens existants ; le second est d'être une force de proposition (et non de décision). Le Dr Tissot incite les directeurs à continuer à travailler ensemble pour échanger sur leurs expériences et constituer une force de proposition.

La volonté des directeurs de s'organiser en groupe et de participer à l'élaboration de la politique hospitalière est manifeste.

Visite de l'hôpital Wazir Akbar Khan (directeur Dr Abdul Rab Kohistany)

Cet hôpital médical et chirurgical a été rénové récemment. Comme lors de la visite de l'hôpital Antani, je suis frappée par le cœur que mettent les médecins des services à présenter leurs malades et la qualité de leurs présentations. Le frère d'un patient hospitalisé pour infarctus du myocarde exprime sa satisfaction des soins dispensés. Les dossiers médicaux sont sommaires mais accessibles et contiennent les informations principales.

Cependant le personnel m'exprime sa difficulté à vivre avec les salaires actuels et son désir de partir sitôt une offre de travail mieux rémunéré trouvée. Je sens aussi une certaine lassitude à voir passer les missions d'experts étrangers sans que les conditions matérielles ne changent vraiment.

Le directeur critique l'absence d'autonomie de gestion (le remplacement d'une ampoule nécessite l'accord du Ministère) et plaide pour une participation financière des patients.

26 JUIN 2005

Visite de la maternité Malalāi (directrice Dr Nafissa Nasseri)

Visite guidée par 2 jeunes médecins (une pédiatre et une gynécologue). Je vois l'ensemble des services. Cette maternité est le lieu d'une activité majeure (jusqu'à 120 accouchements par jour). Les primipares restent 24 h et les multipares 6 h après un accouchement normal. Des protocoles de soin sont affichés dans plusieurs lieux. La salle de « curetages » (synéchies, révisions utérines) me fait l'effet d'un lieu pénible (cris de douleur, salle d'attente bondée) ; dans les autres salles, les patientes sont entourées (conversation avec une jeune femme hospitalisée après un accouchement prématuré). Je croise une médecin japonaise, conseiller

technique à la maternité depuis un an. Ma visite reste superficielle, l'ensemble du personnel est très occupé et je ne souhaite pas être un élément perturbateur.

CONCLUSIONS

Ces cinq jours de formation ont montré une très forte implication des directeurs, les discussions ont été nombreuses et passionnantes. Les connaissances des directeurs et leurs expériences sont diverses, certains manient avec aisance les concepts et outils présentés et commencent à les traduire en pratique ; d'autres s'y initient avec intérêt et sont prêts à faire évoluer les pratiques.

L'intérêt pour les expériences étrangères est indiscutable mais les directeurs tiennent à ce que les mesures mises en place soient proposées et décidées par les acteurs afghans de la santé en prenant en compte les conditions locales, ce qui est un élément fondamental de leur succès.

L'étape d'identification et d'analyse des problèmes de qualité des soins a été très discutée et beaucoup de problèmes sont identifiés et partiellement analysés. En revanche la proposition, par les directeurs, de moyens d'amélioration a été plus rare et difficile. Cependant, quelques outils d'amélioration tels que l'utilisation de protocoles ont soulevé intérêt, échange d'expériences et débat.

Ces cinq jours n'avaient pas pour but de proposer des solutions « clés en main » et il apparaît que les directeurs ont étudié avec intérêt les méthodes présentées. C'est certainement dans un deuxième temps et dans le cadre d'un groupe de travail des directeurs que ces propositions de moyens d'amélioration seront proposées, débattues et mises en place.

La volonté des directeurs de s'organiser en groupe d'échanges et de propositions afin de prendre en main ensemble l'avenir des hôpitaux afghans est en effet manifeste et la clé de la réussite.

La visite des hôpitaux, dans la limite de la validité des impressions ressenties au cours de visites rapides, a confirmé selon moi, certes les difficultés matérielles d'exercice dans ces structures mais aussi la motivation des personnels, l'existence d'expériences qui doivent être partagées et le désir de ces professionnels de faire évoluer les hôpitaux et la qualité des soins qui y sont dispensés.

Remerciements

Je remercie le Docteur Latif pour la qualité de ses traductions écrites et orales, sa patience, son aide et ses conseils précieux, monsieur Hussein Zada pour ses traductions et ses explications lors des visites d'hôpitaux et chacun des personnels de la Guest House qui permettent de travailler dans des conditions idéales.

Merci au Docteur Frédéric Tissot et à Emilie Robert pour l'énergie, la rigueur, et le professionnalisme qu'ils ont mis à organiser ce programme, la confiance qu'ils m'ont faite et le soutien et les conseils qu'ils ont constamment exprimés.

Rapport de mission validé le 21 juillet 2005

par l'Ambassade de France à Kaboul

- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines.