



Mission

Hospices Civils de Lyon

Hôpital Ali Abad de Kaboul

8-24 juillet 2003

Madame Evelyne VIALCANET : cadre infirmier
Monsieur Pier-Jan BLASQUEZ : infirmier
Docteur Didier JACQUES : praticien hospitalier



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Plan

Introduction	page 2
Remise à niveau des infirmiers généraux	page 3
Fonction d'encadrement	page 4
Hygiène hospitalière	page 7
Les infirmiers généraux	page 10
Perspectives	page 12
Conclusion	page 14
Remerciements	page 14
Annexes	page 15

Introduction

La deuxième mission des Hospices Civils de Lyon organisée dans le cadre de la reprise de la coopération hospitalière entre Lyon et Kaboul s'est déroulée du 8 au 24 juillet 2003 à l'Hôpital Ali Abad, un an après la première mission. Outre la remise officielle de la Convention signée entre les deux établissements et leurs autorités de tutelle, ses principaux buts étaient les suivants : poursuite de la remise à niveau des infirmiers généraux, redéfinition de la fonction de cadre infirmier, préparation de la mission d'automne 2003 consacrée à l'hygiène.



Cérémonie de remise de la Convention de coopération hospitalière HCL – Ali Abad en présence du Dr Stanekzaï, représentant la Ministre de la Santé, du Dr Exeer, Directeur d'Ali Abad, du Dr Didier Jacques, de Madame Evelyne Vialcanet et de Monsieur Pier-Jean Blasquez, des HCL, de Madame Florence Morestin et du Dr Frédéric Tissot, de l'Ambassade de France.

Elle a été effectuée par Madame Evelyne VIALCANET, cadre infirmier à l'Hôtel-Dieu, Monsieur Pier-Jan BLASQUEZ, infirmier au Service Médical d'Accueil de l'Hôpital Edouard Herriot et le Docteur Didier JACQUES, praticien hospitalier dans le Service de Réanimation Médicale du Centre Hospitalier Lyon Sud.

Ce document synthétise le contenu du travail effectué et présente des données descriptives générales sur le corps infirmier. Il propose enfin des axes pour le futur de la coopération.

Remise à Niveau des Infirmiers Généraux

La poursuite de la remise à niveau des infirmiers généraux de l'Hôpital Ali Abad débutée en juillet 2002 s'est effectuée comme l'an passé à travers un passage le matin dans les différents services et la réalisation de cours l'après-midi. Nous avons adapté nos horaires de travail aux exigences de travail locales. Nous sommes ainsi passés dans les services de 10H à 11H30 en moyenne et avons dispensé les cours de 13H à 15H. La traduction a été effectuée pour l'essentiel par le Dr Latif, de l'Ambassade de France.

Le planning des rencontres dans les services de l'Hôpital est donné par le tableau 1 et le planning des cours par le tableau 2 :

Dimanche 13 juillet	Urologie Homme
Lundi 14 juillet	Neurochirurgie Homme
Mardi 15 juillet	Chirurgie générale Homme
Mercredi 16 juillet	Chirurgie Femme (urologie, neurochirurgie, chirurgie générale) Laboratoires de Bactériologie, d'Hématologie et de Biochimie
Jeudi 17 juillet	Bloc Chirurgical Femme
Samedi 19 juillet	Accueil des Urgences Chirurgicales Médecine Interne Femme
Lundi 21 juillet	Neuropsychiatrie Homme et Femme
Mardi 22 juillet	Médecine interne Homme Cuisine Magasin central Pharmacie

Tableau 1 : rencontres dans les services de l'Hôpital.

Dimanche 13 juillet	Accidents vasculaires cérébraux : 1 ^{ère} partie
Lundi 14 juillet	Accidents vasculaires cérébraux : 2 ^{ième} partie Mise en place d'une voie veineuse périphérique
Mardi 15 juillet	Accueil des douleurs abdominales aiguës Place de l'infirmier au sein du système hospitalier afghan
Mercredi 16 juillet	ECG : principes de base Troubles du rythme cardiaque
Samedi 19 juillet	Hygiène hospitalière : principes de base Prévention des infections nosocomiales Accidents d'exposition au sang Troubles de l'hydratation : 1 ^{ère} partie
Dimanche 20 juillet	Troubles de l'hydratation : 2 ^{ième} partie
Lundi 21 juillet	Œdème aigu du poumon d'origine cardiogénique Examen de validation (10 QCM)
Mardi 22 juillet	Remise des attestations et certificats

Tableau 2 : cours donnés aux infirmiers généraux.

Comme l'an passé, le travail dans les services a été réalisé le plus souvent en présence du Directeur des Soins Infirmiers, M. Abas, du cadre infirmier de chaque service et de quelques infirmiers du service. L'accueil y a toujours été favorable et la discussion franche. Elle avait pour principal objet d'évaluer la situation actuelle de chaque service en terme de travail infirmier, notamment en matière d'hygiène et d'organisation générale.

La participation aux cours a été un peu moins forte que l'an passé puisque 25 infirmiers en moyenne, au lieu de 30, ont assisté aux cours. Ces cours étaient obligatoires pour environ 40 infirmiers désignés par les différents cadres et ouverts aux autres. Le directeur de l'Hôpital, le Dr Exeer, en avait souligné l'importance au début du premier cours. L'attention a été en moyenne bonne, mais peut-être globalement un peu moins soutenue que l'an passé. Plusieurs infirmiers se sont cependant dits très satisfaits de ces cours. Ceux ayant suivi la première session organisée l'an passé disent en avoir tiré profit pour leur activité quotidienne, notamment en ce qui concerne l'hygiène ou la prévention des accidents d'exposition au sang. Il nous a été difficile de l'affirmer même si cela paraît très probable pour certains d'entre eux.

A la demande de la direction de l'Hôpital, un examen final a été organisé. Nous avons choisi la forme QCM. Vingt-huit infirmiers ont passé cet examen. Les notes se sont échelonnées de 2 à 8/10 et 18 (64%) ont eu la moyenne. Cinq autres infirmiers étaient absents le jour de l'examen bien qu'ayant suivi plus de la moitié des cours. Trente trois infirmiers au total ont ainsi suivi au moins la moitié des cours et/ou ont participé à l'examen. Un certificat de réussite a été remis aux infirmiers ayant passé avec succès cet examen. Une simple attestation de formation a été remise aux autres (cf annexe).

Un polycopié traduit en dari par le Dr Latif a été distribué à tous (voir en annexe). Des exemplaires supplémentaires ont été laissés à M. Abas. Signalons enfin que des affichettes plastifiées en dari se rapportant au score de Glasgow ont également été réalisées et distribuées (voir annexe).

Fonction d'Encadrement

1. Directeur des Soins Infirmiers (DSI) : M. Abas :

L'organisation de son travail est consignée sur une fiche de poste qui comprend 12 points :

- 1) organisation et distribution des repas des malades
- 2) contrôle des services
- 3) contrôle des médicaments
- 4) contrôle des régimes des malades.
- 5) contrôle de l'hygiène, des armoires d'urgence
- 6) contrôle du personnel de service
- 7) des salles d'urgence
- 8) des ballons d'O₂
- 9) des gardes de l'entrée
- 10) des gardes de nuit
- 11) des familles (respect des heures de visite)
- 12) présence des agents

Outre ces activités, il nous dit organiser des réunions :

- deux fois par mois pour les ouvriers (alphabétisation...)
- deux fois par mois pour les cadres

- une fois par mois pour l'ensemble du personnel paramédical.

Il n'y a aucun calendrier prévisionnel. L'organisation de ces réunions semble sujette à caution aux dires de certains membres du personnel.

Le DSI nomme les cadres infirmiers en fonction de leurs compétences et de leur ancienneté. Cette nomination est validée par le directeur de l'hôpital. Chaque cadre est secondé par un adjoint.

Les cadres n'ont bénéficié d'aucune formation particulière. On note par contre une apparente stabilité dans les postes de cette catégorie professionnelle.

2. Rôle des cadres infirmiers :

Par délégation du DSI, le cadre est responsable dans son service de la qualité des soins et de l'hygiène. Le nombre de lit détermine le nombre d'infirmiers et d'ouvriers affectés à chaque unité. Les infirmiers travaillent un mois dans une chambre déterminée. On note la disparité en dotation de personnel entre les services homme et femme, d'où une charge de travail plus importante dans ces derniers, en particulier pour l'organisation des gardes de nuit. Par ailleurs, le rôle de l'adjoint du cadre n'est pas défini.

Quatre points ont été plus étudiés :

• Définition des rôles et tâches de chacun :

Il n'existe aucune fiche de poste pour aucune catégorie de personnel.

• Informations relatives au patient :

Un dossier de soin vient d'être édité, commun à tous les services, mais ne concerne que les données médicales. On n'y trouve ni fiche d'observation infirmière, ni fiche de travail infirmier. La seule relève paramédicale a lieu à 8 h 00 mais uniquement entre le cadre et l'équipe de garde de nuit. Elle se résume en général aux problèmes matériels rencontrés (manque de médicaments...).

Il n'est pas organisé de réunion d'équipe, ni de réunion de synthèse concernant le patient.

• Qualité des soins et hygiène :

Il existe une grande disparité dans l'utilisation du matériel au sein d'une même équipe. Il y a peu de distinction entre propre et sale, stérile et non stérile. Aucun protocole de soin n'est disponible. On ne trouve pas non plus d'organisation rationnelle du stockage des produits et matériels.

Le contrôle de l'hygiène n'est pas assuré pour la plupart des services. Il ne semble pas non plus y avoir de contrôle bactériologique préventif de l'environnement au sein de l'hôpital.

• **Personnel :**

Le cadre n'évalue pas de façon formelle les membres de son équipe. Il n'est pas non plus évalué par le DSI sur des critères définis. Il ne semble pas exister, de façon régulière, de supervision du travail de l'équipe, ni de remise en cause des pratiques.

Le cadre semble avoir au sein du service plus un rôle « sécuritaire » que d'animateur de son équipe (surveillance d'éventuelle disparition de produits, distribution au coup par coup des produits d'entretien et de soins...)

3. Pistes de travail sur l'encadrement :

Lors de rencontres les cadres d'Ali Abad, il a été précisé les différents aspects de la fonction cadre et leurs domaines d'application.

• **Au sein de l'hôpital :**

Le cadre doit tenir un rôle de relais et de transmission de l'information.

• **Au sein du service de soin :**

Il est responsable de la gestion économique, de l'animation des ressources humaines, de la communication et de la formation. Les conditions nécessaires à la maîtrise de la fonction cadre leurs ont été précisées :

- prise en compte des projets de l'hôpital et de la direction du service infirmier,
- définition d'objectifs sur la base d'une évaluation de risques réels (infections...).
- Ces réflexions doivent amener à l'élaboration de procédures et protocoles.
- vérification des connaissances du personnel,
- élaboration de fiches de postes (répartition des tâches de chacun) validées par le DSI,
- vérification de la bonne tenue du dossier de soin,
- supervision et évaluation du personnel et des pratiques.

Il a été rappelé aux cadres d'Ali Abad leur responsabilité face aux dérives constatées dans le déroulement des soins. Les déficits en matériels et consommables ne sont pas seuls en cause. Ces dérives peuvent s'expliquer par une baisse progressive de la rigueur dans les soins. Il est attendu des cadres qu'ils sachent motiver leur équipe pour redonner du sens à leur travail.

Les cadres devraient pouvoir s'appuyer sur les objectifs de la Direction des Soins Infirmiers qui semblent actuellement peu explicites. Une réunion organisée le 21 juillet a permis de repreciser ce qui était attendu des cadres. M. Abas, bien qu'averti de cette réunion, était absent. Il a secondairement été convenu avec lui qu'il travaille avec le chef infirmier de chaque service sur le bilan de son activité par la méthode du contrôle interne. Cela permettra de mettre en place des protocoles et des procédures de soins préalablement réfléchis avant l'intervention de la prochaine mission sur l'hygiène.

Un document a été remis à chaque cadre infirmier ainsi qu'à M. Abas précisant les différentes conditions de la maîtrise de la fonction cadre afin de leur servir de support pour ce travail.

Hygiène Hospitalière

1. Situation de l'hygiène hospitalière :

La situation de l'hygiène ne semble pas avoir fondamentalement évolué depuis juillet 2002. Une nette amélioration est pourtant à souligner dans deux domaines :

- Les locaux ont été réhabilités : l'ambassade de France a fait nettoyer et repeindre l'ensemble des services de soins et services généraux. L'électricité, les sanitaires et la menuiserie ont été réhabilités (moustiquaires aux fenêtres...).
- L'adduction d'eau est fonctionnelle dans tous les bâtiments et en particulier dans les unités de soin. A noter qu'il s'agit d'eau provenant d'un forage au sein de l'hôpital et certainement de piètre qualité biologique.

Pour autant, les pratiques n'ont pas radicalement évolué : déficit du lavage des mains de la part des soignants, ménage approximatif... Les problèmes de manque d'hygiène s'expliquent par plusieurs facteurs :

- Manque de produits sanitaires adaptés dans les services : peu de produits de ménage, pas de savon antiseptique, même au bloc (lavage à la savonnette, puis brossage avec du savon et une brosse trempée préalablement dans un antiseptique de type chlorhexidine mal conditionné), pas de produit de décontamination des surfaces, sinon de la chlorhexidine à 10% en pastille fourni par la pharmacie, dont nous n'avons pas vu l'utilisation réelle. A noter la présence à la pharmacie centrale d'un stock de solution antiseptique povidone iodée à 4% qui apparaît sous-utilisée.
- Dérive générale des pratiques du personnel soignant qui a parfois quelques notions théoriques mais ne conçoit plus très bien l'intérêt de les appliquer. Cela s'inscrit dans le déficit général de l'hygiène de la population.
- Un problème plus général de motivation : un infirmier payé 17 000 afghanis par mois (33 €) a du mal à se sentir motivé, surtout s'il doit pratiquer une autre activité professionnelle pour faire vivre sa famille.

A cela s'ajoutent quelques problèmes plus spécifiques aux soins, en particulier le manque de matériel stérile. En urologie les lavages de vessie se font avec de l'eau bouillie dans un seau puis stockée dans une cuve métallique car l'achat d'eau stérile est trop onéreux. La réutilisation de seringues et aiguilles bouillies dans l'eau à plusieurs reprises se pratique encore, même si le pharmacien affirme ne pas en manquer...

Hormis cette question d'approvisionnement, le problème le plus aigu nous semble être celui du manque de formation des soignants et du manque d'évaluation des pratiques. Les interventions faites sur l'hygiène hospitalière à l'occasion des cours aux infirmiers se heurtent à une certaine incompréhension et même à un peu d'hostilité. Comme nous a dit un infirmier vexé, « ce n'est pas parce qu'on ne fait pas qu'on ne sait pas faire ».

Si le directeur de l'hôpital paraît « intéressé » par les questions d'infections nosocomiales, les infirmiers nous semblent, sauf exception (bloc opératoire femmes par exemple), peu sensibles à la question.

La gestion de l'hygiène paraît un peu structurée en apparence mais la réalité est loin de ce qu'on nous dit : le cadre de chaque service (nommé suivant mérite par l'infirmier général) est le référent du service pour les questions d'hygiène. Il est censé assurer un contrôle de la qualité des soins et de l'entretien du service. Il est secondé par un adjoint. L'infirmier général assure aussi un contrôle sur l'ensemble des unités. Pour autant, tout cela paraît bien théorique : chariots de soins sales, produits et matériels usagés (emballages alimentaires, sondes d'intubation trachéale...) traînant depuis plusieurs jours sur le chariot de soin, produit de désinfection des surfaces (chlorhexidine) détenu par le cadre et non à disposition des utilisateurs potentiels, stockage souvent anarchique et sale des consommables, procédures de stérilisation douteuses (temps et température), nettoyage du mobilier des urgences avec un produit destiné à la stérilisation des endoscopes...

Quelques soins sont effectués de façon satisfaisante au vu des moyens disponibles mais des failles se glissent dans leur déroulement, ce qui annule l'effort d'asepsie : lavage vésical à l'eau bouillie mais avec une bouteille sale servant à plusieurs patients...

On pourrait s'étendre longtemps sur les exemples de mauvaises techniques et méconnaissances de l'organisation des soins.

2. Actions entreprises :

2.1. Enseignement :

Nous avons essayé d'apporter quelques pistes d'amélioration des pratiques. Outre quelques rappels lors de notre passage le matin dans les services de l'hôpital, un cours succinct sur l'hygiène hospitalière a été dispensé à nouveau et un polycopié a été distribué aux infirmiers ayant participé aux cours. De même, une procédure destinée aux personnes, soignants ou autres, ayant été victimes d'exposition au sang ou aux liquides biologiques a été proposée en cours et transmise à Madame Nasrin pour diffusion dans les services de soins et services généraux sous forme d'affichette plastifiée

2.2. Création d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales :

Il nous a paru essentiel qu'un soignant soit référent sur la question de l'hygiène. Cette mobilisation de l'encadrement s'inscrivait aussi dans le but de notre mission qui était de redéfinir le rôle des cadres. Il nous a semblé également important de mobiliser d'autres ressources à Ali Abad et de mieux structurer la réflexion globale autour de l'hygiène au sein de l'hôpital.

En pratique, nous avons pu mettre en route, avec l'accord et le soutien total du directeur de l'Hôpital, le docteur Exeer, un CLIN, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Nous avons proposé que Madame Nasrin Toufanpour soit désignée comme responsable de ce comité. Cette personne, francophone, venue récemment en stage à Lyon, chef infirmière au bloc opératoire des femmes, est actuellement reconnue pour sa rigueur et pour la propreté de son service. Elle est d'accord pour jouer ce rôle dans les limites de sa disponibilité à Ali Abad. Elle pourrait bénéficier d'une formation spécifique dispensée sur place lors de la venue des hygiénistes, voire même à Lyon dans le cadre de la convention entre Ali Abad et les HCL.

Ce comité comprend huit membres nommés par le directeur, représentant les divers services de soin et services généraux de l'hôpital :

- Un médecin
- Un pharmacien
- Un responsable de la logistique
- Un responsable de la maintenance
- Le Directeur des Soins Infirmiers
- Madame Nasrin
- Un cuisinier
- Un jardinier

Un document reprenant les noms des membres du CLIN ainsi que leurs objectifs de travail a été présenté au docteur Exeer (cf annexe).

Ce comité s'appuiera sur les responsables de l'hygiène au sein des services de soin. Le directeur s'engage à demander des volontaires intéressés par ces questions et à les nommer officiellement, sachant que chaque unité devra proposer un médecin et un infirmier référents.

2.3. Propositions de matériel nouveau :

Par ailleurs, nous avons fait part au docteur Exeer de l'importance d'obtenir pour son hôpital un certain nombre de produits : boîtes à aiguilles sécurisées et produits de nettoyage décontaminants. Nous sommes malgré tout conscients que ces demandes sont très exigeantes vues les conditions d'obtention des consommables et médicaments : une livraison par trimestre, plutôt aléatoire. Ces matériels pourraient être considérés par les responsables afghans comme non indispensables au fonctionnement de l'hôpital. Il est à noter qu'un responsable administratif est en charge de la question de l'évacuation des déchets et de l'assainissement. Ce dernier nous a fait part de son souhait d'obtenir l'installation d'un incinérateur au sein de l'établissement. Ce problème pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie.

3. Réflexions concernant la future mission spécifique « hygiène » :

Pour conclure sur cette question de l'hygiène, retenons quelques pistes de travail pour la future mission HCL :

- Soutien au fonctionnement du CLIN,
- Formation des référents hygiène des différents services,
- Formation spécifique de Madame Nasrin,
- Travail sur certains sujets urgents :
 - o Nettoyage et entretien du matériel de soin,
 - o Procédures de stérilisation,
 - o Hygiène de base (lavages des mains...)
 - o Elaboration de protocoles de soins (sondage urinaire...)
 - o Prévention des accidents d'exposition au sang.

Les Infirmiers Généraux

Les infirmiers de l'Hôpital Ali Abad sont environ au nombre de 125 pour 200 lits. Ils sont aidés d'une catégorie professionnelle dénommée « ouvriers » en nombre comparable, dont la fonction se situe entre celle d'agent de service hospitalier et celle d'aide-soignant si l'on se réfère au système français. Les infirmiers sont principalement de sexe masculin. Les malades de l'hôpital restent soignés par des infirmiers de même sexe.

1. D'où viennent-ils ? :

Ces infirmiers ont reçu une formation hétérogène. Certains ont été formés localement par des Ecoles ou Instituts de formation afghans (Ecole d'infirmiers de l'Hôpital Malalaï avant les guerres, Institut Médical Intermédiaire par exemple), d'autres ont été formés par des organisations internationales gouvernementales (OG) ou non gouvernementales (ONG) en Afghanistan, d'autres enfin ont été formés à l'étranger, au Pakistan notamment. L'entrée dans les différentes écoles s'est faite pour certains au niveau BEPC.

2. Qui sont-ils ? :

L'hétérogénéité de formation explique en partie une hétérogénéité de niveau. Les meilleurs d'entre eux ont d'autre part émigré pendant les conflits ou ont été embauchés par les OG et ONG pendant ou après les conflits. Les rémunérations y sont en effet au moins 4 à 5 fois supérieures à celles obtenues à Ali Abad ou dans les hôpitaux publics d'une façon générale, nous y reviendrons. Selon certains, seulement 20 à 30% des infirmiers ont un niveau correct.

3. Que font-ils ? :

3.1. Travail de jour :

Le travail quotidien a lieu officiellement de 8H à 16H. Des difficultés de transport publics expliquent que la fin du travail semble plus proche de 15H30. La plage horaire de 16H à 8H le lendemain correspond à une activité de garde, assurée habituellement par 2 infirmiers par service. Dans la journée, les infirmiers apparaissent largement en nombre. Ils sont encadrés par un cadre et son adjoint. Ils effectuent un travail comparable à celui réalisé dans nos services : visite des malades le matin avec les médecins, prise de sang, injections, pansements, pose de cathéters veineux périphériques, de sondes vésicales...

Ils ont peu d'éléments pour consigner leur activité. Par manque de moyens financiers, le dossier infirmier utilisé avant les guerres avait été supprimé au profit de feuilles 21 × 29,7 sur lesquelles étaient surtout marquées les observations et prescriptions médicales, et relevées par les infirmiers quelques constantes vitales (pouls, tension artérielle). A la suite d'un travail de réflexion entre médecins et cadres infirmiers, un nouveau dossier a été élaboré et imprimé. Son introduction dans les services a débuté le 13 juillet 2003. Ce dossier comprend une dizaine de pages. Il reste avant tout à visée médicale. Il n'existe pas de place pour les relèves infirmières. Les feuilles de température ou de surveillance utilisées dans nos services ne le sont pas ou plus à Ali Abad.

Le mode de délivrance des médicaments constitue une des principales différences avec le travail français. Après la visite du matin, une liste des médicaments nécessaires est

relevée par le cadre infirmier en fonction des prescriptions médicales. Cette liste est établie sur une même page en double exemplaire sur 2 colonnes, puis visée par le cadre infirmier supérieur et le directeur de l'Hôpital avant d'être présentée au pharmacien de l'Hôpital. La délivrance des médicaments lui incombe et se fait directement aux malades dans les chambres si leur état de conscience le permet. Les médicaments restent ainsi sur les tables de chevet. Le contrôle de leur prise effective semble incertain. Les médicaments injectables sont remis aux infirmiers. Ils doivent restituer les flacons vides après utilisation selon un modèle comparable à l'utilisation des médicaments dits « toxiques » dans nos hôpitaux français (morphiniques et apparentés).

La qualité du travail infirmier semble variable. Les notions d'hygiène de base et d'asepsie semblent connues mais incomplètement comprises quant à leur logique et en tout cas sous-appliquées (cf. supra). Le propre est souvent mélangé avec le sale, les ruptures de chaîne d'asepsie fréquentes, la propreté des tenues approximative. Le rythme de travail ne paraît pas soutenu. Malgré cela, certaines perfusions terminées restent branchées pendant plus d'1 heure.

3.2. Travail de nuit :

Il commence donc vers 16H pour se terminer vers 8H le lendemain. Dans les secteurs de surveillance continue comme dans certains secteurs des services de chirurgie, les proches des patients participent à la surveillance en raison de l'absence d'appareils de monitoring. Ils peuvent également être sollicités pour aller se procurer certains médicaments en ville. Il existe d'autre part dans chaque service une armoire à pharmacie d'urgence sous clés. La relève de la nuit est écrite sur un registre. Elle se fait également de façon orale soit au cadre infirmier, soit à son adjoint, soit à un des infirmiers de jour en fonction de l'ordre d'arrivée matinale. Il existe également un registre pour la relève médicale. Un roulement est effectué entre les différents infirmiers pour travailler soit de jour, soit de nuit. Les infirmiers ne travaillent pas la journée qui suit leur travail de nuit.

4. Quelle est leur place dans l'Hôpital et dans la société ? :

Les infirmiers ont avant tout une fonction d'exécutant. Leur travail répond aux besoins des médecins ou chirurgiens et est réalisé sous leur contrôle et celui du cadre. Leur capacité d'initiative semble limitée, d'abord implicitement ou explicitement par la hiérarchie, ensuite en raison de leurs habitudes de fonctionnement ou par manque d'intérêt. Leur préoccupation première est d'ordre matériel. La principale raison en est la très nette insuffisance de leur rémunération. Les infirmiers touchent en effet 1700 afghanis par mois soit 30 à 35 euros auxquels s'ajoutent 3 afghanis pour chaque garde de nuit. L'activité de week-end ne fait pas l'objet d'une rémunération supplémentaire. Ce salaire permet à peine à un célibataire de vivre. Il est donc obligatoire pour à peu près tous les infirmiers d'exercer un second métier. Certains ont une activité d'infirmier libéral, d'autres vendent sur le marché des produits divers (fruits, cigarettes...). L'activité post-hospitalière rapporte en moyenne 1,5 fois plus que le salaire obtenu à Ali Abad. Il existe dans les services une crainte importante concernant les vols et détournements de matériels. Ceci explique en partie la lourdeur de la procédure de délivrance des médicaments. Les planches d'anatomie laissées l'an passé ont disparu sans cependant que l'on puisse affirmer qu'elles ont été revendues. Les mannequins destinés à la réanimation cardio-respiratoire de base sont par contre aux dires de M. Abas stockés en Anesthésie.

L'activité des infirmiers se fait essentiellement dans le quotidien. Il n'existe pas de groupes de travail sur tel ou tel sujet relatif à leurs pratiques. Il n'y a pas de formation continue au sein de l'Hôpital. Celui-ci est par contre terrain de stage pour les élèves infirmiers.

Les infirmiers souffrent d'un déficit d'image. Les femmes travaillant la nuit avec des médecins hommes à proximité suscitent des interrogations quant à la légèreté de certaines de leurs activités. Devenir instituteur voire médecin ou pharmacien est davantage prisé.

5. Quelles sont leurs attentes ? :

Une meilleure rémunération est la première attente exprimée. Un discours récent du président Karzaï n'incite pas à l'optimisme dans ce domaine. Il n'y a pas de demandes très précises sur le contenu des cours pouvant être donnés localement. Beaucoup se disent cependant très intéressés par la formation reçue au travers des missions HCL et gardent une « soif d'apprendre ». Une formation à l'étranger, des cours de langue sont également souhaités. La possibilité de venir en stage à Lyon dans le cadre de la convention et donc l'apprentissage du français sur Ali Abad suscitent un intérêt certain.

6. Conclusions :

Les infirmiers de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul forment un corps hétérogène en terme de formation et de niveau. Globalement, la qualité de leur travail s'est lentement dégradée au cours de ces 30 dernières années à la faveur des différents conflits, les moins bons tirant les autres progressivement vers le bas. La situation actuelle est caractérisée par une certaine apathie, un manque d'initiative, entretenus par des conditions d'exercice difficiles et un avenir incertain. Une motivation réelle existe cependant chez certains d'entre eux et l'action menée par les Hospices Civils de Lyon y rencontre un écho favorable à très favorable. Les besoins de formation et de remise à niveau restent majeurs en matière d'hygiène. Un progrès en terme de pratique passe aussi probablement par des actions plus ciblées de type compagnonnage à l'intérieur de chaque service.

Perspectives

Le bilan de la présente mission a été effectué avec le Dr Exeer, directeur de l'Hôpital, lors d'une rencontre le 22 juillet. Son accord concernant la création du CLIN et sa composition a été confirmé (cf. annexe).

Nous avons également présenté quelques idées concernant le futur de la coopération. Nous avons tout d'abord évoqué l'intérêt de missions spécifiques ciblées sur un service avec 1 médecin et 1 infirmier de Lyon travaillant le matin directement au lit du malade ou dans les blocs opératoires, l'après-midi pouvant être consacré à une formation théorique. Ce nouveau dispositif permettrait sans doute d'engager plus concrètement la réflexion des médecins et des infirmiers afghans sur leur pratique quotidienne tout en améliorant leur niveau théorique. Deux prochaines missions pourraient bénéficier de ce fonctionnement : la mission de neuro chirurgie, qui comprend déjà deux intervenants, mais surtout la très prochaine mission d'urologie qui ne comprend qu'un médecin.

Nous pensons par ailleurs avec le Dr Tissot que la présence au long cours (3 à 4 mois) d'un médecin ou d'un cadre infirmier des HCL à Ali Abad permettrait de lancer très concrètement

notre coopération et d'assurer le suivi et l'accompagnement des actions de formation et d'organisation mises en œuvre par les missions de courte durée.

Nous avons ensuite suggéré la réalisation à l'Hôpital Ali Abad de cours de français préalables à la venue de médecins ou infirmiers afghans à Lyon.

Ces trois propositions ont reçu un accueil très favorable tant de la direction de Ali Abad que de l'Ambassade de France.

La première demande faite par le Dr Exeer a cependant été une aide à la gestion de son hôpital. La venue à Ali Abad d'un directeur administratif français apparaît comme une priorité. Elle semble avoir déjà été formulée à Lyon de vive voix fin 2002. Concernant le choix des personnels afghans notamment susceptibles de venir à Lyon, le choix nous est laissé. Il pourrait en partie être basé sur la note obtenue à l'examen passé au cours de cette mission.

Par ailleurs, et indépendamment de notre rencontre avec le Dr Exeer, notre évaluation de la situation actuelle à Ali Abad nous fait reconsidérer le problème de l'accueil des urgences. Celui-ci ne semble pas un thème d'intervention prioritaire. Le principal obstacle à une action sur ce thème réside dans l'extrême exigüité actuelle des locaux. Rien de constructif ne semble pouvoir être fait sans la création d'un nouveau bâtiment. Les compétences de Madame Dhers et du docteur Desgardin (mission de novembre 2003) nous sembleraient mieux exploitées sur le thème de l'anesthésie afin de compléter la mission de juillet 2002. L'introduction de l'anesthésie loco régionale, thème initialement retenu par le docteur Mathon, semble particulièrement adapté aux difficultés de la pratique de l'anesthésie générale au sein de cet hôpital.

Le Doyen de l'Institut Médical de Kaboul (IMK), rencontré lors de la remise de la Convention, souhaiterait une aide quant à la mise sur pied d'une formation d'infirmiers sur 4 ans sanctionnée par un diplôme universitaire. La question de l'intervention lyonnaise sur la formation initiale paramédicale à Kaboul pourrait mériter une réflexion plus approfondie. Des demandes ont déjà été formulées par l'Institut Médical Intermédiaire l'an passé. Celui-ci dépend du ministère de la santé tandis que l'IMK dépend du ministère de l'enseignement supérieur. Il semble exister une concurrence à prendre en compte entre ces deux ministères. Il est en tout cas certain que l'amélioration des pratiques paramédicales sur Ali Abad passe aussi par une action au niveau des infirmiers en cours de formation dans les écoles ou autres instituts de formation à Kaboul.

Par ailleurs, le Dr Tissot, de l'Ambassade réitère son souhait d'avoir, en sus d'un correspondant au sein du Service des relations internationales des HCL, d'un ou de deux correspondants techniques de la coopération avec l'Hôpital Ali Abad (un médecin et un(e) infirmier(e)).

Par l'intermédiaire du Dr Tissot, des représentants de l'Institut National Audiovisuel de France ont fait don au directeur de l'Hôpital Ali Abad d'un ordinateur en notre présence. Il a été convenu que cet ordinateur pourrait être utilisé dans le cadre des actions menées entre les HCL et Ali Abad. (formation, CLIN...). Même si la destination finale de cet appareil nous échappe, il faut rapporter la demande faite par des médecins d'un accès à l'Internet et de CD Roms destinés à parfaire leurs connaissances.

Enfin le Dr Tissot nous a signalé la possibilité de soutien financier particulier pour toute action qui améliorerait la coopération entre les HCL et Ali Abad, notamment l'accueil de personnels d'Ali Abad à Lyon.

Conclusion

Cette mission a pu se dérouler dans les meilleures conditions possibles. Elle a permis de poursuivre la remise à niveau des infirmiers généraux, de redéfinir la fonction de cadre infirmier et d'avancer un peu plus vers une amélioration de l'hygiène au sein de l'Hôpital. La création d'un CLIN semble une avancée significative. Beaucoup reste bien sûr à faire. La qualité des relations avec le personnel et l'encadrement de l'Hôpital Ali Abad nous laisse bon espoir d'autres améliorations. Celles-ci, bien que lentes à se mettre en place, nous encourageant à miser sur une coopération soutenue et durable.

Rapport de mission validé en août 2003
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



André Tissot

Remerciements

Nous voudrions remercier le Docteur Tissot, Florence Morestin et le Docteur Latif de l'Ambassade de France en Afghanistan pour leur précieuse aide à la réalisation de cette mission. Le Dr Latif a en particulier assuré avec qualité la traduction au cours de nos passages à l'Hôpital. Il a également traduit le polycopié. L'ensemble a bénéficié de son œil de médecin. Sa disponibilité constante est également à souligner.

Annexes

Attestation de formation
Certificat de réussite
Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
Hôpital Ali Abad de Kaboul



Ambassade de France en Afghanistan

Hôpitaux de Lyon

Attestation de formation

Nous soussignons, Docteur Didier Jacques, praticien hospitalier et Monsieur Pier-Jan Blasquez, infirmier, des Hospices Civils de Lyon, attestons que

a assisté à la formation de remise à niveau des infirmiers de l'hôpital Ali Abad. Cette formation a été dispensée du 13 au 21 juillet 2003, dans le cadre de la convention interhospitalière Hospices Civils de Lyon – Hôpital Ali Abad de Kaboul signée le 14 juillet 2003.

Kaboul, le 22 juillet 2003

تصدیق نامه ترینینگ

مایان هر یک داکتر دیدیه ژاک، داکتر معالج شفاخانه ای و آقای ژان – پییر بلاسکه ، نرس در شفاخانه های ملکی لیون ، که امضای ما در ذیل درج میباشد، تصدیق میداریم اینکه:

محترم / محترمه ----- نرس سرویس ----- شفاخانه علی آباد

در دوره ترینینگی که غرض ارتقای سویه پرستاران شفاخانه علی آباد مد نظر گرفته شده بود، شرکت نموده اند. این ترینینگ به تاریخ 13 الی 21 جولای 2003، در چوکات توافق نامه همکاری فی مابین شفاخانه های ملکی لیون و شفاخانه علی آباد کابل، امضاً شده مؤرخ چهاردهم جولای سال 2003 ، برگذار گردیده بود.

کابل، 22 جولای 2003

Dr Didier Jacques

Monsieur Pier-Jan Blasquez



Ambassade de France en Afghanistan

Hôpitaux de Lyon

Certificat de réussite

Nous soussignons, Docteur Didier Jacques, praticien hospitalier et Monsieur Pier-Jan Blasquez, infirmier, des Hospices Civils de Lyon, attestons que

a passé avec succès l'examen final de validation de la formation de remise à niveau des infirmiers de l'hôpital Ali Abad. Cette formation a été dispensée du 13 au 21 juillet 2003, dans le cadre de la convention interhospitalière Hospices Civils de Lyon – Hôpital Ali Abad de Kaboul signée le 14 juillet 2003.

Kaboul, le 22 juillet 2003

مؤقتیت نامه

مایان هر یک داکتر دیدیه ژاک، داکتر معالج شفاخانه ای و آقای ژان – پییر بلاسکه ، نرس در شفاخانه های ملکی لیون ، که امضای ما در ذیل درج میباشد، تصدیق میداریم اینکه:

محترم / محترمه ----- نرس سرویس ----- شفاخانه علی آباد

امتحان نهایی آزمایشی ترینینگ ارتقای سویه را که برای پرستاران شفاخانه علی آباد مد نظر گرفته شده بود، با موفقیت سپری نموده است! این ترینینگ به تاریخ 13 الی 21 جولای 2003، در چوکات توافق نامه همکاری فی مابین شفاخانه های ملکی لیون و شفاخانه علی آباد کابل، امضا شده مؤرخ چهاردهم جولای سال 2003 ، برگزار گردیده بود.

کابل، 22 جولای 2003

Dr Didier Jacques

Monsieur Pier-Jan Blasquez

Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Hôpital Ali Abad de Kaboul

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul a été créé le 19 juillet 2003 en présence du vice-directeur agissant pour le compte du directeur Monsieur le Dr Exeer, dans le cadre d'une mission Hospices Civils de Lyon effectuée selon la convention interhospitalière signée entre les 2 établissements le 14 juillet 2003. Cette création a été approuvée officiellement par Monsieur le Dr Exeer le 22 juillet 2003.

1. Organigramme : 8 personnes :

- Madame Nasrin TOUFANPOUR, surveillante du bloc opératoire femme, nommée responsable du CLIN
- Monsieur le docteur Khowaja Azizullah, médecin interniste
- Monsieur le docteur M. Amin, pharmacien
- Monsieur Abas, directeur des soins infirmiers
- Monsieur Amôn, directeur administratif chargé de la logistique :
- Monsieur Ab. Wahid, directeur administratif chargé de la maintenance
- Monsieur Gulabuddin, cuisinier
- Monsieur Masjidi, jardinier

2. Missions :

- Recenser l'ensemble des problèmes liés à l'hygiène au niveau de l'hôpital
- Définir les priorités d'action et en évaluer leur coût
- Coordonner des actions communes à l'ensemble des services avec comme interlocuteurs 1 médecin et 1 infirmier référents dans chaque service (exemple : formation)
- Soutenir au sein de chaque service les réflexions sur les problèmes d'hygiène et aider à la rédaction et à la mise en place de protocoles écrits de soins
- Evaluer régulièrement l'évolution de la situation en terme d'hygiène et d'infections nosocomiales au niveau de l'hôpital

3. Organisation :

- Réunion à intervalles réguliers à définir
- Rédaction d'un compte-rendu après chaque réunion
- Rédaction d'un rapport à soumettre régulièrement au directeur de l'hôpital