



# **Partenariat Hospices Civils de Lyon Hôpital Ali Abad de Kaboul : Mission sur le Management**

**Mission à l'Hôpital Ali Abad de Kaboul  
24 avril-8 mai 2004**

**Pierre MILLIAT  
Directeur Adjoint de l'hôpital Edouard Herriot**



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>I. -ETAT DES LIEUX de l'hôpital NEW ALI ABAD</b> .....	<b>5</b>
<b>A. Organisation de la direction :</b> .....	<b>5</b>
1. Relations de la Direction avec le Ministère (MoH).....	5
2. Organigramme de Direction de l'hôpital .....	7
3. Conseil d'administration.....	8
4. Conventions ou accords signés avec d'autres établissements .....	8
<b>B. Gestion financière</b> .....	<b>8</b>
<b>C. Gestion du personnel</b> .....	<b>9</b>
1. Personnel médical .....	10
a) Gestion du personnel médical .....	10
b) Tableau des effectifs du personnel médical : .....	10
2. Personnel non médical .....	11
a) Tableau des effectifs du personnel non médical.....	11
b) Recrutement du personnel.....	11
3. Rémunération du personnel.....	11
a) Premier groupe de rémunération .....	11
b) Second groupe de rémunération .....	13
4. Registre de paie .....	14
5. Politique sociale .....	14
<b>D. Gestion administrative des malades</b> .....	<b>14</b>
<b>E. Gestion des services techniques et des travaux</b> .....	<b>15</b>
<b>F. Gestion des services (économiques et logistiques)</b> .....	<b>17</b>
1. Gestion des approvisionnements .....	17
2. Gestion des équipements .....	17
<b>II PROPOSITIONS</b> .....	<b>18</b>
<b>A. Au niveau de la Direction de l'établissement</b> .....	<b>18</b>
1. Contractualisation pluriannuelle avec le Ministère .....	18
2. Mise en place d'Instances de conseil et de consultation .....	18
3. Nécessité d'une nouvelle Loi Hospitalière.....	19
4. Formation au management.....	19
<b>B. Gestion financière</b> .....	<b>19</b>
1. Politique budgétaire .....	19
a) Budget d'exploitation.....	20
(1) En recettes : .....	20
(2) En dépenses : .....	20
b) Budget d'investissement .....	21
(3) En recettes .....	21
(4) En dépenses .....	21
2. Recherche de nouvelles ressources pour le compte d'exploitation .....	21
<b>C. Gestion du personnel</b> .....	<b>24</b>
1. Personnel médical .....	24
2. Personnel non médical .....	25
a) Dossiers administratifs des agents.....	25
b) Formation des personnels.....	26
c) Adaptation des effectifs aux besoins de l'établissement .....	26
<b>D. Gestion des services techniques et des travaux</b> .....	<b>28</b>
<b>E. Gestion des services économiques et logistiques</b> .....	<b>28</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>29</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>30</b>

# INTRODUCTION

Après les diverses missions, à visées médicales, conduites par des professionnels des Hospices Civils de Lyon, sur l'Hôpital Ali Abad, il a été convenu, entre les différents partenaires, qu'il serait important d'avoir aussi, sur l'organisation et la gestion de cet établissement, le regard et l'analyse d'un directeur d'hôpital.

Le Dr Tissot, Chef du Projet Santé à l'Ambassade de France à Kaboul a très fortement insisté sur le fait qu'il fallait venir sans « outil préconçu », l'objectif étant de découvrir l'hôpital, de voir et de comprendre ce qui s'y passait et plus particulièrement dans les différents secteurs relevant du domaine de la gestion.

L'hôpital se trouve en effet dans une situation de survie après avoir été contraint de se délocaliser et de réduire son potentiel de lits suite à la destruction, du fait de la guerre, de l'ancien Hôpital Ali Abad qui se situait à coté de l'Université et qui était, en tant qu'hôpital Universitaire, un établissement de référence sur Kaboul et, dans certaines disciplines, pour l'ensemble de tout l'Afghanistan.

Le Directeur est un médecin (cardiologue), le Dr Exeer, qui, comme c'est la règle actuellement dans les hôpitaux afghans, travaille à mi-temps sur l'hôpital et à mi-temps sur une activité privée extérieure. Il a été le Directeur Adjoint de l'ancien hôpital Ali Abad et a de ce fait la connaissance du fonctionnement d'un grand hôpital actif qui bénéficiait d'une autonomie financière.

S'il n'a pas, de par sa formation, de connaissances approfondies au niveau de la gestion, il dispose, de par son expérience, d'une bonne connaissance de son établissement et de l'environnement sanitaire.

Le Dr Tissot a signalé l'importance de cette Mission sur le management hospitalier, qu'il a sollicitée depuis longtemps avec le MoH (Ministry of Health) d'Afghanistan et le Dr Exeer et dont l'objectif final est bien « d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins » sur l'Hôpital Ali Abad.

Une formulation plus précise de cette mission a été apportée par le Dr TISSOT en ces termes :

« Il s'agit :

1- de venir, de regarder, d'observer, d'étudier, d'essayer de comprendre comment l'hôpital d'Ali Abad (et non pas tout le système hospitalier) fonctionne dans ses différentes facettes,

2- d'essayer de comprendre et de déterminer quels sont les objectifs du Dr Exeer, Directeur de l'hôpital, ses désirs pour son hôpital, pour le quotidien et pour l'avenir,

3- de tenter de cerner les contraintes internes et externes qui pèsent sur ce Directeur d'hôpital, et ses capacités,

4- et ensuite, tenter de déterminer si oui ou non, et dans quelle mesure « toute cette réalité » va dans le sens d'une meilleure organisation hospitalière, d'un meilleur management hospitalier, d'une meilleure gestion, au service des patients et de leur famille,

5- pour enfin, en discutant avec le Directeur, voir comment l'aider, de quelle façon, avec quels types de formations, d'outils, à améliorer ses propres compétences à diriger son hôpital.

« Les quatre premières étapes doivent quasiment occuper toute la mission, la cinquième ne devant apparaître que dans les deux derniers jours, voire au cours d'une prochaine mission.

Ce rapport s'inscrit dans la continuité des rapports élaborés par les précédentes missions des Hospices Civils de Lyon mais se trouve aussi fortement enrichi des contributions très importantes qui ont été apportées par d'autres missions françaises organisées à la demande du (MoH) et de l'Ambassade de France à Kaboul. Il s'agit des rapports coordonnés par le Dr Michel Czsasar Goutchkoff, médecin de santé publique qui a effectué en 2002 et 2003 des missions au sein d'équipes pluridisciplinaires. Ces documents S.R.H.A. : **(Système de Référence Hospitalier en Afghanistan enjeux et perspective 2003-2006)** sont d'un très grand intérêt pour comprendre quel est le contexte actuel en matière de santé publique et quelles sont les orientations qu'il conviendrait de retenir pour parvenir à une nouvelle organisation de l'offre de soins avec un rôle très structurant confié aux Etablissements hospitaliers. Ces rapports, après une analyse de l'existant, font des propositions au MoH en matière hospitalière et notamment sur l'agglomération de Kaboul en tenant compte des densités de population par secteurs et des moyens disponibles.

Il y est fait mention de la réorganisation souhaitable de l'offre publique de soins en matière d'hospitalisation avec des regroupements d'Etablissements par grands pôles dont l'un sur le sud de Kaboul avec la reconstruction d'un nouvel hôpital, redéfini dans son contenu et dans ses missions, sur le site de l'ancien hôpital Ali Abad. Il devra donc en être tenu compte dans les analyses et dans les propositions concernant les locaux, les installations et les projets du site actuel.

Il tient compte aussi nécessairement des récentes instructions du MoH, datées de février 2004, **(Hospital Policy for Afghanistan's Health System)** qui présentent la nouvelle politique hospitalière au sein du système de santé. Le constat fait par le MoH est le suivant :

Les hôpitaux ont un rôle important à jouer au sein du système de santé mais leurs localisations actuelles ainsi que leurs fonctionnements ne sont pas adaptés aux nouvelles missions qui leur sont confiées.

La qualité des soins n'est pas d'un bon niveau, les structures hospitalières sont trop concentrées sur Kaboul, au détriment d'autres régions où les populations n'ont pas accès aux soins. Les compétences au niveau du management hospitalier sont insuffisantes. Les hôpitaux n'ont pas entre eux de coordination et ne s'intègrent pas assez dans le nouveau système de santé. Les hôpitaux consomment une trop large part des financements disponibles pour le système de santé et le MoH s'est fixé comme objectif de limiter l'ensemble des dépenses hospitalières à 40% du budget opérationnel annuel de santé dont il dispose.

Les propositions d'évolution de l'hôpital Ali Abad devront donc s'inscrire dans cette nouvelle politique hospitalière qui aura des conséquences très lourdes, pour une structure qui a conservé une part importante des effectifs médicaux et non médicaux de l'ancien hôpital Ali Abad qui disposait d'un potentiel de (700 lits, chiffre le plus souvent cité) qui était plus du triple de celui actuel (environ 200 lits) qui se répartit comme suit :

Chirurgie générale (hommes).....	26
Urologie (hommes).....	24
Médecine interne (femmes).....	30
Médecine interne (hommes).....	18
Neurochirurgie (hommes).....	20
Chirurgie générale (femme).....	33
Neuropsychiatrie (hommes).....	20
Neuropsychiatrie (femmes).....	20
TOTAL.....	191

Pour la neurochirurgie le Dr Guyotat (neurochirurgien aux H.C.L.) indique pour cette discipline un potentiel-lits de 32 avec deux secteurs d'hospitalisation, l'un pour les hommes de 21 lits (+ 12 si nécessaire sous une tente dans la cour) et 11 lits pour les femmes dans le service de chirurgie (femmes), au sein des 33 lits mentionnés ci-dessus.

Il peut y avoir de petites fluctuations au niveau des lits installés, un jour donné, par rapport aux chiffres annoncés mais ces écarts sont minimes : 17 lits dans le service de médecine interne (hommes) ; 21 lits en neuropsychiatrie (hommes) ; 32 ou 34 pour la médecine interne (femmes).

Le chiffre global de 200 lits donne une juste appréciation du potentiel existant.

**La première partie** sera consacrée à l'état des lieux de l'hôpital Ali Abad au regard de son organisation, de sa gestion et de sa capacité à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

**La seconde partie** fera quelques propositions pour la mise en place d'améliorations, dans le fonctionnement institutionnel de l'hôpital, dans la collecte des informations, dans l'organisation de la gestion, dans la recherche de recettes supplémentaires et dans la formation des personnels, pour que tous les acteurs de l'hôpital se préparent aux évolutions générales du système de santé qui iront sans doute vers plus d'autonomie (y compris financière) pour les hôpitaux mais aussi vers plus de lisibilité (au niveau du fonctionnement), et plus de responsabilité pour s'inscrire dans une démarche de qualité des soins au sein d'un réseau cohérent de santé publique dans le respect des nouvelles orientations ministérielles.

## I. -ETAT DES LIEUX de l'hôpital NEW ALI ABAD

### A. Organisation de la direction :

#### 1. Relations de la Direction avec le Ministère (MoH)

Les hôpitaux afghans n'ont actuellement aucune autonomie financière et la Tutelle du MoH est totale.

Le MoH est conscient de l'impossibilité de gérer un système hospitalier de cette façon.

L'hôpital reçoit peu d'instructions écrites du MoH, telles que des circulaires, mais des courriers sur des points précis.

Jusqu'au document fondateur de la nouvelle politique hospitalière, de février 2004, (Hospital Policy for Afghanistan's Health), il y a surtout eu des échanges à l'occasion de

réunions, tous les quinze jours le mardi, entre le MoH et les directeurs des établissements hospitaliers de Kaboul avec si nécessaire des contacts téléphoniques en cas d'urgence.

Les directeurs regrettent de ne pas pouvoir rencontrer la Ministre lors de ces réunions. Ils ont le sentiment que les problèmes des hôpitaux ne sont pas toujours correctement perçus par les représentants du MoH.

Pour rentrer en contact avec le MoH, par le réseau téléphonique avec des postes fixes, les utilisateurs notent que ce n'est pas toujours très performant et que l'usage du téléphone portable se développe de ce fait. Il y a seulement deux postes fixes sur l'hôpital, l'un dans le bureau du Directeur, l'autre dans le bureau du Directeur Adjoint, avec la liste des numéros des principaux correspondants dont ceux des autres hôpitaux de Kaboul.

Le Directeur dispose dans son bureau d'un ordinateur avec accès Internet installé et financé par l'Ambassade de France.

Pour ce qui est du service postal en Afghanistan, on doit considérer qu'il n'est pas assez fiable. Les délais habituels de transmission sont très longs avec des risques de pertes de courrier. De ce fait, l'hôpital se trouvant sur Kaboul, le courrier est apporté au MoH, ou à d'autres correspondants locaux, par un coursier qui s'y rend à vélo, comme on le verra, par exemple, pour ce qui est de la transmission des bons de demandes de fournitures ou de petits matériels. Les deux postes de téléphonistes, qui figurent au tableau des effectifs théoriques, sont donc occupés par des coursiers qui contribuent de fait aux transmissions.

A présent le MoH n'annonce pas, pour une année donnée, le niveau financier de sa contribution ainsi que les orientations qu'il estime prioritaires pour l'établissement.

Le Directeur n'a pas connaissance de l'affectation précise des crédits dont il dispose tant au niveau de l'exploitation qu'au niveau de l'investissement.

Le Directeur produit annuellement un tableau de l'activité médicale destiné au MoH et qui contient quelques chiffres globaux : hospitalisés, consultants, nombre d'opérations (hommes, femmes), laboratoires, radiologie, ECG, mutations sur d'autres hôpitaux, nombre de personnes décédées. Il n'a pas été possible, faute de temps, d'avoir des informations fiables sur certains chiffres (par exemple pour les laboratoires, le chiffre de 19 788 correspond-il à un nombre de malades ou à un nombre d'actes ? Quelle est la part des hospitalisés et la part des externes ?).

Le MoH a une assez bonne connaissance de l'état actuel de l'hôpital Ali Abad, notamment pour ce qui est de ses activités médicales mais aussi de ses locaux, de ses installations, et de ses équipements. La Ministre de la Santé a visité l'établissement. Un représentant du MoH vient régulièrement sur l'hôpital pour suivre cet établissement et y effectuer des contrôles. Le MoH est donc bien informé de la situation de l'hôpital et peut intervenir rapidement en cas de situation grave : le Directeur Adjoint cite pour exemple la réponse très rapide du MoH pour le remplacement d'une pompe de façon à ce que l'hôpital ne soit pas privé d'eau. Il souhaite aussi que la direction de l'hôpital puisse disposer d'une enveloppe de crédits, en espèces, pour régler rapidement de petites dépenses comme celle de l'achat de néons pour éviter que des pièces soient privées de lumière pendant 20 jours.

La question de la tutelle, a priori ou a posteriori, sur les marchés, les contrats et les conventions, ne se pose pas dans la situation actuelle des hôpitaux. Toutes les demandes transitent actuellement par le MoH et la question des marchés se traite au niveau du MoH comme on le constatera, par exemple, au niveau des approvisionnements en denrées alimentaires.

## **2. Organigramme de Direction de l'hôpital**

Directeur : M. le Dr Exeer.

Sous Directeur (ou Directeur Adjoint) : M. le Dr Saïd Rahim..

Directeur administratif : M. Djamil.

Directeur des services (cf en France services économiques) : M. Zaher.

Directeur des finances (ou de la comptabilité) : M. Osman.

Directeur du personnel : M. Khwajakhangul.

Directeur des soins infirmiers : M. Abas.

Directeur de la pharmacie : M. Rasim.

Directeur des secteurs (entretien propreté cuisine buanderie lingerie) : M. Manan.

Directeur du matériel : M. Rahim.

Directeur des transports : M. Abdelwaïd.

Directeur des préparations (il prépare les demandes pour le MoH) : M. Saïd Aman.

Directeur des archives administratives : M. Unis.

Il y a aussi un responsable des archives médicales.

Il n'a pas toujours été facile de distinguer ceux de ces directeurs qui pourraient être désignés comme des responsables (des chefs de bureau) pour éviter une trop grande inflation au niveau du titre de « Directeur ». Nous avons eu accès à un premier organigramme (grand document en diverses couleurs) qui, par sa composition, semblait indiquer l'ordre hiérarchique dans l'établissement. Le pouvoir décisionnel revenait au Directeur ou, en son absence, au Directeur Adjoint (désigné comme sous-Directeur dans cet organigramme), l'un et l'autre étant par ailleurs médecins. Dans ce premier document le Directeur Administratif semblait, au niveau hiérarchique, en position de troisième, avec sous sa responsabilité l'intégralité des services tant médicaux que logistiques et administratifs. Un organigramme complémentaire, dessiné par le Directeur Adjoint, montre que c'est lui-même qui supervise en fait personnellement toute la « logistique des soins » en lien étroit avec M. Abas qui est le Directeur des soins infirmiers. Le Directeur Adjoint est donc l'interlocuteur des Chefs de service et des Responsables du plateau technique (laboratoires, radiologie, endoscopie, urgences, anesthésie, E.C.G. etc...). Le Directeur Administratif a, quant à lui, un rôle important, un peu comme un secrétaire général, qui a sous son autorité l'ensemble des directions administratives de l'établissement (finances, personnel, services économiques et logistiques). Au cours des entretiens avec tous ces Directeurs, le plus grand nombre a fait référence à l'ancien Ali Abad qui avait plus de moyens, et plus d'autonomie financière. Il y a une très forte attente pour retrouver des règles de fonctionnement plus simples et plus efficaces. A titre d'exemple cité : pour l'achat du pain, la direction de l'ancien Ali Abad, dans le cadre de son budget autonome, disposait d'une ligne de crédits pour les dépenses alimentaires et passait un marché avec un boulanger qu'elle réglait avec un chèque signé du Directeur ou de son Adjoint. L'hôpital disposait d'un compte à la banque d'Afghanistan, compte qui était approvisionné, non pas par le MoH mais par l'Université. Actuellement tout transite par le Ministère.

Le Directeur et ses collaborateurs peuvent disposer de l'ambulance de l'hôpital pour se rendre à des réunions sur le MoH ou sur d'autres sites à Kaboul. On peut signaler à ce sujet que ce même véhicule est aussi utilisé à d'autres fins, comme par exemple, pour aller chercher, à la banque de l'Afghanistan, la paie des personnels. Il semble aussi qu'il soit sollicité pour le transport à domicile des corps des personnes décédées. Sur les deux autres véhicules de l'établissement, l'un est en panne et l'autre sert pour l'approvisionnement de l'hôpital (ex : nourriture). Il a aussi été fait allusion à un bus pour le transport de certains personnels (point qui mériterait d'être clarifié).

Le Dr Exeer ne pense pas qu'il soit opportun et utile d'avoir comme adjoint un nouveau directeur formé au management et travaillant à temps plein sur le site. Il pense qu'actuellement il faut faire simple avec un Directeur médecin sans compliquer ce qui est déjà assez difficile.

Il est par contre favorable à un système de délégation au profit de ses collaborateurs.

### **3. Conseil d'administration**

Il n'y a pas de conseil d'administration ou de commission de contrôle de l'établissement Il n'y a pas non plus de liens privilégiés avec des représentants de la ville de Kaboul ou de la société civile. Le Directeur indique que dans l'ancien Ali Abad il n'y avait pas non plus de conseil d'administration et que le Directeur avait pour seuls interlocuteurs le MoH. et l'Université.

### **4. Conventions ou accords signés avec d'autres établissements**

Il n'y a qu'un seul scanner fonctionnel à KABOUL installé à l'ISAF (hôpital militaire des forces internationales de sécurité). Tous les quinze jours les médecins militaires de l'ISAF se rendent dans le service de neurochirurgie pour discuter des indications de scanners crâniens et rachidiens. Une dizaine d'exams peut être obtenue chaque mois, mais jamais dans le cadre de l'urgence. Il s'agit d'une aide gratuite.

Les difficultés rencontrées par les hôpitaux n'ont pas permis d'envisager des conventions à vocation logistique (cuisine, buanderie) ou médicale (scanner, laboratoires, service biomédical). Le Dr Exeer indique qu'il est, en effet, à présent très difficile d'établir des rapports entre les hôpitaux : il cite par exemple le sang qui ne peut être transporté dans de bonnes conditions.

## **B. Gestion financière**

L'Hôpital ne dispose pas d'une autonomie financière. Il est un service déconcentré du MoH, qui recrute au niveau central l'ensemble du personnel hospitalier et qui assure le traitement de la paie du personnel. Tous les achats sont centralisés au niveau du MoH qui assure l'ensemble des opérations de dépenses, de l'engagement au règlement.

Cette situation, sans doute indispensable en raison d'une situation très déstabilisée par plus de vingt années de guerre, ne peut être qu'une organisation transitoire avec pour objectif d'aller vers un fonctionnement plus autonome des hôpitaux.

Le système budgétaire afghan distingue au niveau ministériel le **budget ordinaire de la santé** qui semble renvoyer à des dépenses courantes, du **budget de développement de la santé** structuré en six programmes qui traduisent les priorités du gouvernement en matière de santé.

Pour le budget ordinaire de la santé la répartition des dépenses au sein des hôpitaux semble en moyenne être la suivante :

Le rapport S.R.H.A. (Système de Référence Hospitalier en Afghanistan) évoque une nomenclature afghane pour les budgets hospitaliers, comme indiqué dans le tableau ci-après.



Compte	Nature de la dépense	%
1 000	Dépenses de personnel	47 %
2 000	Autres rémunérations	8 %
3 000	Entretien et consommables	37 %
4 000	Maintenance des équipements	3 %
?	Equipement et construction	5 %
	<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>

Dans l'ignorance de l'existence ou non d'un nouveau projet de Plan Comptable Hospitalier commun à tous les hôpitaux, arrêté par le MoH, une première approche des comptes, qu'il y aurait lieu de créer, sera proposée, en seconde partie de ce rapport, sur la base du plan comptable hospitalier français.

A l'évidence, la centralisation des données budgétaires ne permet pas, actuellement, de porter des valeurs financières issues d'encaissements de recettes réalisées par l'hôpital ou de règlements de factures et de paiements de salaires effectués par l'hôpital. La direction de l'hôpital doit cependant commencer à repenser son fonctionnement financier de cette manière en valorisant l'ensemble des flux financiers actuels tant en dépenses qu'en recettes, en s'appuyant sur des informations qui sont connues du MoH, de façon à se remettre dans la logique de l'équilibre budgétaire et de ses contraintes. Il n'y a, à ce jour, aucune possibilité d'emprunter mais le principe doit être maintenu, comme un moyen indispensable pour la rénovation plus rapide de l'hôpital, de même que la possibilité d'amortir les biens construits ou acquis de façon à permettre de travailler dans la durée.

Des informations données par le Dr Exeer, il ressort qu'il n'y avait pas de budget d'investissement à l'époque de l'ancien Ali Abad. Les achats d'équipements étaient réalisés à partir des crédits disponibles sur le compte d'exploitation (en fin d'exercice) avec si nécessaire, une demande de crédits supplémentaires au MoH.

### **C. Gestion du personnel**

Le document officiel concernant le tableau des effectifs indique au niveau théorique un total de 696 emplois (107 pour le personnel médical sans les étudiants en médecine) et (589 pour le personnel non médical).

Les chiffres, donnés par la direction des finances, sur les effectifs rémunérés pour le mois de février 2004 par le MoH, à partir des informations portées sur les registres d'émargement, indiquent un emploi total de 530 personnes (120 femmes et 410 hommes) soit une minoration de 166 postes par rapport à l'effectif théorique. Il doit être signalé que des personnels ayant demandé des congés sans solde sont susceptibles de revenir sur l'hôpital. On note 75 rémunérations (soit : -32) pour le personnel médical et 455 rémunérations (soit : -134) pour le personnel non médical. L'hôpital new Ali Abad n'a donc pas conservé l'effectif autorisé pour l'ancien hôpital, même si la baisse n'est pas en égale proportion de celle des lits.

## 1. Personnel médical

### a) Gestion du personnel médical

Tous les médecins sont nommés par le Ministère. Le Directeur peut être consulté à l'occasion de ces nominations. Il existe un système d'émargement pour s'assurer de la présence régulière des médecins. Ce registre est tenu à la direction du personnel, qui se trouve à l'entrée de l'hôpital, et qui transmet les informations au MoH pour l'élaboration de la paie.

### b) Tableau des effectifs du personnel médical :

Nature des emplois	Effectifs théoriques	Effectifs rémunérés	Ecart
Médecins généralistes	32	24	-8
Neurochirurgiens	8	7	-1
Urologues	8	8	0
Chirurgiens(chir.gle)	21	12	-9
Anesthésistes	3	2	-1
Psychiatres	21	11	-10
Radiologues	3	0	-3
Radiothérapeute	1	1	0
Pharmaciens	10	10	0
<b>TOTAL</b> du personnel médical	<b>107</b>	<b>75</b>	<b>-32</b>

L'ancien Ali Abad avait un service de cobalthérapie qui n'a pu être accueilli sur le site actuel. Le radiothérapeute travaille à présent en médecine interne et un manipulateur de cobalthérapie a aussi été maintenu, il travaille sur un des laboratoires.

27 médecins ne figurent pas dans cet état dans la mesure où ils sont rémunérés directement par l'Université en raison de leurs grades et de leurs fonctions.

Il s'agit des effectifs suivants :

- 12 médecins généralistes
- 3 neurochirurgiens
- 5 urologues
- 5 chirurgiens de chirurgie générale
- 2 psychiatres

L'université rémunère aussi pour ces 27 médecins 2 agents administratifs.

## **2. Personnel non médical**

### a) Tableau des effectifs du personnel non médical

Emplois (février 2004)	Effectif théorique	Effectif rémunéré (F)	Effectif rémunéré (H)	Effectif total rémunéré	Ecart
Fonctionnaires administratifs	64	13	50	63	-1
Techniciens de laboratoire	14	1	13	14	0
Techniciens de radiologie	19	0	17	17	-2
Technicien de cobalthérapie	12	0	1	1	-11
Infirmiers anesthésistes	11	2	7	9	-2
Infirmiers	173	22	90	112	-61
Dactylo	9	4	3	7	-2
Chauffeurs	10	0	6	6	-4
Gardiens des stocks	9	0	6	6	-3
Couturières	9	8	1	9	0
Ouvriers	233	66	127	193	-40
Mécaniciens	11	0	11	11	0
Téléphonistes	2	0	2	2	0
Ouvriers des Chefs	8	0	0	0	-8
Electriciens	5	0	5	5	0
<b>TOTAL</b>	<b>589</b>	<b>116</b>	<b>339</b>	<b>455</b>	<b>-134</b>

Le groupe professionnel des « ouvriers », qui est le plus important, se répartit en fait en deux sous-ensembles : les ouvriers qui sont auprès des malades et dont les fonctions sont proches de celles des aides soignants et des agents de service hospitaliers, et ceux qui travaillent dans des fonctions logistiques, cuisiniers(8), jardiniers(13), gardiens de porte (9) etc...

Les directeurs sont intégrés dans le groupe des fonctionnaires administratifs.

Pour suivre l'effectif rémunéré des ouvriers (193 dont 66 femmes et 127 hommes), il faut consulter deux registres, l'un tenu à la direction des soins, pour les personnels au service direct des patients (109 agents) et celui détenu par la direction du personnel pour tous les autres ouvriers(84).

### b) Recrutement du personnel

Par le passé la direction de l'hôpital pouvait faire une proposition de candidature au MoH, par exemple, pour le recrutement d'une infirmière. A présent c'est le MoH qui a l'initiative et le Directeur donne son avis.

## **3. Rémunération du personnel**

Il existe une grille de rémunérations commune à tous les hôpitaux publics qui est arrêtée par le Ministère des finances, et qui distingue deux groupes de rémunération :

### a) Premier groupe de rémunération

Le premier groupe de rémunération concerne tous les personnels, autres que les ouvriers ( y compris médecins et cadres de direction) groupe qui comprend 10 degrés et 3 classes

exceptionnelles. Si le terme de degré est clairement traduisible, les trois « degrés supérieurs » le sont moins facilement et il a été retenu de les qualifier de « classes exceptionnelles ». Elles concernent un nombre très limité d'agents dont certains directeurs ayant une forte ancienneté qui perçoivent au total de 3 000 à 4 000 afghanis par mois.

La durée moyenne au sein de chaque degré est de 3 ans. Il faut donc 27 années d'activité à une infirmière pour passer du 10<sup>ème</sup> degré au premier degré. Il est aussi fait une estimation de la façon de servir. Au hasard d'une demande, à propos d'un courrier reçu du MoH., il nous a été présenté un échange de correspondances montrant que la direction de l'hôpital avait sollicité une progression de degré pour deux pharmaciens particulièrement méritants et que cette demande avait été acceptée.

Dans les tableaux qui suivent toutes les données sont en afghanis. A titre indicatif, en avril 2004, 1 000 afghanis valent 17,24 euros, 2 000 afghanis 34,48 euros, 3 000 afghanis 51,72 euros et 4 000 afghanis 68,96 euros.

La première colonne indique le montant des rémunérations données, avant 2001, par le régime politique précédent en fonction des degrés et des classes.

La seconde colonne indique la rémunération (variable en fonction des degrés et classes) actuellement en vigueur, qui a été multipliée par 7 par rapport au régime précédent.

La troisième colonne porte un montant identique pour tous de 1 640 afghanis (pour un mois de 30 jours) qui a été traduit comme étant une « prime de nourriture », une sorte de minimum vital.

La quatrième colonne mentionne les degrés en allant du plus bas (10) au plus élevé (1) avec les trois classes exceptionnelles.

La cinquième colonne représente le total versé mensuellement pour chaque agent en fonction de son positionnement dans l'échelle des rémunérations. Par mesure de simplification, il n'a été retenu que quelques exemples dans la grille ministérielle.

Il existe un prélèvement modeste pour la retraite comme en témoigne le montant réellement perçu par un neurochirurgien situé au 4<sup>ème</sup> degré :

- Traitement de base du 4 <sup>ème</sup> degré :	546 afghanis
- Supplément pour qualification professionnelle :	20 afghanis
- « Prime de nourriture » pour 31 jours :	1 660 afghanis (1640+20 pour 1 jour de +)
	-----
<b>Sous total</b>	<b>2 226 afghanis</b>
- Prélèvement pour retraite :	- 17 afghanis
	-----
<b>TOTAL</b>	<b>2 209 afghanis.</b>

Rémunération Avant 2001 (colonne n° 1)	Rémunération actuelle (colonne n° 2)	« Prime de nourriture » (colonne n° 3)	Degrés et classes exceptionnelles (colonne n° 4)	<b>Total mensuel de la paie en afghanis</b> (colonne n° 5 = colonnes 2 + 3)
455	3 185	1 640	EX 1	<b>4 825</b>
			EX 2	
			EX 3	
130	910	1 640	1	<b>2 550</b>
			2	
			3	
			4	
70	490	1 640	5	<b>2 130</b>
			6	
			7	
			8	
			9	
40	280	1 640	10	<b>1 920</b>

b) Second groupe de rémunération

Ce groupe concerne les ouvriers aussi bien des secteurs logistiques que des secteurs de soins. Le tableau suivant est construit sur les mêmes principes que le tableau précédent. Il n'y a par contre, pour ce groupe de rémunération, que 9 degrés et une classe exceptionnelle. On peut constater que les écarts de rémunérations sont insignifiants entre les personnels ouvriers et les personnels qualifiés comme les infirmiers ou les médecins.

Lorsque la situation économique le permettra, il conviendra de mettre en place un régime de rémunération qui tienne davantage compte des compétences et des responsabilités. Lors d'une entrevue au MoH, avec M. le Docteur Shakohmand, ancien Directeur des Hôpitaux et actuel Directeur Général de la promotion de la Santé et des Soins, ce dernier a indiqué que le MoH était tout à fait conscient de cette situation, qui démotive les personnels les plus qualifiés, et qu'un projet de réforme des grilles de salaires était envisagé.

Rémunération avant 2001 (colonne n° 1)	Rémunération actuelle (colonne n° 2)	«Prime de nourriture» (colonne n° 3)	Degrés et classes exceptionnelles (colonne n° 4)	<b>Total mensuel de la paie en afghanis</b> (colonne n° 5 = colonnes 2 + 3)
128	896	1 640	EX 1	<b>2 536</b>
113	791	1 640	1	<b>2 431</b>
			2	
			3	
			4	
68	476	1 640	5	<b>2 116</b>
			6	
			7	
			8	
43	301	1 640	9	<b>1 941</b>

Une prime mensuelle d'encouragement (*incentive* de 50\$) est versée à quelques personnels, les techniciens de laboratoire, par une O.N.G.(AMI). Le niveau très faible des rémunérations incite ceux qui le peuvent à avoir une autre activité en ville l'après midi (soins infirmiers, taxis, travail dans le bâtiment ou le commerce) et pour les médecins les plus anciens, disposant d'une clientèle, un travail en cabinet ou en clinique. Le Dr Exeer a indiqué que ce n'était pas le cas pour les jeunes médecins.

Tout au long des diverses rencontres avec les personnels des différents services, spontanément, les agents ont tous abordé ce niveau très bas des rémunérations qui ne leur permet pas de vivre.

#### **4. Registre de paie**

La Direction de la comptabilité (ou des finances) dispose de registres où figurent les montants des sommes versées par mois à chaque agent : les personnels sont payés en espèces dans les cinq ou dix premiers jours qui suivent le mois considéré. L'hôpital doit fournir au MoH les informations sur l'état des jours travaillés par agent, au vingt du mois concerné, avec une régularisation sur le mois suivant en cas d'absence sur la période de fin de mois. En fait, le 3 mai 2004, les personnels ont touché, non pas leurs paies d'avril mais celles de mars 2004. Comme pour les registres de présence, les agents analphabètes « signent » avec leurs cachets personnels. Le Directeur des soins a apporté toutefois un correctif important en mentionnant que, parmi les ouvriers des services de soins, certains avaient un niveau scolaire qui leur permettrait de signer d'une façon manuscrite, mais qu'ils étaient contraints d'utiliser un cachet pour éviter des confusions, étant employés comme ouvriers.

#### **5. Politique sociale**

Il existe une crèche pour les enfants du personnel où travaillent 5 agents (des ouvrières), et qui a 73 enfants d'inscrits. Lors de la visite ? il y avait une vingtaine d'enfants répartis dans deux pièces, l'une pour les nourrissons (environ 5 enfants) l'autre pour des enfants un peu plus grands (environ 15 enfants).

#### **D. Gestion administrative des malades**

Il n'y a pas, au sens strict, de Bureau des entrées. L'hôpital Ali Abad est un hôpital pour adultes et les enfants n'y sont accueillis qu'à partir de 14 ans.

A l'entrée de l'hôpital se trouvent, de part et d'autre, les deux lieux d'accueil des urgences, l'un pour les urgences chirurgicales, l'autre pour les urgences médicales et psychiatriques. Il y a donc deux registres où figurent les informations suivantes : noms, prénoms, dates de naissance et adresses des patients. Le service des archives médicales, qui manque d'armoires, se trouve à proximité des urgences. Le directeur des soins infirmiers supervise le secteur des urgences et c'est au niveau de son service que parviennent chaque jour les informations concernant le nombre des malades hospitalisés présents dans chaque service. Ces informations servent à la cuisine pour la préparation des repas mais aussi à l'élaboration des statistiques (journalières, mensuelles et annuelles).

Le principe en vigueur dans tous les hôpitaux est actuellement celui de la gratuité des soins. A l'exception de la facturation des films de radiologie, pour les malades externes, aucune autre facturation n'est autorisée. Toutefois les familles des malades hospitalisés doivent se rendre dans des pharmacies de ville pour acheter des médicaments qui font défaut à l'hôpital.

Si un malade accidenté arrive aux urgences, en ayant sur lui de l'argent, il existe une procédure pour mettre ses valeurs en dépôt, avec restitution au moment de la sortie.

Il n'y a pas de pièce d'accueil, dans les services, pour les accompagnants nombreux des patients. Il est souvent cité le chiffre moyen de 4 accompagnants par malade, ce qui représente tout au long de la journée un va et vient qui n'est pas idéal pour l'hygiène des soins. Les accompagnants ne sont pas autorisés à dormir dans les chambres des malades. Certains, qui viennent de loin, dorment parfois dans des couloirs. Dans le cadre des réformes envisagées par le MoH il a été évoqué l'instauration possible d'un droit d'entrée de 1 afghani pour dissuader une partie des accompagnants, afin d'améliorer l'hygiène et pour aussi apporter quelques ressources à l'hôpital.

### **E. Gestion des services techniques et des travaux**

L'hôpital se trouve dans des locaux souvent vétustes qui ne sont pas adaptés à son fonctionnement. Des évolutions positives ont été accomplies sur ces dernières années, comme en témoigne le Rapport de la mission H.C.L. (8 au 23 novembre 2003) sur l'anesthésie qui donne une bonne image des progrès constatés : « depuis juillet 2002, l'hôpital Ali Abad a énormément évolué, tant par la rénovation des locaux que par l'organisation des soins. L'hôpital a été entièrement repeint, l'électricité et les sanitaires réhabilités par l'Ambassade de France, et tous les locaux sont clairs et propres. Un aménagement intérieur a même été réalisé, puisque, par exemple, des rideaux sont accrochés aux fenêtres ; des portes de communication ont été construites, permettant l'accès entre services en évitant de passer par l'extérieur. Toutes ses améliorations donnant pour l'ensemble de l'hôpital un ensemble accueillant et confortable, voire même chaleureux par rapport à l'année dernière.

De nouvelles structures ont été montées :

- un laboratoire d'analyses sanguines
- un laboratoire d'analyses urinaires
- une unité de radiologie
- une unité d'endoscopies digestives ».

Cet enthousiasme, qui mesure les premières étapes parcourues, ne doit pas occulter tout ce qui reste à faire : les chambres des malades m'ont semblé souvent assez sombres, et les rares sanitaires en mauvais état. Le Dr Exeer signale qu'il y a toujours des problèmes d'eau, d'électricité et de chauffage. Il mentionne aussi un problème au niveau d'une toiture qui menace de tomber. Son courrier, alertant le MoH, est resté à ce jour sans réponse.

Le Dr Exeer, à juste titre, estime que les sanitaires de l'hôpital, qui ne sont pas dans un état satisfaisant, ne sont pas par ailleurs assez nombreux. Il cite pour exemple que les malades et les personnels partagent les mêmes sanitaires.

Faisant le bilan de la contribution positive des H.C.L. au niveau de la formation du personnel, le Dr Exeer a fait part de son regret d'un manque d'aide au niveau des travaux. Il a insisté, lors du dernier entretien, sur la situation actuelle des locaux dédiés à l'accueil des urgences qui sont trop petits et mal adaptés à leur mission. Il n'y a pas de plan incliné pour l'admission des malades couchés et l'on rentre directement dans les salles de soins.

Le Dr Exeer est demandeur d'un nouveau service des urgences disposant de locaux plus nombreux et plus fonctionnels. Il estime que ce nouveau service devrait disposer d'un certain nombre de lits pour les malades qui ne restent que quelques heures à l'hôpital.

Le Dr Exeer mentionne des travaux d'entretien réalisés par une O.N.G. (ACTED). Il n'est pas très satisfait de certaines prestations. Il indique que certains matériaux utilisés, qui

venaient du Pakistan, n'étaient pas de qualité. Il n'a pas eu, non plus, la possibilité d'infléchir le contenu de certaines prestations, ACTED estimant n'avoir d'instructions à recevoir que de l'Ambassade de France qui l'avait sollicitée et financée.

Pour avoir visité le bâtiment neuf, qui a été réalisé par ACTED en lien avec l'Ambassade de France, pour la chambre mortuaire de l'hôpital, il m'a semblé, pour cette réalisation, qu'il s'agissait d'un ensemble de très de bonne qualité, avec une pièce pour le dépôt des corps (5 places) et une pièce pour les toilettes mortuaires avec la possibilité d'eau chaude fournie par un cumulus.

L'hôpital, dans son organigramme dispose de certains ouvriers professionnels dont les interventions sont limitées par le manque de moyens financiers pour acheter des matériaux et des fournitures. Il a été fait mention de la contribution personnelle du Dr Exeer pour faire face à des achats urgents ainsi que de l'aide de l'Ambassade de France pour des dépenses telles que des ampoules électriques.... Une liste détaillée des contributions de l'Ambassade vous sera fournie par celle-ci. de France.

Parmi les ouvriers présents sur l'hôpital on peut citer les professionnels suivants :

1 plombier, 1 ouvrier pour les toits en zinc, 5 électriciens, 11 mécaniciens, et 13 jardiniers.

Il y a manifestement un nombre excessif de jardiniers au regard des espaces à entretenir alors qu'il n'y a pas de mention explicite de plâtriers-peintres dont l'hôpital aurait le plus grand besoin pour certaines chambres de malades et pour différents locaux de soins. Des précisions devront être apportées sur les travaux accomplis par les 11 mécaniciens.

Un chantier est en cours, financé par l'Ambassade de France, pour la construction d'une nouvelle cuisine et d'une salle de restauration pour le personnel. Le gros œuvre est en voie d'achèvement. Cette future réalisation permettra de récupérer les locaux actuels de la cuisine pour y accueillir sans doute des bureaux qui occupent à présent un secteur qui pourrait être dédié à une bibliothèque médicale dotée de moyens informatiques (projet lui aussi soutenu par l'Ambassade de France). Un plan de réfection des sanitaires est aussi en cours d'élaboration au niveau de l'Ambassade (dépenses estimées à 60.000 \$).

Le manque actuel de plans de l'hôpital est un obstacle, signalé par le Dr Exeer, pour l'intervention rapide et efficace des ouvriers professionnels de l'hôpital (fuites d'eau, pannes électriques).

L'hôpital aurait tout à gagner, pour son entretien et sa maintenance, à disposer des plans suivants en insistant sur l'eau et l'électricité :

- Plan Masse
- Plans des différents bâtiments avec plans détaillés des différentes unités.
- Plans des Infrastructures Techniques : circuits électriques, circuits de distribution d'eau, circuits de chauffage (à plus long terme) puisque l'hôpital ne dispose à présent que de petits chauffages isolés qui doivent, en plus de leur faible efficacité, ternir les murs.
- Plans des installations de Sécurité : localisation des bouches d'incendie et des extincteurs.
- Plans d'assainissement avec circuits des eaux usées.



## **F. Gestion des services (économiques et logistiques)**

La direction des services intervient dans les domaines suivants : (approvisionnements des biens consommables en lien aussi avec la pharmacie pour ce qui est des médicaments), gestion des secteurs : cuisine, buanderie, nettoyage et salubrité. Elle s'occupe aussi de tout ce qui concerne les équipements médicaux et non médicaux.

Il existe une gestion des stocks entièrement faite à la main.

### **1. Gestion des approvisionnements**

Toutes les commandes de consommables et de petits matériels font l'objet de demandes écrites à partir de documents, signés par le Directeur ou par le Directeur adjoint, et transmis au MoH par un coursier qui s'y rend en vélo (40 minutes de trajet aller/retour). Il se présente à un premier bureau qui prend la décision d'y donner suite ou non. On lui indique alors dans quels bureaux il doit ensuite se rendre pour les commandes précises. Il lui est alors fait mention des délais possibles de livraison en fonction de la disponibilité des biens demandés.

Pour la commande suivante, dont le contenu donne une idée des besoins actuels de l'hôpital, le coursier est passé par cinq bureaux :

- 6 appareils pour faire chauffer de l'eau pour les salles d'opération (nettoyage post opératoire)
- 20 clous en acier pour accrocher un panneau
- 1 balance pour peser de la nourriture (jusqu'à 20 kg)
- 10 agrafeuses
- 6 machines à perforer
- 5 grandes calculatrices
- 50 bombes contre les insectes

L'hôpital conserve un double de tous les bons de demandes qui sont archivés. On ne peut pas parler au sens strict de bons de commandes puisque dans ce cas il s'agirait de bons adressés à des fournisseurs.

L'Ambassade de France, dès qu'elle a eu connaissance de ces demandes, est intervenue immédiatement en ouvrant un crédit de 800 \$.

Pour les commandes alimentaires, le MoH a passé des contrats avec des fournisseurs et les hôpitaux se rendent chez ces fournisseurs pour obtenir ce qui leur est réservé.

Les différentes directions de l'hôpital ne règlent de ce fait jamais des fournisseurs qui n'ont pour interlocuteur que le seul MoH.

Les directeurs, qui ont connu l'ancien Ali Abad, regrettent le temps où ils disposaient d'un budget avec plus d'autonomie dans la gestion au quotidien.

### **2. Gestion des équipements**

Il est trop tôt pour évoquer un Plan pluriannuel de renouvellement des équipements. L'urgence est à l'inventaire précis de l'ensemble des équipements avec l'aide d'un ingénieur biomédical, pour ce qui est du matériel médical, de façon à déterminer les priorités à faire financer dans le cadre de la nouvelle politique financière (recettes en provenance des activités

de radiologie et de biologie au profit des malades externes). Intérêt dans ce contexte du recours à l'emprunt de façon à être en mesure de répondre aux nouvelles attentes de la population.

## **II PROPOSITIONS**

### **A. Au niveau de la Direction de l'établissement**

#### **1. Contractualisation pluriannuelle avec le Ministère**

Compte tenu de la nouvelle politique arrêtée par le MoH il est souhaitable que ce dernier fixe au Directeur par une lettre de mission, ou dans un contrat, quelles sont les priorités à développer sur son établissement en lien avec la politique de santé fixée au niveau national. On ne peut que souscrire aux propositions faites par les experts qui ont travaillé sur le Système de Référence Hospitalier en Afghanistan (p.104) :

« Le Ministère de la Santé doit retrouver un double rôle par rapport aux hôpitaux : le Ministère de la Santé doit devenir le chef d'orchestre incontesté de la politique hospitalière qui constitue elle-même l'un des éléments structurants de la politique de santé en Afghanistan. Le Ministère doit également jouer son rôle de contrôle. »

Les étapes importantes et difficiles à franchir militent pour l'établissement d'un contrat d'objectifs et de moyens entre le MoH et l'Hôpital Ali Abad, contrat portant sur une durée de trois à cinq ans en fonction de la lisibilité possible. Ce point de vue est partagé avec le Dr Exeer.

Il résulte de l'entrevue au MoH avec le Dr Shakohmand que des évolutions majeures sont en cours d'expérimentation concernant la participation financière des malades. Après un essai tout à fait probant, au niveau du laboratoire central de Kaboul, il est envisagé d'instaurer une contribution financière des patients sur deux hôpitaux de Kaboul. Nous avons proposé au MoH que l'hôpital Ali Abad puisse, avec l'accord du Dr Exeer, être le 3<sup>ème</sup> hôpital pour une telle expérimentation dont les finalités correspondent tout à fait aux attentes de cet établissement.

A plus long terme, si le projet très conséquent et novateur de la construction d'un futur grand Pôle médico-chirurgical « Sud » sur le site de l'ancien Ali Abad, tel que proposé par les experts (SRHA), venait à se confirmer, il est évident que devraient être associés à ce projet les directeurs et les chefs de service des différents établissements regroupés.

#### **2. Mise en place d'Instances de conseil et de consultation**

Intérêt de la mise en place d'une instance de Conseil de la Direction. Peu importe l'appellation, dans un premier temps, ce qui compte c'est la fonction. Nous avons appris, par une O.N.G. qui travaille sur l'Afghanistan, qu'il existe, dans certaines provinces, des « comités de santé » qui représentent la communauté et qui contribuent au bon fonctionnement des centres de santé. L'instance, à créer sur Ali Abad, aurait pour vocation de contribuer à la clarté de la gestion en fixant des priorités avec des objectifs écrits que ce soit en matière de stratégie médicale, de niveau prévisionnel d'activité, d'investissements (travaux et équipements médicaux et non médicaux), et de choix budgétaires. La composition de cette instance doit permettre la constitution d'un groupe compétent et motivé fait de personnes

qualifiées extérieures, de représentants de la population (élus et usagers), ainsi que de personnels de l'établissement (médecins et non-médecins) suffisamment représentatifs pour être reconnus. Le Directeur en tant qu'exécutif de l'hôpital assure le secrétariat de ce Conseil (sorte de comité des sages en attente d'une définition plus précise à fixer par un texte législatif) et inscrit son action dans les propositions faites par le Conseil, dans le respect par ailleurs des orientations ministérielles figurant dans le contrat signé.

La part légitime d'autonomie du Directeur, gage de son efficacité, est indissociable de sa responsabilité. Il doit répondre de sa gestion devant le Conseil, et devant l'Etat qui exerce légitimement une Tutelle et des contrôles sur les établissements publics de santé.

### **3. Nécessité d'une nouvelle Loi Hospitalière**

Elle fixera avec précision le statut juridique de l'hôpital (Etablissement Public doté d'une autonomie financière) soumis au contrôle de l'Etat qui arrête les budgets et qui fixe au niveau de la planification sanitaire les grandes orientations à respecter.

Cette future Loi devra définir les rôles respectifs du Conseil (assemblée délibérative), du Directeur (exécutif) ainsi que des instances consultatives qui devront représenter les personnels de l'établissement (médecins et non-médecins).

Elle fixera les règles concernant la participation financière des malades hospitalisés et externes.

Elle arrêtera un nouveau statut attractif pour les médecins hospitaliers.

En attente d'un cadre juridique national, tout ce qui pourra être entrepris pour la mise en place progressive de cette sorte de « démocratie interne », contribuera à la clarification du fonctionnement de l'hôpital tout en laissant au Directeur, en tant que représentant légal de l'établissement, le soin de décider en dernier ressort.

Le dispositif législatif et réglementaire instaurera des procédures d'autorisation des activités médicales tant publiques que privées, et arrêtera un plan comptable hospitalier commun à toutes les structures hospitalières de façon à disposer de documents comparables et lisibles.

### **4. Formation au management**

Le budget ministériel de développement de la santé prévoit des crédits consacrés à la formation en matière de management.

Le MoH devra organiser des formations à la gestion pour les Directeurs responsables d'établissement en insistant sur la procédure budgétaire, sur la direction par objectifs, sur les procédures de mise en place de quelques indicateurs permettant le pilotage et le contrôle des activités, des recettes et des dépenses.

## **B. Gestion financière**

### **1. Politique budgétaire**

Toute entreprise publique ou privée situe son action dans le cadre d'un budget prévisionnel annuel qui est l'acte majeur de sa politique. Un hôpital, qui est une entreprise de santé doit pouvoir disposer d'un outil pour sa gestion. Dans l'hypothèse où les crédits sont attribués au niveau ministériel, ce qui est effectivement de la compétence du pouvoir politique, il faut laisser à l'exécutif (dans le cas de l'hôpital : le Directeur) une part d'autonomie au niveau de l'établissement pour pouvoir en faire une répartition par grands groupes de dépenses. On ne

peut pas parler de gestion d'un hôpital si aucune décision ne peut être prise concernant l'utilisation des crédits (avec une part de liberté, condition de la réactivité indispensable, dans un hôpital où tout ne peut être prévu au niveau central par le Ministère). Cette autonomie n'est pas la porte ouverte à l'arbitraire ou à l'absence de contrôle. Un budget, préparé au niveau local, est soumis à l'approbation du MoH qui exerce légitimement une Tutelle a priori et un contrôle a posteriori. Il n'y a pas de pilotage possible, par ailleurs, sans un système d'information qui permette la mesure de la production ainsi que de ses coûts avec la prévision possible des recettes pour couvrir les dépenses pour un même montant.

Il s'agit, en large part, de revenir aux règles budgétaires qui existaient au niveau de l'ancien hôpital Ali Abad.

Même si toutes les données nécessaires à l'établissement d'un budget ne peuvent être à ce jour rassemblées, tous les efforts de l'Institution doivent concourir à cet objectif : prévoir les recettes et les dépenses dans une logique d'équilibre budgétaire en distinguant les dépenses courantes qui relèvent du budget d'exploitation, des dépenses plus conséquentes, pour des biens dont l'usage s'effectue sur un plus grand nombre d'années (bâtiments, équipements), qu'il faudrait faire figurer, avec les financements correspondants, dans un budget d'investissement. Cette disposition serait une innovation par rapport aux possibilités antérieures avec la mise en place de procédures d'amortissement qui permettent d'assurer le renouvellement des biens. Autre innovation par rapport au passé, le principe du recours à l'emprunt pour accélérer la rénovation de l'hôpital et l'acquisition d'équipements nécessaires à la prise en charge des patients.

Principes à respecter : clarté et sincérité des comptes qui doivent retracer l'ensemble des opérations. Il ne peut y avoir de comptabilité occulte avec des recettes et des dépenses ne figurant pas au niveau comptable. Les dons en consommables ou en matériels doivent être officialisés et faire l'objet d'une valorisation.

Le futur plan comptable hospitalier Afghan pourrait s'inspirer des classifications suivantes :

a) Budget d'exploitation

Il prévoit en recettes et en dépenses les crédits d'exploitation de l'année.

L'adaptation à la réalité afghane inviterait à distinguer les grands comptes suivants dans la perspective d'une future autonomie budgétaire des hôpitaux.

(1) En recettes :

- La participation annuelle du MoH pour le fonctionnement de l'hôpital.
- Les règlements effectués par les malades hospitalisés.
- Les règlements effectués par les malades externes pour des consultations publiques
- Les redevances encaissées sur les consultations privées des médecins hospitaliers.
- Les règlements effectués par les malades externes pour des actes techniques avec un sous-compte pour chaque activité (laboratoires, radiologie, endoscopies, ECG, etc...).
- Les remboursements des médicaments fournis à des malades externes.
- Les dons, et les subventions d'exploitation avec la possibilité de sous-ventilations comptables pour suivre par donateur (O.G., O.N.G.) le montant des participations.

(2) En dépenses :

- Les consommations de stocks en distinguant : l'alimentation, les dépenses médicales et pharmaceutiques, les fournitures hôtelières (valorisation à effectuer en liens avec le MoH).

- Les dépenses de personnel.
- Les prestations de service à l'extérieur: eau électricité.
- Les travaux d'entretien réglés à des entreprises extérieures.
- Les locations de matériels.
- Les amortissements.
- Les frais financiers : intérêts des emprunts.

#### b) Budget d'investissement

##### (3) En recettes

- Les subventions avec ventilation ( ETAT afghan, autres ETATS, O.G., O.N.G.)
- Les dons et legs de biens durables et d'équipements
- Les amortissements produits pour l'année considérée par les biens acquis ou reçus en dons les années précédentes.
- Les emprunts mobilisés sur l'année en cours

##### (4) En dépenses

- Les acquisitions de terrains
- Les immobilisations (constructions de bâtiments) et acquisitions de bâtiments
- Les installations (eau gaz, électricité, chauffage, Téléphone, réseaux d'eaux usées...)
- Les achats d'équipements :
  - matériel médical
  - matériel non médical
  - mobilier
  - informatique
- Les remboursements des capitaux empruntés

## **2. Recherche de nouvelles ressources pour le compte d'exploitation**

Le MoH a clairement défini ses priorités pour les Hôpitaux en fixant aussi une limite à sa participation financière (40% de son budget) compte tenu d'autres priorités de santé.

Pour permettre aux Hôpitaux, qui sont en grandes difficultés de fonctionnement, de se procurer de nouvelles ressources il conviendra de légiférer pour qu'ils puissent agir dans un cadre autorisé et clairement défini. Dès à présent une expérimentation pilote sur l'hôpital Ali Abad permettrait, dans le cadre d'un contrat à signer avec le MoH, de mesurer la faisabilité et l'efficacité des mesures préconisées.

Les propositions, qui ont été discutées avec le Dr Exeer, partent du constat suivant : le principe de la gratuité des soins à l'hôpital, très ancré dans la culture, et inscrit dans la Constitution nouvellement adoptée, occulte en fait un certain nombre de dépenses qui sont à la charge du patient ou de sa famille.

On peut tenter de mesurer ce que finance un patient sur ses propres ressources, lorsqu'il est opéré pour une chirurgie réglée sur l'hôpital, même s'il ne verse rien à l'hôpital, de façon à pouvoir mesurer sa capacité contributive au fonctionnement d'un hôpital qui obéirait à d'autres règles de financement :

Montant de la consultation réglée en cabinet privé avant l'opération	50 Afghanis
Frais de Radiologie réglés en cabinet privé (Radio pulmonaire)	90 Afghanis
Frais de Biologie réglés à des laboratoires privés (NF,urines,biochimie)	200 Afghanis
Frais d'électrocardiographie	70 Afghanis
Médicaments et consommables (ex : fils chirurgicaux) :estimation	100 Afghanis

**TOTAL des frais engagés par le patient** **510 Afghanis**

Un patient qui se fait opérer de la colonne vertébrale dans un établissement privé règle un montant de 1 000\$ (48 000 Afghanis). S'il vient à l'hôpital il ne reçoit aucune facture.

Il y a une tradition qui veut que l'hôpital soit gratuit, et il peut le rester dans des cas où les patients n'ont aucune possibilité contributive, mais cette même gratuité a pour conséquence une grande pauvreté de la structure hospitalière qui n'arrive plus à remplir ses missions alors que de l'argent circule pour faire fonctionner des structures privées : (cabinets médicaux, laboratoires, pharmacies, centres de radiologie, cliniques).

Le Dr Exeer, par rapport à la notion de gratuité des soins, cite le cas d'une O.N.G. qui, au début de son activité sur Kaboul, délivrait gratuitement des soins et des médicaments et qui a été vite submergée par des demandes de la part de certaines personnes qui n'étaient pas malades. L'instauration d'une participation forfaitaire de 5 Afghanis a eu pour effet immédiat que seuls des malades s'y présentent désormais.

L'existence en France d'un forfait hospitalier journalier, qui joue le rôle de ticket modérateur, responsabilise le malade sur le coût des dépenses de santé, tout en procurant à l'hôpital des ressources supplémentaires venant en complément des prises en charge de l'assurance maladie.

Le Dr Exeer estime qu'une participation journalière de 5 Afghanis, pour les malades hospitalisés, procurerait une recette annuelle de :

$$(5 \times 200\text{lits}) \times 365\text{jours} = 365\ 000 \text{ Afghanis.}$$

A titre indicatif, un pain afghan, en fonction de sa taille, coûte entre 3 et 5 afghanis. En terme de communication on pourrait dire au malade hospitalisé, et à sa famille, que la nouvelle contribution financière couvre l'achat du pain, qu'il aurait réglé chez lui s'il avait été en bonne santé, et que les soins restent gratuits dans l'esprit des traditions. Ces nouvelles recettes devront être affectées à l'amélioration des conditions d'hospitalisation au niveau du confort et de l'hygiène (sanitaires) pour que la population comprenne que la contribution financière des malades hospitalisés ne s'est pas perdue dans un gouffre invisible. Chacun pourra ainsi mesurer les progrès accomplis grâce à cette nouvelle participation financière. Cette contrepartie est une des conditions indispensables de la réussite du projet.

De même, des malades externes font appel au plateau technique de l'hôpital (laboratoires, endoscopies) ou à sa pharmacie sans avoir à donner de participation financière. A titre d'exemple, le Dr Exeer signale que le montant en ville d'une endoscopie est de 600 afghanis.

La mise en place d'une contribution financière, égale à 10% des montants pratiqués dans le secteur privé pour les activités médico-techniques, et pour les produits pharmaceutiques, devrait pouvoir être expérimentée pour les malades externes, sur l'hôpital Ali Abad, avec l'autorisation du MoH pour aider au financement de son plateau technique. Si cette proposition venait à être retenue, des études plus approfondies devraient être conduites pour faire des estimations prévisionnelles d'activités, par secteurs concernés, avec valorisation plus stricte des recettes escomptées. La seule facturation actuellement en vigueur sur Ali Abad concerne les examens de radiologie faits pour les malades externes. Les recettes obtenues en 2003 ont été légèrement supérieures à 58 000 afghanis et ont été reversées au MoH. Il y a donc déjà une expérience modeste de facturation connue et acceptée des patients externes.

De même, sous réserve de travaux à réaliser pour disposer de locaux de consultations médicales et chirurgicales, de bonne qualité, il pourrait être instauré une contribution financière, pour les malades externes qui viendraient en consultations, égale à 10% du tarif de ville (soit 10% d'un \$).

A titre indicatif, et sous bénéfice d'inventaire, un médecin hospitalier, qui aurait choisi de recevoir sa clientèle privée (consultants externes) dans des locaux créés ou rénovés de l'hôpital, pourrait contribuer à la rénovation de son outil de travail en versant une redevance d'environ 80 \$ par mois.

En effet, l'activité peut être estimée à 40 patients par jour pour une amplitude de 14h à 19h. Ce chiffre est volontairement en dessous de ceux mentionnés dans de précédentes études, qui évoquent des nombres de 100 à 150 consultants par jour.

Les tarifs habituellement pratiqués en ville sont de 1 \$ par consultation et la redevance pourrait être fixée à 10 % des sommes encaissées, soit 4 \$ par jour et 80 \$ par mois (sur une base de 20 jours), à affecter à des équipements médicaux.

Cette nouvelle approche de l'hôpital est fondamentale pour les médecins hospitaliers qui tiennent à l'existence d'un hôpital pôle de référence pour les patients.

L'appauvrissement prévisible de l'hôpital, si son organisation et son efficacité se dégradent, sera simultanément préjudiciable aux patients et aux médecins. Ce point est essentiel et il sera à nouveau évoqué dans les propositions concernant la nécessité d'un nouveau statut du médecin hospitalier.

Lors de l'entretien au MoH avec M. le Docteur Shakohmand, ancien Directeur des hôpitaux, il a été constaté que l'intéressé était arrivé à des conclusions similaires. Il a toutefois évoqué les résistances culturelles qui existent dans un pays où l'enseignement et l'hôpital sont gratuits. Toutefois il n'existe pas d'autres voies si l'on veut sécuriser et dynamiser les hôpitaux. L'expérimentation, depuis quelques mois, d'une contribution des patients pour des examens réalisés au Laboratoire Central de Kaboul, (de 5 à 20 afghanis en fonction des actes) se révèle positive puisque le Directeur de ce laboratoire estime qu'en dehors de la paie des personnels, à charge du MoH, il est en mesure, grâce aux nouvelles recettes, de couvrir l'ensemble de ses autres frais de fonctionnement tout en ayant donné un complément de rémunération aux personnels. De ce fait le personnel, qui jusque là partait tôt pour trouver un complément de rémunération à l'extérieur, reste à présent jusqu'à 16 h. Cette expérience ne peut que conforter le Gouvernement dans sa volonté d'instaurer de nouvelles contributions raisonnables pour ne pas heurter la population.

A côté des recettes provenant des activités médicales, il y a lieu de prévoir des recettes en provenance des secteurs logistiques. Deux projets peuvent être envisagés : l'un autour de la nouvelle cuisine et l'autre dans le secteur de la lingerie blanchisserie.

Pour ce qui est des activités susceptibles d'être développées autour de la future cuisine, elles s'inscrivent dans le contexte suivant : il y a en semaine plus d'un millier de personnes qui gravitent chaque jour autour de l'hôpital : les agents de l'hôpital, les étudiants en médecine, les stagiaires, et les huit cents accompagnants (dans l'hypothèse de quatre par malade hospitalisé) sans oublier les consultants externes. Ce sont tous de potentiels clients pour les services payants qui pourraient être mis en place : ventes de repas, de pain, de boissons, et de divers consommables pouvant être utiles aux malades et aux accompagnants. La « boutique » de l'hôpital pourrait aussi vendre des fleurs ou des plantes cultivées par les jardiniers, ce qui permettrait de conserver un ou deux emplois de jardiniers financés par cette nouvelle activité. Une étude de rentabilité pourrait être faite sur l'opportunité de la création d'une boulangerie.

Ces nouvelles activités permettraient aussi, dans le cadre d'un plan social, (cf. réduction des effectifs), d'employer certains personnels ne trouvant plus le financement de leurs postes dans le cadre du budget financé par le MoH.

Pour ce qui est de la lingerie blanchisserie, où un plan de réduction très important des effectifs est demandé par le MoH, le développement d'une activité marchande de production de draps et de vêtements hospitaliers permettrait de sauver des emplois pour des femmes veuves. Les clients pourraient être des particuliers mais aussi d'autres hôpitaux et des ONG avec qui l'hôpital aurait passé des contrats.

Ces activités annexes, autour de la cuisine et de la lingerie blanchisserie devront faire l'objet de suivis comptables quotidiens très stricts avec une comptabilité spécifique au sein de deux budgets annexes. Le principe de l'équilibre financier sur ces deux budgets est un minimum impératif. L'objectif est, non seulement l'équilibre, mais la recherche de résultats positifs qu'il est proposé d'affecter à l'amélioration des revenus de tous les agents de l'hôpital. Tous les acteurs de l'hôpital, en étant eux-mêmes des clients et en incitant les accompagnants des malades à devenir des clients de ces deux services, contribueront à la réalisation de résultats positifs dont ils seront bénéficiaires. Il s'agirait d'une prime d'intéressement versée en début d'année sur la base des résultats de l'année précédente.

Le tableau suivant présente, non pas une simulation financière des recettes supplémentaires susceptibles d'être trouvées, et que les professionnels seront mieux à même de calculer, mais **les principes généraux qui peuvent présider à cette nouvelle logique financière.**

<b>DEPENSES</b>	<b>RECETTES</b>
Dépenses actuelles d'exploitation	Crédits actuels accordés par le MoH
Travaux d'amélioration pour les hospitalisés	Forfait journalier de 5 afghanis
Complément de rémunération(Médecins)	Produits des consultations publiques
Equipement Médical	Redevances sur consultations privées
Equipement Médical	Produits du plateau technique (labos, radios...)
Complément de rémunération (pharmaciens)	Ventes de médicaments (malades externes)
Prime d'intéressement du personnel	Résultats positifs des 2 secteurs logistiques

## **C. Gestion du personnel**

### **1. Personnel médical**

Si des insuffisances de formation peuvent trouver des solutions par l'accueil sur Lyon de médecins, et en sens inverse par des missions sur place, il n'en est pas de même en ce qui concerne le **niveau de rémunération** des médecins hospitaliers qui viennent à l'hôpital pour le renom et le titre universitaire mais qui ne trouvent une rémunération correcte qu'à l'extérieur. Seule une évolution de la réglementation au niveau national permettra de trouver des solutions durables pour obtenir des médecins hospitaliers à temps plein, compétents, motivés et correctement rémunérés.

Toute proportion gardée, l'hôpital public français se trouvait dans une situation assez similaire en 1958 où, par ordonnance, le gouvernement a mis en place un système hospitalo-universitaire qui contraignait les professeurs des facultés de médecine à faire le choix entre l'exercice en établissement privé et l'exercice sur l'hôpital et l'université. Le problème de la



rémunération a été réglé, à deux niveaux, par un traitement de base honorable, et par la possibilité d'une activité privée au sein de l'hôpital, avec des limites en nombre de lits et de demi-journées de consultations.

Alors qu'il était auparavant le lieu de l'accueil des malades pauvres et indigents, que les médecins venaient soigner à titre presque gratuit avant de partir dans des cliniques et des cabinets privés pour gagner honorablement leur vie avec une clientèle solvable, l'hôpital public est devenu un lieu d'excellence avec des personnels qualifiés disposant de rémunérations correctes.

Cette **réforme fondamentale** a eu pour conséquence que l'Hôpital Régional, lié par convention aux Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.), est devenu un lieu hautement spécialisé pour les soins, l'enseignement et la recherche.

Les Etablissements Privés n'ont pas pour autant disparu et ont pris une part active dans l'organisation des soins en se concentrant de fait dans les secteurs les plus rentables (essentiellement la chirurgie puis la gynécologie et seulement certaines disciplines médicales avec des actes comme la dialyse ou la gastro-entérologie).

L'équilibre reste toujours difficile à trouver avec le risque pour l'hôpital de se voir chargé de fait de tout ce qui n'est pas rentable. De ce point de vue l'existence d'un plateau technique de haut niveau reste le gage de soins de qualité, (motivation pour les médecins et attractivité pour les patients). La médecine ne pouvant plus se dispenser d'un important plateau technique, **il est illusoire de penser qu'un hôpital pourra attirer de façon durable des personnels médicaux d'excellent niveau sans un plateau technique lui-même d'excellent niveau.**

Les lieux d'implantation des équipements médicaux sont donc des éléments très structurants du tissu hospitalier en France. Une bonne gestion du personnel médical doit veiller non seulement à bien rémunérer la compétence, mais aussi à la mise à disposition, pour les médecins hospitaliers, d'un outil de travail performant et motivant.

Le problème de la rémunération des médecins hospitaliers est donc indissociable de celui de la revalorisation générale du statut de l'hôpital public, avec une claire définition de son rôle de ses missions et de ses moyens tant au niveau de l'investissement que du fonctionnement.

Il appartient au MoH de veiller à l'élaboration d'un statut du médecin hospitalier lui créant des obligations, conditions du bon fonctionnement du service hospitalier, mais aussi l'assurant d'un revenu correct et de conditions professionnelles attractives.

En attente de règles nationales, toutes les démarches, visant à inciter les médecins hospitaliers à localiser leurs activités privées sur le site de l'hôpital, dans le cadre de contrats clairs, doivent être envisagées à titre expérimental avec l'autorisation du Ministère. Les redevances versées à l'hôpital par les médecins sur ces activités seront affectées, selon des règles à définir, à l'investissement médical, pour motiver les médecins concernés.

## **2. Personnel non médical**

### a) Dossiers administratifs des agents

Il n'y a pas actuellement de dossiers administratifs des agents. Les dossiers des agents se trouvent au MoH. Dans la perspective d'une gestion plus autonome, il faut se fixer pour objectif la constitution de dossiers administratifs des agents (personnels médicaux et non médicaux).

Pièces constitutives de chacun des dossiers : Documents d'état civil - Arrêté de nomination avec mention, du grade, de la fonction, et du niveau de rémunération - C.V. avec mention des emplois éventuels antérieurs - Copies des diplômes avec mention de l'autorité qui les a délivrés - Fiches d'évaluation - Vaccinations et suivi de la médecine du travail - Signalement des accidents d'expositions au sang - Congés : annuels, de maladie ou de maternité.

La réalisation de cet objectif nécessite une aide matérielle ou un financement spécifique pour la réalisation de dossiers composés d'une chemise cartonnée et de sous-chemises par grandes rubriques.

Une première dotation de 700 dossiers permettrait de gérer la situation présente et de disposer de quelques dossiers pour l'avenir. Il conviendrait aussi de réaliser des étagères ou d'acquérir du mobilier de rangement.

Une aide de micro-informatique peut être aussi envisagée de façon à ce que les dossiers administratifs des agents soient moins épais et moins encombrants et ne contiennent que quelques documents importants tels que les justificatifs d'état civil, de diplômes ainsi que les arrêtés de nomination.

Une photocopieuse spécifique au service ou l'accès à une photocopieuse de l'établissement sont parmi les facteurs du succès d'une telle gestion.

#### b) Formation des personnels

Volontairement les considérations qui suivent se focalisent sur les formations qui contribuent à l'amélioration de la gestion, d'autres missions ayant participé à la formation du personnel médical et paramédical.

Il convient d'élaborer un Plan de Formation pour chaque année en recherchant les ressources disponibles sur Kaboul : Universités, Ecoles de Gestion, lycées d'enseignement général et Centres de formations, en comptabilité informatique et gestion. Rechercher des terrains de stages dans des sociétés ou organismes (privés ou publics de Kaboul) pour des personnels hospitaliers appelés à exercer des fonctions au niveau de la gestion de l'hôpital. Cela suppose que ces personnels soient rémunérés sur un budget spécifique pendant leurs formations si elles ont lieu l'après-midi, en plus des heures de travail, par le moyen de primes temporaires d'encouragement (incentives).

Le Directeur a évoqué, lors d'un entretien, le projet soutenu par l'Ambassade de France d'une bibliothèque qui serait dotée de postes informatiques avec la possibilité de formations pour les utilisateurs.

Il peut aussi être étudié le principe d'une mission H.C.L., exclusivement dédiée à l'apprentissage concret de la micro-informatique dans le domaine hospitalier, de façon à ce que certains secteurs de l'hôpital puissent être en mesure de se servir de quelques applications bureautiques à défaut d'un système informatique plus général couvrant toutes les fonctions de l'établissement. A l'occasion d'évolutions du système d'information des H.C.L., des équipements, moins performants mais qui marchent, sont actuellement donnés à des associations et une aide de cette nature doit être examinée pour Ali Abad.

Doivent être aussi approfondies les possibilités de coopération, au niveau de la micro-informatique, avec le lycée franco-afghan Esteqlal de Kaboul qui a reçu des aides de l'association «planète urgence » pour la création et la maintenance d'un site Web : La mission du consultant, qui est intervenu, a été financée par l'entreprise IBM. Coordonnées de l'association : Planète Urgence : 7 RUE Jean mermoz 78000 Versailles.

#### c) Adaptation des effectifs aux besoins de l'établissement.

Les premiers entretiens effectués le lundi 26 avril 04 ont montré que l'hôpital Ali Abad se trouvait en fait confronté à une crise majeure au niveau de ses effectifs de personnel en raison de décisions récentes du MoH visant à réduire les effectifs du personnel non médical d'une

façon tout à fait drastique. L'effectif actuel non médical, qui est de 455 agents rémunérés (pour 589 postes théoriques), devrait être réduit d'environ 40 % en étant porté à 290 ou 270 et cela à effet immédiat. Certains personnels rencontrés étaient informés de cette décision ministérielle comme les techniciens des laboratoires (15 agents rémunérés en mars 2004) qui étaient en arrêt de travail après avoir pris connaissance que le nouvel effectif total des trois laboratoires serait porté à 4 agents. Aucun examen n'était réalisé et les prélèvements des malades attendaient sur une table.

Les personnels de la blanchisserie et de la lingerie étaient au travail, mais lors des premiers contacts pour présenter le sens de la mission, ces femmes en larmes ont indiqué qu'en perdant leur travail elles seraient seules et sans ressources étant veuves avec des enfants à charge.

Lors de la première discussion concernant cette situation, le Dr Exeer avait évoqué le principe d'une rencontre rapide entre tous les directeurs des hôpitaux de Kaboul, eux-mêmes confrontés avec des problèmes similaires, de façon à sensibiliser le MoH sur les conséquences dramatiques de ces dispositions qui, dans une application immédiate, provoqueraient une désorganisation certaine des hôpitaux qui ne pourraient plus assurer la sécurité et la continuité des services.

Le Dr Exeer a eu, depuis, des informations en provenance du MoH qui invitent les directeurs à faire des propositions de réductions qui restent compatibles avec le bon fonctionnement de leurs établissements.

La répartition des postes susceptibles d'être supprimés doit être effectuée par les directeurs d'hôpitaux en fonction de leur connaissance du terrain de façon à maintenir un fonctionnement efficace des Etablissements.

Il peut être aussi proposé une meilleure répartition des effectifs entre le matin et l'après-midi de façon à mieux couvrir les besoins des malades. Pour ne pas priver le personnel des compléments de rémunération indispensables, compte tenu du faible traitement hospitalier, il est impératif d'obtenir des délais pour que ces nouvelles organisations se mettent en place tant au niveau de l'hôpital qu'au niveau des personnels concernés. Le MoH peut attendre d'une telle réforme non seulement de la sécurité pour les soins mais aussi un accroissement du niveau global de l'activité et tout particulièrement au niveau de l'utilisation du plateau technique (laboratoires, radiologie, endoscopie).

Cette réforme concerne aussi le corps médical pour que sa présence couvre toutes les heures ouvrables. Pour ceux qui ont une activité en cabinet privé, il convient que la nouvelle organisation parvienne à une bonne répartition des présences médicales sur l'après midi ce qui suppose que certains médecins soient absents le matin de l'hôpital et qu'ils aient leur activité privée en ville par exemple de 8h à 14h.

L'objectif de réduction des effectifs doit être poursuivi dans plusieurs directions :

- 1- Ne pas remplacer les personnels qui partent, et tout particulièrement, dans les secteurs où les effectifs sont larges (jardiniers, mécaniciens etc...). Il nous a été fait mention dans le mois précédent de deux décès parmi les personnels ainsi que d'une démission.
- 2- Sélectionner, dans les services qui doivent perdre des personnels, ceux d'entre eux qui ont la capacité de s'intégrer dans les nouveaux services logistiques payants.
- 3- Fixer des critères pour les licenciements ou les départs des agents. Le manque d'informations, au niveau des dossiers des agents qui sont actuellement gérés par le MoH, ne permet pas une bonne connaissance de l'âge des agents. Certains semblent à l'évidence âgés. Il ne semble pas y avoir d'âge officiel de départ à la retraite et l'on peut imaginer que le montant de la retraite ne doit pas être très élevé quand on sait que la cotisation mensuelle d'un neurochirurgien pour sa retraite est seulement de 17 afghanis. La fixation d'un âge de départ à la retraite serait de nature à accélérer certains départs.

- 4- Le MoH peut-il, à titre exceptionnel, accorder une prime pour départ volontaire correspondant par exemple à six mois de salaire pour permettre à des personnels de se reconvertir ou de partir, hors Kaboul, sur des postes financés par le MoH et qui sont actuellement vacants ?

#### **D. Gestion des services techniques et des travaux**

Pour les travaux à venir, il est important de respecter le principe suivant : maintenir une cohérence dans la montée en charge des investissements pour obtenir des résultats en matière de sécurité et de qualité. La stratégie de l'investissement vise à se soucier de l'ensemble des conditions matérielles de possibilité des activités médicales sans se focaliser sur les seuls équipements qui sont directement au contact des patients.

Pour un acte chirurgical, la sécurité pour le patient repose sur la compétence du chirurgien et de l'anesthésiste, sur la qualité du matériel chirurgical, mais aussi en amont sur le niveau de sécurité des locaux, des installations électriques ainsi que sur le niveau de qualité de l'eau, de la stérilisation et de l'hygiène en général.

Il ne peut pas y avoir de politique efficace en matière d'hygiène sans des points d'eau supplémentaires, et l'activité des blocs est mise en danger en cas de défaut d'alimentation électrique. L'amélioration de la distribution de l'eau, la réfection des sanitaires actuels et la création de nouveaux sanitaires sont dans les priorités à programmer et à financer. Je ne peux de ce fait que souscrire au plan de réhabilitation en cours avec l'Ambassade de France. Des progrès restent à accomplir pour la sécurisation des installations électriques selon des modalités qui ne pourront être définies qu'à l'occasion d'une mission réalisée par un ingénieur. Pourraient être étudiées, à cette même occasion, les conditions actuelles de chauffage de ces bâtiments dans un pays où les hivers sont très rigoureux. Il ne semble y avoir que des chauffages de fortune avec peu d'efficacité et sans doute quelques risques.

Devront être examinés avec la plus grande attention les travaux et constructions qui pourraient s'inscrire dans le cadre de la **nouvelle politique économique** de l'établissement visant à la création de nouvelles recettes. Si les malades hospitalisés versent des participations financières, il faut rapidement que des transformations concrètes soient constatables au niveau de l'hygiène et du confort ; à défaut c'est la crédibilité du nouveau système financier qui sera ébranlée. De même s'il y a une opportunité financière de fabriquer du pain pour les patients, pour les personnels et pour les familles des malades, des études de faisabilités techniques devront être réalisées. A cette occasion il est nécessaire de rappeler tout l'intérêt du recours à l'emprunt pour des travaux qui ne trouveront leur financement qu'avec le temps. Il faut donner l'assurance à l'organisme prêteur du sérieux des opérations, de leurs faisabilités, de leurs rentabilités, gages de la solvabilité durable de l'hôpital.

#### **E. Gestion des services économiques et logistiques**

Il existe de bonnes bases de gestion au niveau de ces services qui auront tout à gagner de l'introduction de moyens bureautiques ou informatiques, toutes les commandes s'effectuant à la main, de même que la gestion des stocks. Les commandes, qui avaient été faites au MoH de calculatrices, et qui ont pu être honorées sur le champ par l'Ambassade de France, sont déjà une première étape positive pour faciliter le travail.

Le retour à une gestion directe des crédits, dans le contexte d'une plus grande autonomie financière, doit permettre une meilleure réponse aux besoins des services que ce soit, en terme de délai, ou en terme de bonne adéquation des produits à la demande. Actuellement l'hôpital

prend les produits dont le MoH dispose, en quantités souvent insuffisantes, et dans des délais incertains.

Chaque équipement du patrimoine de l'hôpital devra faire l'objet d'une fiche d'inventaire (voir en annexe) avec un numéro du bien identifié par sa date d'entrée et son ordre d'entrée sur l'année considérée. La fiche d'inventaire indiquera les renseignements relatifs à la nature du bien, le type ou le modèle, le nom du fournisseur, la valeur d'achat en cas d'acquisition ou l'estimation de la valeur du bien s'il a été donné ( en tenant compte de son usure éventuelle). Il devra être fait mention de la durée prévisionnelle du bien pour le calcul de l'amortissement, ainsi que pour l'établissement des plans prévisionnels de renouvellement.

Pour le mobilier, que ce soit des chambres ou des bureaux, le constat est souvent du même ordre : il s'agit de biens usagés souvent en mauvais état. Nous mettons souvent à la réforme en France des biens qui seraient un net progrès pour les malades de l'hôpital Ali Abad. Par exemple lorsque pour un hôpital nous faisons l'acquisition de 20 lits électriques nous envoyons à la décharge 20 lits, à l'évidence les moins bons de l'établissement, mais qui pourraient encore être utiles dans des hôpitaux qui vivent dans une très grande précarité. Pour avoir participé, pour des livraisons de mobiliers, à des opérations de solidarité inter hospitalières avec la Roumanie et l'Arménie, il faut, pour réussir, régler trois problèmes importants : (le démontage, le transport, et le remontage). Il faut trouver une équipe de professionnels et de bénévoles pour que les lits, qui sont encombrants, soient méthodiquement démontés (sans casse) et conditionnés pour faciliter le transport jusqu'à Kaboul. Il ne faut pas que le transport de matériels d'occasion coûte plus cher que de l'achat du neuf sur le Pakistan voisin.

Une piste doit être creusée avec les forces armées françaises, qui participent à la sécurité sur Kaboul, pour voir si à l'occasion de transports de matériels entre la France et Kaboul il ne serait pas possible, en une fois ou par vagues successives, de transporter des lits, des armoires ou toutes sortes d'autres équipements. Des informations obtenues il ressort qu'il reste parfois de l'espace disponible dans les avions militaires. Ce point devra toutefois être approfondi au niveau de l'Ambassade de France.

Il faut enfin une équipe pour remonter correctement les lits. Dans des opérations similaires c'est un des techniciens qui a participé au démontage qui vient conseiller et aider les personnels de l'hôpital destinataire.

Il faut aussi s'assurer de la taille des lits (en longueur et en largeur) compte tenu de la petitesse d'un certain nombre de chambres de l'hôpital Ali Abad.

## CONCLUSION

L'hôpital Ali Abad, même s'il a vocation à se trouver, dans le futur, dans des bâtiments neufs ou mieux adaptés, doit mobiliser toutes les énergies de ses personnels pour mettre en place, sur le site actuel et en lien avec le MoH, de nouvelles règles réalistes de fonctionnement et de financement.

Les propositions qui sont faites s'inspirent de réalisations qui ont été pratiquées en France depuis de nombreuses années pour permettre aux hôpitaux de fonctionner en trouvant aussi des ressources supplémentaires non financées par les organismes d'assurance maladie.

Ce qui est en train de réussir sur le laboratoire central de Kaboul montre que ce chemin nouveau peut s'ouvrir prochainement pour les hôpitaux en gardant pour objectif un meilleur service aux patients. Cette recherche de rentabilité économique et financière, indispensable pour une médecine de qualité, ne doit pas priver les hôpitaux afghans, de leur tradition d'accueil des plus démunis qui doivent pouvoir bénéficier de la solidarité générale.

Dans la grande reconstruction actuelle de l'Afghanistan, je souhaite, par ces quelques pages, apporter une pierre à cet édifice dans un pays où j'ai eu le bonheur de rencontrer des personnes lucides, courageuses et d'une extrême gentillesse. Je leur souhaite, de tout cœur, de réussir dans cette grande entreprise de rénovation de leur Hôpital.

**Rapport de mission validé le 23 mai 2004  
par l'Ambassade de France à Kaboul**

**- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



*André Tissot*

## **REMERCIEMENTS**

Cette mission sur le management n'aurait pu se mettre en place sans les concours du Ministère de la Santé de l'Afghanistan, de l'Ambassade de France à Kaboul, de la Direction de l'Hôpital Ali Abad et des Hospices Civils de Lyon. Je souhaite remercier M. le Dr Shakohmand du MoH qui nous a accordé un très long entretien, M. le Dr Tissot de l'Ambassade de France, qui a précisé le sens de la mission, ainsi que ses collaborateurs et tout particulièrement M. le Dr Latif. Je tiens à remercier très chaleureusement M. Le Dr Exeer et toute son équipe de Direction pour leur disponibilité et pour l'intérêt qu'ils ont porté à cette mission. Je ne serais jamais venu à Kaboul sans la confiance de M. le Pr Tissot, Président de la Commission Médicale des Hospices Civils de Lyon et sans celle de M. Leclercq, Directeur Général des Hospices Civils de Lyon et je les en remercie.

Je n'oublierai pas, enfin, la qualité des services rendus par Madame Hakimi qui a été mon interprète et par tous ceux qui ont eu le souci de bien nous accueillir et de nous piloter dans Kaboul.

<b>FICHE D'IMMOBILISATION</b> <b>Hôpital Ali Abad – Kaboul</b>
---

Année    Numéro d'ordre

Numéro de l'immobilisation :

2004 / 00058
--------------

Libellé du bien :            micro-ordinateur

Marque :                    compaq

Modèle :                    EVO D51

Numéro de série :        CZC 326

Adresse du fournisseur : 25 rue de la République 69002 Lyon

Valeur d'achat :            1000 €(ou estimation financière de la valeur du don)

Date de mise en service :            1.03.2004

Service d'affectation :            Direction des finances

Durée d'amortissement du bien :    5 ans

Amortissement linéaire :            200 €/AN sur 5 ans

Date de début d'amortissement :    01.01.2005

Date de fin d'amortissement :        31.12.2009

**NB** : Le bien porte une étiquette d'identification. Ce micro-ordinateur c'est le numéro : 2004/00058, c'est-à-dire le 58<sup>ème</sup> bien acheté (ou entré par don dans le patrimoine) sur l'année 2004.