



# **RAPPORT DE MISSION DU CH-RODEZ A L'HÔPITAL DE MAZAR-E-CHARIF**

**1<sup>er</sup> mars au 19 mars 2005**

**Dr PHAM ELISABETH  
Infectiologue**

**DERRUAU ALICE  
Infirmière puéricultrice**



**Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan**

## OBJECTIFS DE MISSION

### I) ORGANISATION DE TRAVAIL EN PEDIATRIE :

- a) Centrer l'organisation du travail autour du malade par la mise en place d'un :
  - système de sectorisation,
  - système de transmission.
- b) Redéfinir le rôle exact de l'infirmier coordinateur et de l'infirmier chef.
- c) Méthodologie :
  - temps d'observation d'analyse et d'échange avec l'équipe,
  - réflexions communes sur les solutions à envisager,
  - validation par le chef de service et par l'infirmier chef des méthodes de travail retenues,
  - application et validation.

### II) SUIVI DU TRAVAIL SUR L'HYGIENE :

- application de protocoles de lavage des mains,
- circuit des déchets,
- entretien des sols et sanitaires.

### III) SUIVI DU TRAVAIL EFFECTUE LORS DE LA MISSION PRECEDENTE AU SERVICE DES URGENCES :

- hygiène
- communication médecin infirmier
- mise en application de la fiche de poste de l'infirmier chef.

### IV) DIVERS :

- établissement de devis en vue d'une connexion Internet sur l'hôpital de Mazar (installation et abonnement),
- validation par l'Ambassade de France.
- sollicitation d'un local mis à la disposition des missionnaires de Rodez, celui-ci sera équipé par l'Ambassade de France (ordinateur connecté à Internet, imprimante, bureau, chaises).

01/03/05 : Départ de Paris

02/03/05 : Arrivée à Kaboul - Accueil à la Guest House – Réunion avec Dr Tissot et Emilie Robert.

03/03/05 : Arrivée à Mazar – Installation

**05 mars 2005**

**RENCONTRE AVEC LE DR MIRWAIS ( DIRECTEUR DE L'HOPITAL DE MAZAR)**

**I) Présentation des objectifs de la mission :**

A) Notre mission est principalement centrée sur le service de pédiatrie. Son but est d'appliquer des propositions sur l'organisation du travail autour du malade tel que cela a été validé lors de la mission de management en novembre 2004.

a) Propositions :

- mise en place d'un système de transmission entre les équipes afin d'assurer la continuité des soins.
- sectorisation des soins.
- mise en place d'une procédure de planification des soins.
- redéfinition des rôles exacts de l'infirmier chef et de l'infirmier coordinateur.

b) Outils de travail :

- Observation, évaluation et réflexion avec l'équipe en se basant sur les fiches de poste validées par la direction des soins et les missions précédentes.

B) Poursuite du travail sur l'hygiène dans l'hôpital.

C) Etablissement de devis pour l'installation d'une connexion Internet :

- une connexion pour le bureau du Directeur Mirwais,
- une extension pour le futur bureau des missionnaires de Rodez,
- une deuxième extension accessible à tous.
- Validation des devis par l'ambassade de France.

D) Sollicitation auprès de la direction de l'hôpital de Mazar d'un local qui servira de bureau pour les missionnaires de Rodez. L'ambassade de France a donné son accord pour équiper ce bureau.

**II) Le Docteur Mirwais nous apporte les informations suivantes :**

- progrès dans l'hygiène : un cleaner est affecté au fonctionnement des incinérateurs ; le port de sandales est effectif à l'entrée de chaque service (le Dr Mirwais nous a fait constater lui-même l'état de propreté dans le couloir du service de Chirurgie ).
- les équipes d'IDE sont fixes depuis six mois.

- début du travail de construction du bâtiment de l'ESF.
- mise en route des travaux de dallage devant l'entrée de la direction (ceci est offert par les commerçants de la ville).
- problème de renouvellement du stock de draps qui sont usés en raison de lavages fréquents. Le Docteur Mirwais sollicite donc l'achat de tissus lors de cette mission.
- avant de le quitter, nous remettons au Directeur les formulaires de demande de visas en vue de la prochaine visite de la délégation de l'hôpital de Mazar à Rodez.

### **RENCONTRE AVEC LE DR ABDUL RAOUF FROUGH, CHEF DE SERVICE DE PEDIATRIE**

Le docteur Abdul Raouf nous donne son approbation pour la réalisation des objectifs fixés et se montre très coopératif.

Actuellement, malgré l'obtention d'une équipe d'IDE fixe depuis six mois, le docteur Abdul souligne des difficultés de gestion du personnel car son équipe est jeune et manque d'expérience professionnelle. Il soulève également le problème de gestion du matériel par manque de coordination entre l'infirmier chef et le service de logistique.

Au terme de cette rencontre, nous ressentons de la part du chef de service une bonne volonté de collaboration.

**06 mars 2005**

### **RENCONTRE AVEC LE DIRECTEUR ADJOINT DES SOINS MR BASSIR**

Nous lui présentons nos objectifs de mission en insistant sur la mise en application des fiches de poste (cleaner, IDE, IDE chef et coordinateur).

Mr Bassir nous souhaite la bienvenue, se montre très coopératif et nous accorde deux dates de réunions avec la direction des soins.

A la fin de cette brève rencontre, Mr Bassir nous raccompagne dans le service de Pédiatrie.

### **RENCONTRE DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE AVEC LE CHEF DE SERVICE ET L'IDE CHEF, MR ADJI MOUHAMAD :**

L'IDE chef nous précise qu'il est maintenant IDE chef et coordinateur (les deux fonctions ont été centralisées).

Il a participé au travail sur les fiches de poste mais elles n'ont pas été mises encore en circulation, toutefois il nous définit ses attributions :

- surveillance et gestion des soins
- gestion du personnel, responsable de l'absentéisme (il fait remonter à la direction qui prend les mesures nécessaires)
- gestion du matériel

- communication- relation avec le chef de service après la grande transmission des soins (ébauche théorique de la collaboration médecin /IDE )

Le chef de service et l'IDE chef coordinateur nous ont ensuite fait part de leur analyse de la situation actuelle :

Besoins :

- de responsabilisation de l'équipe médicale et para- médicale
- de formation technique plus évoluée
- de valorisation du rôle des IDE
- Au niveau du bâtiment : nécessité d'une extension, compte tenu du nombre d'enfants hospitalisés (jusqu'à 90 cet hiver et 60 en moyenne).
- Au niveau du matériel : manque de blouses pour l'équipe soignante et de draps pour les patients.

Nous avons rappelé que l'objectif principal de la mission (validé par la mission management du mois de décembre), centrée sur l'organisation des soins autour du patient, était fondamental pour envisager ensuite un apprentissage technique plus sophistiqué.

Le Dr Abdul Raouf et Mr Nader ont exprimé leur approbation.

Nous leur avons précisé que leurs souhaits seraient transmis à l'Ambassade de France et au coordinateur de la coopération médicale du CH Rodez.

### **L'IDE chef nous décrit l'organisation du service :**

#### **Composition de l'équipe médicale et para- médicale :**

- **Médecins** : - 18 médecins dont 8 permanents dans le service
  - 2 à la polyclinique
  - 2 dans le service des dénutris
- **IDE**: - 8 (chef de service compris) pour le service de pédiatrie :
  - 2 par salle (dont 1 responsable de salle)
  - 2 assurant la garde
  - 4 pour le service des dénutris
  - les IDE, en récupération après leur jour de garde, sont remplacés par des IDE suppléants venant d'autres services.
- **Cleaners** : 6 cleaners assurent l'entretien des locaux dans tout le service de façon très efficace et participent également à l'accueil des entrées.
  - 2 pour la gestion du linge
  - 2 pour l'entretien des salles d'hospitalisation et du couloir
  - 1 pour l'entretien des sanitaires et des salles de repos
  - 1 pour le contrôle des entrées dans le service (famille, accueil des admissions etc.).

### Organisation journalière du travail infirmier :

A son arrivée, l'équipe assiste à la première réunion de transmission à la direction des soins en présence du Directeur des soins.

C'est seulement après cette réunion que les IDE intègrent leur service pour assurer les soins (constantes, surveillance des soins...)

L'IDE chef assiste à la visite pendant que les IDE restent affectés dans leur salle.

Après la visite, l'IDE relève la prescription et attend « l'arrivée des médicaments » fournis par la famille pour mettre en route le traitement.

La réalisation du soin est ensuite notée par l'IDE dans le dossier médical.

Les traitements et perfusions sont préparés au lit du malade (la salle de soins sert actuellement de réserve dans laquelle sont entreposées également deux couveuses).

### Description du service :

Le service est composé de 4 salles comprenant en moyenne 7 à 8 lits accueillant deux enfants et leurs mamans (par lit).

Les couloirs et les salles sont bien entretenus.

Au niveau des équipements divers, on trouve :

- des draps usés
- une poubelle dans chaque salle (deux seulement sont pourvues de sac)
- des boîtes sécurisées dans chaque salle
- un tableau de planification non utilisé dans deux salles (mis en place par l'UNICEF)
- 4 lavabos bien entretenus (dans le couloir) et un seul savon

Ce jour, nous avons pu assister à une partie de la visite professorale (conduite par le Professeur de pédiatrie de la faculté de Mazar). A cette occasion nous constatons que la majeure partie des enfants est porteuse d'un cathéter périphérique.

Les entrées sont accueillies par l'IDE qui installe l'enfant et sa maman dans un lit.

### Analyse d'une situation observée ce jour :

Un nourrisson a été hospitalisé la veille pour crise convulsive et il aurait présenté plusieurs épisodes de comitialité pendant la nuit.

Lors de notre passage dans la salle (vers 11h), l'enfant n'a toujours pas été examiné par un pédiatre aux dires de l'IDE.

Cette situation a permis de soulever le problème de communication entre médecins et IDE.

### Nouvel entretien au terme de cette journée avec le Professeur en pédiatrie et le Dr Abdul Raouf et Mr Adjil Mohamad :

Nous leur faisons part de nos impressions :

- bon accueil du personnel médical et para- médical
- bonne impression d'ensemble sur l'entretien des locaux, l'utilisation des poubelles et des boîtes sécurisées
- bonne motivation d'un personnel désireux de progresser.

Par contre , un certain nombre de points nécessite d'être amélioré :

- importance de la planification des soins par la réutilisation des panneaux dans chaque salle,
- nécessité d'une collaboration plus étroite entre le médical et para médical surtout face aux situations d'urgence,
- meilleure prise en charge du patient par le biais d'un système de transmission entre les équipes permettant un suivi plus rigoureux.

Le Chef de service et l'IDE chef adhèrent à notre analyse et proposent leur collaboration.

Pour résoudre le problème du retard de la prise en charge médicale face aux situations d'urgence, le Dr Abdul Raouf propose l'installation dans le couloir d'un tableau des cas cliniques prioritaires.

Il nous précise aussi que depuis un mois, la Direction a demandé que le médecin de garde ne quitte le service qu'après avoir fait ses transmissions.

Après avoir quitté le service, nous faisons un détour par la zone de traitement des déchets. Le dépôt de déchets est à demi-plein, les deux incinérateurs fonctionnent à bas régime (lorsque nous sommes passés à proximité, la veille, nous avons perçu l'odeur caractéristique d'un fonctionnement à haut débit...).

### **07 mars 2005**

Notre programme de travail est interrompu car il nous a été vivement conseillé de ne pas quitter l'hôtel en raison des manifestations dans la ville de Mazar.

### **08 mars 2005**

Avant de commencer notre journée de travail en pédiatrie, nous nous sommes arrêtés quelques minutes au bureau du Dr Mirwais, pour lui faire un bref compte- rendu de la situation et également pour renouveler la demande d'un local pour les missionnaires de Rodez.

### **JOURNEE DE TRAVAIL EN PEDIATRIE AVEC L'IDE CHEF :**

Nous sommes passés dans les quatre salles d'hospitalisation et avons constaté la présence d'IDE dans seulement deux salles (problème d'absentéisme !)

Comme la veille, le personnel attend la fin de la visite, les prescriptions et les médicaments pour appliquer le traitement.

Nous en profitons pour discuter avec un des pédiatres et l'IDE chef sur le maintien des voies veineuses. En effet, il déplore un nombre important de cathéters bouchés. Nous lui indiquons notre façon de procéder :

Préparation d'un sérum hépariné afin d'éviter la formation de caillot.

Ceci pourrait également éviter à de nombreuses familles l'achat de solutions de perfusions inutiles (qui restent branchées mais clampées durant toute la durée de l'hospitalisation).

Nous attirons leur attention sur le fait que cette technique nécessite une préparation rigoureuse et une conservation dans une salle de soins adéquate , ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Nous suivons ensuite la préparation et l'injection d'un traitement par voie intraveineuse :

- l'enfant est dans les bras de sa maman qui le maintient, l'IDE dispose le matériel sur le drap (sale) et procède à la préparation du produit à injecter,
- les dates de péremptions sont rapidement (ou pas) vérifiées
- l'IDE prélève le solvant et l'injecte dans le flacon avec dextérité mais de façon systématique et rapide sans application.
- Il retire la quantité de produit nécessaire sans vraiment vérifier les graduations de la seringue.

### **Analyse :**

Les IDE possèdent les connaissances théoriques de base ; au niveau technique, ils ont une assez bonne dextérité, les enfants ont tous une voie d'abord périphérique.

Par contre, il est nécessaire d'intervenir dans un premier temps au niveau de l'organisation, du déroulement et de l'application dans les soins. Nous constatons un manque de maturité professionnelle et surtout un défaut de rigueur au niveau de l'hygiène. Exemple : le coton est stocké à même le rebord de la fenêtre de la salle de repos des IDE ; chacun prend sa quantité nécessaire et le conserve dans la poche de sa blouse. Un IDE a mis consciencieusement des gants mais il les utilise pour effectuer plusieurs soins sur plusieurs patients.

Il faut souligner que les IDE ne bénéficient pas de conditions matérielles permettant une hygiène adéquate aux soins (pas de support pour la préparation des injections...).

La sécurité affective de l'enfant est, quant à elle, très bien assurée par la présence de la maman qui ne laisse jamais son enfant seul (d'autant que l'enfant est souvent au sein pendant le soin...).

Au cours de notre visite des salles, nous étions accompagnés de l'IDE chef qui, en dehors de quelques remarques soulignant le manque de matériel dans le service, n'a fait aucun commentaire concernant l'organisation de travail de son équipe infirmière.

A propos de la planification : le tableau de la planification des soins préexistant comporte le numéro de lit, nom du patient, diagnostic, traitement, posologie et horaires. Après discussion, l'IDE chef semble être d'accord avec nous sur le principe de gain de temps et de la clarté avec ce système. Cependant la remise en route de cette application nécessite une meilleure sensibilisation ainsi qu'une adhésion de l'ensemble de l'équipe. Il se pose également le problème de l'acquisition de ce type de matériel.

Le Dr Abdul Raouf nous rejoint après la visite. Le problème de communication entre le corps médical et para-médical est encore une fois soulevé. Le chef de service reproche « indirectement » à l'IDE chef de ne pas avoir assez d'autorité vis-à-vis de son personnel, ce qui pourrait expliquer également le manque de motivation et de responsabilité de son équipe. De surcroît il n'y a pas de travail en collaboration entre ces deux corps, dicit le Dr Abdul.

Suite à cette réflexion, nous lui avons proposé de mettre en place une réunion de service (mensuelle ?) au cours de laquelle médecins et IDE discuteraient ensemble des différents problèmes du service (médical, logistique et gestion du personnel). Cette idée est approuvée et acceptée par nos deux interlocuteurs. Nous suggérons d'en organiser une pendant notre mission avec validation et mise en application des fiches de poste IDE, IDE chef et cleaner.



Le Dr Abdul Raouf déplore un manque d'intérêt de la part de la direction envers son service, il dit être prêt à accepter que son unité serve de référence dans l'organisation des soins à condition que cette dernière puisse fournir rapidement le nécessaire pour le fonctionnement du service : draps (non changés depuis 10 jours), thermomètres, sandales pour les IDE. Pour répondre rapidement à cette demande, nous suggérons d'organiser une réunion avec le Directeur des soins et l'IDE chef le jour suivant.

Lorsque nous suggérons l'achat d'une boîte hermétique pour contenir le coton, le Dr Abdul profite de cette occasion pour nous révéler l'existence d'une réserve de matériel inutilisé, placée sous la responsabilité de Mr Adjil Mohamad.

Nous demandons immédiatement l'ouverture de cette armoire et nous constatons avec surprise la présence d'un nombre non négligeable de petit matériel fourni par l'UNICEF, il y a quelques années (haricot, pinces, tambour, sparadraps...).

Nos deux interlocuteurs sont appelés à leurs occupations professionnelles, nous leur proposons de procéder dès le lendemain à l'inventaire et l'affectation d'une dotation nécessaire par salle.

### **09 mars 2004**

Comme convenu, nous procédons aujourd'hui, en présence de l'IDE chef à l'inventaire du matériel, entreposé dans une armoire fermée à clef à la réserve.

#### **Matériel recensé :**

- 1 boîte de gants de chirurgie non périmé
- 2 boîtes de seringues à usage unique de 10 ml
- 30 gobelets plastiques pour préparation orale
- 1 bassine inox
- 37 rouleaux de sparadraps
- 2 otoscopes neufs
- 2 stéthoscopes neufs
- 1 broc plastique
- 2 brocs de lavement
- 5 boîtes cylindriques inox moyennes + couvercles
- 3 grandes boîtes inox + couvercle
- 2 grandes cupules inox
- 2 plateaux moyens inox + couvercles
- 1 petit tambour
- 4 haricots
- 1 broc métallique
- 10 mètres ruban
- 2 porte aiguille
- 4 pinces à disséquer sans griffe
- 1 pince à disséquer avec griffe
- 1 pince Kocher longue
- 1 pince à griffe longue
- 2 balances à main pour nourrisson
- 4 filtres à eau
- 4 plateaux inox
- 3 plafonniers
- 3 seaux métalliques

Nous ne recensons pas ici un nombre important de traitements injectables sondes urinaires , tous périmés...

Compte tenu du matériel dont dispose la pédiatrie, nous projetons la mise en circulation d'un plateau de base pour chaque salle. Ceci permettra à l'IDE de préparer les traitements au lit du patient dans des conditions d'hygiène plus adaptées. Composition du plateau en annexe N°1

A l'heure actuelle, le service de pédiatrie ne possède plus de salle de soins ; en effet, cette dernière sert de réserve et accueille en plus un lit d'hospitalisation pour deux bébés. Le chef de service insiste de nouveau sur la nécessité de mettre en place une nouvelle salle de soins. Pour ce faire, il suffirait de cloisonner un emplacement inoccupé à l'entrée du service. Il en estime le coût à environ 100 dollars.

Nous ferons part de sa proposition à l'Ambassade de France et au coordinateur – coopérateur médical du CH Rodez.

### **RENCONTRE AVEC LE DIRECTEUR DES SOINS, MR GHULAM ALI RESPONSABLE DU SERVICE TECHNIQUE ET LOGISTIQUE**

Nous lui faisons part du problème du circuit du linge au sein de l'hôpital et plus particulièrement au niveau du service de pédiatrie où les draps ne sont pas changés depuis 10 jours.

Mr Ghulam nous précise qu'un nombre défini de draps est fourni régulièrement à chaque service, le stock est géré par l'IDE chef qui contrôle ( théoriquement) les entrées et sorties.

La fréquence de changement de draps en pédiatrie est d'environ deux fois par semaine en temps normal. Cette année, l' hiver a été particulièrement rude et cette rotation n'a pu être assurée en raison d'un retard considérable dans le lavage et le séchage du linge. A cela, rajoute le problème d'usure prématurée du tissu de mauvaise qualité.

Mme Ghulam demande le financement pour renouveler une partie du stock de draps de l'hôpital.

En raison de la bonne marche du service de l'atelier de confection, nous proposons l'achat du tissu (sur le budget avancé par l'Ambassade de France) pour la réalisation de draps.

**10 mars 2005**

### **A) REUNION AVEC LES IDE DU SERVICE DE PEDIATRIE :**

Sont présents l'infirmier qui finit sa garde et trois à quatre IDE du service. Nous leur faisons part de notre observation sur leur organisation quotidienne.

Les IDE font preuve de bonne dextérité dans leur pratique infirmière ; par contre, le principal problème réside dans l'application et la structuration des soins. Pour les accompagner dans leurs réflexions, nous leur proposons trois points clés de discussion :

- 1) techniques
- 2) communication
- 3) prise de conscience de la responsabilité professionnelle.

## **1) Technique :**

L'assemblée est d'accord sur le principe d'un bon « savoir » pour avancer dans le travail ; nous leur signalons qu' il est également important de posséder un savoir- faire ; malgré leurs connaissances et leur efficacité, leur travail ne pourrait être amélioré qu'avec une bonne organisation et un respect des principes d'hygiène. Quelques situations observées lors des jours précédents nous permettent d'illustrer notre propos :

- nécessité de maintenir propre tout matériel qui pourrait être en contact avec l'enfant (masques à O2, nébuliseurs...)
- rigueur et vigilance indispensables lors de la préparation des traitements (prélever la bonne quantité, vérifier les dates de péremption...).

Nous leur proposons le projet d'un plateau de matériel de base (un par salle) sur lequel l'IDE peut procéder à la préparation des traitements (et non sur le lit des patients comme il a été constaté).

Ce plateau contiendra : une boîte de coton afin d'éviter aux IDE de le conserver dans leurs poches, un haricot pour recueillir les « déchets », un flacon de désinfectant.

Ces plateaux seront entreposés dans une armoire fermée à clé, placée sous la responsabilité de l'IDE chef.

Sur le plan de l'hygiène, nous insistons encore sur l'importance du respect des protocoles de lavage des mains qui doit être effectué avant et après tout geste et entre chaque patient.

L'équipe présente reçoit favorablement notre projet, certains IDE proposent même l'installation dans chaque salle d'une armoire murale fermée à clé pour entreposer le matériel. Cependant ces armoires risquent rapidement d'être détériorées et souillées et ne répondront plus à long terme aux normes d'asepsie. Cette proposition ne sera donc pas retenue.

## **2) Communication :**

Les IDE précisent qu'un système de relève se fait tous les matins avec la direction des soins qui est tenue informée des entrées et des sorties du service au cours de la garde. Tous soulignent le manque de précision dans le suivi des dossiers médicaux avec ce système.

Nous suggérons la mise en place d'une relève quotidienne (environ une demi- heure dans le service entre la garde et l'équipe de jour). Compte tenu du nombre assez important de patients hospitalisés en pédiatrie, il est envisagé de n'évoquer lors de cette relève que les entrées de la nuit et les cas urgents à prendre en charge avant la visite.

Nous leur proposons aussi de remettre en service les tableaux de planification. Cette idée est approuvée par l'ensemble de l'équipe et par le Dr Abdul qui nous a rejoints.

Ce dernier propose également la mise en service d'une feuille journalière de recensement des cas urgents.

### **3) Notion de responsabilité professionnelle (théorie et pratique) :**

L'équipe prend conscience que le rôle du soignant ne se limite pas seulement à l'application des soins, chacun doit être également responsable du patient et de son confort (propreté des draps, hygiène du patient, propreté de la salle).

Sur le plan pratique, nous insistons sur le fait que l'IDE occupe une place privilégiée au plus près de la personne soignée, il est le lien entre le patient et le médecin. Par sa fonction, son activité, l'IDE a une importance considérable dans la prise en charge du patient.

A la fin de la réunion, le Dr Abdul fixe la date de la première rencontre de service qui aura lieu le dimanche 11 mars 2005.

### **B) RENCONTRE AVEC Mr GHULAM ALI DIRECTEUR DES SOINS :**

Cette rencontre a pour but de « recenser » les besoins de produits consommables.

Mr Ghulam Ali nous demande l'achat de :

- poudre à récurer
- gants
- raclettes
- brosses pour les sanitaires
- acide sulfurique.

Nous lui présentons le projet de mise en service du plateau de soin en pédiatrie et lui demandons la mise en disposition d'une armoire fermée à clé pour le rangement du matériel de soin.

Mr Gulham précise que chaque service est équipé d'une armoire vitrée et celle de pédiatrie sera utilisée dans un avenir proche pour contenir des médicaments.

Actuellement, l'hôpital de Mazar n'en dispose pas d'autre. Mr Ghulam nous accompagne dans le service, fait l'inventaire des armoires disponibles et signale à l'IDE chef qu'une armoire actuellement stockée dans la réserve pourrait être mise en service.

Nous prenons rendez-vous avec Mr Ghulam Ali pour le dimanche suivant afin d'effectuer l'achat du tissu et des consommables.

### **VISITE DU SERVICE DES URGENCES (suivi de la mission précédente) :**

Nous sommes accueillis à notre arrivée par Mr Ghulam Sakhi, IDE chef nouvellement affecté dans le service. Il nous informe également que 80% des IDE ont changé de service depuis la dernière mission (nous n'avons pu savoir pour quelle raison).

Nous constatons que l'état de propreté du service est bien assuré :

- les poubelles sont garnies de sacs plastiques
- présence d'un savon sur le lavabo
- chariot propre avec plateau de soin contenant les produits nécessaires aux soins
- les boîtes sécurisées sont en fonction
- les lits d'examen recouverts d'une toile plastique sont propres.

La nouvelle organisation validée au cours de la mission précédente est en vigueur (les lits n'ont pas changé de place ) et les IDE respectent et appliquent le protocole de lavage des mains en notre présence.

Nous ne pouvons vérifier l'utilisation du matériel fourni par le CH de Rodez car l'IDE qui en a la responsabilité est absent et l'IDE chef ne semble pas au courant. Par contre, il profite de notre rencontre pour reformuler la demande de création d'un sas d'entrée devant son service.

### **VISITE DE LA BUANDERIE :**

Les trois employées sont au travail. Actuellement, la buanderie a été totalement refaite par l'hôpital, l'état de propreté est correct ; la seule machine à laver fonctionne de 8 à 18 heures, ce qui est largement insuffisant pour satisfaire les besoins en linge propre de l'hôpital.

Les employées sont contraintes de laver le linge en attente dans des bassines à même le sol.

La question de don d'une machine à laver avait déjà été soulevée lors de la mission de septembre 2004 ( Georget /Douls ). Nous reformulerons donc cette demande à l'Ambassade de France.

### **VISITE DE L'ATELIER DE CONFECTION :**

A notre arrivée, les quatre couturières sont à leur poste. Deux des machines sont équipées de moteurs électriques. Elles font la demande d'une multiprise et d'un tournevis.

**12 mars 2005**

### **A) TRAVAIL EN PEDIATRIE :**

Cette journée est axée sur deux points de travail :

- mise en place du plateau contenant du matériel de soin.
- Remise à jour du système de transmission.

Avec l'aide de deux IDE et du chef IDE, nous procédons à la mise en service d'une armoire dans laquelle sera entreposé du matériel de soin :

- liquide désinfectant
- plateaux
- boîte métallique contenant des instruments de base (pince Kocher, ciseaux, pince à disséquer sans griffe pour les pansements).
- coton contenu dans des boîtes fermées.

Après le déménagement et le nettoyage de l'armoire (installée dans la salle de repos des IDE ), l'équipe entreprend le nettoyage du matériel sorti de la réserve. Les flacons de chlorhexidine et du coton qui « traînaient » sur le rebord de la fenêtre sont comptés et rangés dans l'armoire.

Nous démontrons à l'équipe qu'avec du matériel préexistant, on peut déjà procéder à une meilleure organisation des soins. Nous leur faisons prendre conscience que « la construction d'un bâtiment commence toujours par le fondement ». Dans un avenir proche, si les IDE souhaitent l'aménagement d'une salle de soin, il faut qu'ils soient capables d'entretenir ce qu'ils ont mis en service aujourd'hui. Ce travail sera contrôlé par les prochaines missions.

Concernant la transmission, nous constatons qu'elle a été « oubliée » ce jour ! L'IDE de nuit, après avoir assisté à la relève générale à la direction des soins, a « omis » de revenir dans le service ! L'IDE chef, immédiatement informé de cette attitude, nous promet de rappeler à l'ordre son équipe. Ce détail nous montre, une fois de plus, que le système reste fragile et que la route sera encore longue pour que chaque soignant prenne enfin conscience de sa responsabilité professionnelle.

### **B) PASSAGE AU BLOC OPERATOIRE :**

En présence de l'IDE chef et du chef de Service, nous remettons quelques instruments de bloc offert par le CHG de Rodez (voir annexe n° 2) ; 5 ampoules pour scialytiques ainsi que 10 couvertures de survie (don de l'ICAA).

### **C ) RENCONTRE AVEC LE DR MATEEN :**

Nous lui présentons nos excuses pour notre absence à la réunion du CHD en raison d'un contre- ordre.

Le Docteur Mateen nous réserve un accueil chaleureux et nous exprime sa reconnaissance pour le travail sur l'hygiène effectué depuis un an dans l'hôpital de Mazar. A ce sujet, il nous informe qu'une organisation américaine (US Aide) donne actuellement plusieurs formations théoriques sur l'hygiène pour l'ensemble du personnel.

Nous abordons ensuite la question du circuit des déchets. Le Dr Mateen nous confirme la bonne utilisation des poubelles et des boîtes sécurisées. Les incinérateurs fonctionnent régulièrement depuis l'affectation d'un cleaner à ce travail.

Par ailleurs, le Dr Mateen a déjà dispensé plusieurs formations sur l'hygiène pour les cleaners.

Concernant les fiches de postes d'IDE (fiches validées par la mission Guérin/Gardé), le Dr Mateen souhaite organiser avec nous une réunion d'information pour les IDE. Cette réunion a pour but d'apporter une meilleure connaissance et donc une meilleure application de ces fiches. Nous fixons la date au lundi 14 mars à 8 h 30.

A la fin de cette rencontre, le Dr Mateen nous raccompagne en pédiatrie pour une « inspection » de l'état de propreté du couloir, des sanitaires et salles d'hospitalisation.

### **D) RENCONTRE AVEC LA PRESIDENCE DE L'HÔPITAL :**

Nous faisons l'évaluation du travail effectué depuis une semaine en pédiatrie.

Concernant l'installation de l'Internet, nous informons le Dr Mirwais de la signature du contrat ce jour entre l'Ambassade de France et NEDA. L'installation est prévue en début

de la semaine prochaine. Nous précisons que cette installation desservira le bureau du président, la direction des soins (pièce facilement accessible à tous) et le bureau des missionnaires. Ce dernier nous sera attribué demain.

**13 mars 2005**

### **JOURNEE DE TRAVAIL EN PEDIATRIE :**

#### Suivi de l'utilisation des plateaux de soins en pédiatrie :

Lorsque nous entrons dans une des salles d'hospitalisation, l'IDE est occupé à faire des soins auprès des patients. Il utilise son plateau et a même pris l'initiative de le poser sur un tabouret qu'il fait suivre d'un lit à l'autre. Il se sert du plateau comme support afin de préparer la mise en place d'une voie veineuse et la préparation du traitement prescrit par le médecin.

Après avoir effectué le soin en notre présence, il retourne à la salle de repos, dépose son matériel dans l'armoire. Nous avons également suivi le travail d'autres IDE qui procèdent de la même façon.

#### Analyse :

Le principe du plateau a été bien compris et accepté par l'équipe qui l'utilise de façon correcte.

Les IDE disposent à présent d'un plan de travail propre et des produits de base nécessaires ; ce qui leur évite des allées et venues entre la salle d'hospitalisation et leur salle de repos .

L'utilisation de ce plateau de soin constitue un élément essentiel dans l'organisation du travail infirmier et permet également une amélioration de l'hygiène.

#### Observation du travail relationnel entre médecin et infirmier à partir d'un cas :

Entrée à la salle n°2 d'un enfant envoyé par la polyclinique.

L'enfant est reçu par l'IDE qui l'installe et complète son dossier médical.

Il procède à la pesée et met en place une voie veineuse périphérique ; ensuite, il présente l'enfant à un médecin de troisième catégorie qui commence son examen.

#### Analyse :

- prise en charge rapide de l'enfant
- existence de communication entre l'IDE et le médecin de troisième catégorie
- bon fonctionnement du système de sectorisation médicale
- absence totale de communication entre l'IDE et la famille, ce qui induit un non- respect de l'hygiène par manque de connaissances de la part de la famille (papiers jetés par terre).

#### **Bref entretien avec le Dr Abdul avant la visite :**

Ce dernier s'excuse pour son retard et nous demande de reporter la réunion de service au 14 mars à 9h.

Nous lui faisons part de la mise en circulation des plateaux de soins. Nous signalons également des « oublis » de relève depuis deux jours.

Après réflexion, le Dr Abdul propose de mettre en place une brève réunion d'information quotidienne entre médecin et IDE pour mieux « contrôler » le système de transmission.

Après le départ du chef de service, certains infirmiers déplorent le manque de confiance et de reconnaissance de l'équipe médicale envers les IDE. Le problème de salaire insuffisant, d'honoraire illicite et non partagé avec les IDE. Sont encore une fois avancés les arguments justifiant cette lassitude dans le travail. Un des IDE dit qu'il est difficile de demander à la garde de rester jusqu'à 10 h du matin pour faire la relève alors qu'ils ne gagnent que 20 \$ par mois.

Nous rappelons encore une fois le principe de la relève :

- durée : de 20 à 30 minutes maximum
- contenu : les entrées pendant la garde et les problèmes d'urgence à gérer en priorité.

Nous insistons auprès de chacun que ceci fait partie du rôle propre de l'IDE et constitue la base de toute pratique médicale.

Nous leur conseillons de programmer la transmission avant le départ de la garde et avant la grande relève à la direction des soins, c'est-à-dire vers 8 h.

Après avoir quitté le service de pédiatrie, nous effectuons un deuxième passage au dépôt des déchets ; ce dernier était au 1/3 vide et les deux incinérateurs fonctionnent à « bas débit ».

**13 mars 2005**

### **OBSERVATION SUR L'APPLICATION DES TRANSMISSIONS MEDICALES ET PARA-MEDICALES DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE :**

#### Transmissions médecins / IDE :

Nous constatons la présence dans chaque salle d'un médecin junior et d'un IDE et d'une communication régulière entre eux.

Par ailleurs, les IDE participent activement à la visite dans leur salle.

Ceci confirme notre impression d'un bon échange entre médecin et infirmier dans le service.

#### Transmission entre IDE :

La relève entre la garde et l'équipe de jour est effectuée ce jour :

Il y a eu cinq entrées cette nuit, surtout des patients présentant des pathologies respiratoires ; en revanche, il n'y a pas de cas urgents à gérer avant la visite.

La garde de nuit était assurée par deux sages-femmes du service de gynécologie.

Cette mise en application de la relève est un signe encourageant mais il est nécessaire que cette relève se pérennise dans l'avenir.



Après analyse et en commun accord avec le service, il est convenu que la feuille d'urgence sera remplacée par une bonne transmission orale ; ainsi chaque IDE responsable de salle alertera plus rapidement le pédiatre afin d'assurer une transmission de l'information efficace et sûre (sans intermédiaire).

En ce qui concerne le tableau de planification, nous pensons qu'il est trop tôt pour le mettre en service. En effet, un manque de rigueur dans la transcription et la mise à jour pourrait avoir des conséquences préjudiciables pour les patients. Il est donc moins risqué, actuellement, pour les IDE de consulter directement la prescription écrite du pédiatre.

### **COMPTE- RENDU DE LA FORMATION DONNEE AUX IDE SUR L'APPLICATION DES FICHES DE POSTES :**

Cette formation a lieu à la direction des soins après la grande relève. Une trentaine d'infirmier(e)s sont présents ainsi que quelques surveillants.

Nous commençons par évoquer ce que représente la profession d'infirmière. Nous insistons sur le fait que les IDE ne sont pas des auxiliaires de médecins (qui exécutent seulement une prescription), mais qu'ils sont auxiliaires de soin. Un IDE s'occupe d'une personne et toute son activité gravite autour du patient et doit être pour ce patient.

Nous évoquons les deux aspects de la profession :

- les actes qui relèvent du rôle prescrit (par le médecin)
- les actes qui relèvent du rôle propre par lesquels l'IDE engage sa responsabilité et pour lesquels il doit savoir prendre des initiatives. C'est ainsi qu'il est responsable des besoins de confort, d'hygiène, de sécurité, de connaissance et d'éducation du patient.

Pour illustrer notre propos, nous faisons référence à la fiche de postes validée lors de la mission de décembre. Nous nous concentrons plus particulièrement sur la partie « tâches à développer » qui relève pour la plupart du rôle propre de l'IDE à partir d'exemples concrets.

#### **Fonction soins :**

- Accueil du patient : aller au devant du patient, ne pas attendre qu'il vienne dans la salle de repos chercher de l'aide...
- En collaboration avec le cleaner : anticiper les besoins, être à l'écoute, installer le patient, changer le drap s'il est souillé sans attendre le jour de changement des draps...
- Relève de la visite : nécessité de rigueur dans la relève et dans son organisation du travail. L'arrêt de la rotation des équipes permet maintenant aux IDE d'acquérir une bonne expérience dans leur service, de développer leur capacité d'analyse pour comprendre les prescriptions, connaître les dosages et les produits. Tout ceci participera à accroître leur crédibilité auprès des médecins.
- Planification : intérêt de grouper les soins, d'évaluer les priorités par rapport à l'urgence mais aussi de savoir respecter le repos et l'intimité du patient.

- Tenue du dossier : la responsabilité de l'IDE est ici aussi engagée.  
Concrètement :

# toujours vérifier et relire la prescription (faire appel à ses connaissances).

# la recopier sur la feuille IDE ; noter la date, le nom du médicament, la posologie et l'heure pour la journée en cochant au fur et à mesure de l'administration.

# on peut également noter sur la feuille IDE les observations infirmières (événements importants...)

# A la prise de son service, l'IDE doit prendre connaissance des informations qui figurent sur le dossier médical pour être au courant de ce qui s'est passé, ce qui augmentera sa crédibilité aussi.

### **Relation communication :**

La communication du soignant est basée sur trois grands axes :

- Médecin /IDE
- IDE/IDE
- IDE/Cleaner

Sur le plan pratique, ceci s'appuie sur le système de transmission centré sur le patient.

Exemple :

- relève entre chaque équipe au début de la prise de fonction. Cette relève ne doit pas excéder 30 minutes. Elle doit évoquer uniquement (dans un premier temps), les patients à problèmes ainsi que les nouveaux cas (compte tenu du nombre élevé de patients hospitalisés).
- Participation de l'IDE à la visite médicale. Ceci est un bon moyen pour soulever les problèmes observés au niveau des soins. Cette pratique permet à l'IDE de mieux comprendre la prescription médicale.

Pour tous les autres problèmes d'ordre général concernant le service, nous leur proposons la mise en place d'une réunion mensuelle de service. Ceci va être appliqué lors de cette mission dans le service de pédiatrie et pourrait être proposé également dans le service de chirurgie lors des prochaines missions.

### Le rôle d'éducation :

L'IDE est responsable de l'information voire de l'éducation du patient et de ses proches notamment sur l'hygiène de base.

La plupart des patients viennent des zones rurales isolées et sont illettrés.

### **Gestion du matériel :**

L'IDE est également responsable du matériel qui est à sa disposition.

IL doit recenser les besoins, en faire part à l'IDE chef qui entreprend les démarches nécessaires auprès de la direction des soins.

L'IDE est garant de l'entretien, du rangement, de la vérification et du contrôle du matériel qui lui est fourni.

Concrètement : il vérifie l'état de marche, l'état de propreté et si besoin, il nettoie et désinfecte. Après utilisation, il lave , désinfecte puis range le matériel.

Avant de les quitter, nous assurons aux IDE qu'ils ont toutes les capacités requises pour avancer dans la voie de la responsabilisation et de l'autonomie pour une plus grande crédibilité.

### **ACHATS DE CONSOMMABLES :**

Nous procédons ensuite à l'achat de consommables souhaités par la direction des soins (détail annexe n°3)

**15 mars 2005**

Emilie Robert (Chargée de mission projet santé de l'Ambassade de France à Kaboul) nous rejoint à Mazar pour :

- conclure l'attribution du local pour les missionnaires de Rodez
- installer l'internet
- suivre l'évolution de notre mission.

### **I/ REUNION DE SERVICE EN PEDIATRIE :**

Sont présents le Dr Abdul, chef de service, 4 infirmières et 2 infirmiers.

L'IDE chef étant absent, retenu à une formation d'hygiène depuis deux jours.

#### **Plan de réunion :**

Discuter des problèmes rencontrés dans le service à trois niveaux :

- médical
  - gestion du personnel
  - gestion du matériel
- a) médical : médecins et IDE apprécient la sectorisation médicale et paramédicale ; ce système favorise une meilleure communication médecin-infirmier et facilite la prise en charge et le suivi des patients.
- b) Personnel : le Dr Abdul encourage son équipe pour ses progrès mais souligne encore quelques négligences dans la pratique.  
Les IDE ne font pas de commentaires envers le corps médical en présence du chef de service.
- c) matériel : L'équipe déplore le manque de thermomètres et de balances, c'est maintenant à l'IDE chef d'en faire la demande auprès de la direction des soins.  
Pour les sandales : 30 paires ont été achetées et la demande doit également être faite auprès de la direction des soins.  
Le Dr Abdul félicite ses IDE pour la mise en place des plateaux des soins et les encourage à en maintenir le système.

## **II SYNTHÈSE DES 11 JOURS DE TRAVAIL AVEC LA PÉDIATRIE.**

### **A) vécu de l'équipe :**

#### Technique :

Les IDE trouvent leur nouvelle organisation de travail à leur convenance. Ils pensent avoir évolué dans leur technique et dans l'application de l'hygiène (les masques à O2 ne traînent plus sur le sol, le matériel est entreposé dans des boîtes ou dans l'armoire...)

#### Communication :

Ils sont satisfaits de la mise en place des relèves et de l'amélioration de la communication avec les médecins.

#### Gestion du matériel :

Les IDE ont pris conscience de leur responsabilité dans la gestion et l'entretien du matériel, c'est à cette condition qu'ils pourront évoluer dans leur pratique.

### **b) notre vécu :**

Nous saluons leur collaboration tout au long de notre mission et leur volonté de progresser. Nous leur rappelons que l'IDE chef est aussi pour eux un représentant qui doit faire remonter leur demande et leurs problèmes à la direction des soins. Nous les incitons également à prendre des initiatives dans le domaine de leur rôle propre.

Le Docteur Abdul félicite l'ensemble du personnel et nous remercie d'avoir accompagné les IDE dans leur travail tout au long de notre séjour. Il souhaite que notre mission ne soit pas une simple action ponctuelle mais qu'il y ait un suivi à long terme.

### **c) demandes de la pédiatrie :**

Le Docteur Abdul nous fait part de nouveaux souhaits :

- apport d'Oxygène par un système de tuyauterie pour pouvoir doser les % (jusqu'ici ils utilisent des masques branchés sur des bouteilles qui délivrent 100% d'oxygène).
- réutilisation des incubateurs
- salle de soin
- nouvelle feuille IDE

#### Notre réponse :

- incubateurs : ils sont incomplets (manque de plateau mobile) et leur utilisation a jusqu'ici été extrêmement dangereuse puisque 18 bébés sur les 20 installés en couveuse sont décédés brûlés. Leur utilisation nécessite une infrastructure particulière, un courant électrique continu, des connaissances, une surveillance et une hygiène très rigoureuse. Il est donc encore trop tôt pour envisager de les réutiliser.
- salle de soins : dans un même esprit, on pourra envisager une demande si les IDE sont déjà capables de gérer l'armoire à plateaux de soins.

- Feuille de soins IDE : ce souhait peut faire l'objet d'un projet de service à envisager dans le cadre des réunions mensuelles de service et à soumettre à la direction des soins et au CHD.

Mr Abdul et son équipe s'engagent à maintenir en place ce qui a été validé avec eux lors de cette mission.

Nous l'informons qu'une mission de Chirurgie prévue courant avril 2005 se rendra à Mazar et qu'elle assurera le suivi au niveau de son service.

## **II) RENCONTRE AVEC LA PRESIDENCE DE L'HÔPITAL :**

Nous avons pu obtenir deux entretiens avec le Dr Mirwais, ce jour en présence d'Emilie Robert. Deux principaux sujets sont abordés :

- Synthèse sur les différentes actions entreprises lors de cette mission.
- connexion d'Internet et attribution d'un local pour les missionnaires du CHG Rodez.

### **a) Travail en pédiatrie :**

Après quelques jours de formation sur l'application des fiches de poste, il a été mis en place deux systèmes de travail en pédiatrie.

#### Communication et organisation des soins :

Relève IDE, système encore fragile qui mérite d'être suivi et soutenu.

Développement d'une meilleure communication médecin-IDE par une réunion d'information quotidienne suivie d'une visite médicale avec participation « active » des IDE responsables de salle. Système facilité par la sectorisation qui existe déjà dans le service.

#### Organisation des soins infirmiers :

L'organisation des soins est maintenant améliorée par la mise en service de plateaux de soins (contenant le matériel de base) qui sont entreposés dans une armoire prévue à cet effet. Cette utilisation participe également à l'amélioration des conditions d'hygiène dans le travail.

Nous signalons la motivation de l'équipe de pédiatrie et la coopération du Dr Abdul (chef de service), ce qui a permis la progression dans le travail.

Le Docteur Mirwais prend note, promet de surveiller la continuité des actions mises en œuvre, notamment le système de relève IDE. Dans un avenir proche, la pédiatrie pourrait servir de service de référence sur l'application des fiches de postes. Le Dr Mirwais demande la continuité dans le soutien technique et organisationnel pour le service de pédiatrie de la part du CHG Rodez et de l'Ambassade de France

### **a) Suivi du travail sur l'hygiène :**

Nous informons le Dr Mirwais du respect du protocole de lavage des mains constaté dans le service de pédiatrie et des urgences.

Déchets : Concernant le circuit des déchets, nous constatons le fonctionnement des deux incinérateurs, certes à bas débit à cause des problèmes de combustibles, mais réguliers.

Circuit du linge : nous signalons le problème d'irrégularité dans le changement des draps qui, normalement, doivent être changés deux fois par semaine (protocole validé par le CHD). Le Dr Mirwais soulève le problème de draps usés non réutilisables.

Buanderie : insuffisance dans l'équipement de la buanderie qui ne possède actuellement qu'une machine à laver. Bien qu'elle fonctionne sans interruption, cette machine ne suffit pas à laver la quantité journalière de linge nécessaire pour l'hôpital ; aussi les trois employées se chargent de lessiver la quantité restante dans des bassines à même le sol.

Le Dr Mirwais renouvelle la requête d'une deuxième machine à laver et du tissu pour confectionner les draps. Nous transmettrons ses demandes à l'Ambassade de France. Par ailleurs, nous précisons que 76 mètres de tissu ont été achetés avec une partie du budget avancée par l'Ambassade de France et qu'éventuellement, d'autres achats pourraient être envisagés lors de la prochaine mission.

**b) Connexion d'internet et attribution d'un local pour les missionnaires du CHG Rodez :**

Emilie Robert précise que l'Ambassade de France a signé un contrat avec l'entreprise NEDA pour l'installation et l'abonnement d'internet. Cette installation comprend le bureau du Président, le bureau de la Direction des soins et le local des missionnaires de Rodez.

La Direction de l'hôpital de Mazar s'est entendue avec le Dr Tissot et le Dr Guérin lors des missions précédentes sur les modalités d'installation d'internet. L'hôpital de Mazar s'est engagé à fournir :

- un ordinateur pour la direction des soins
- un local pour les missions de Rodez .

A ce jour, le Dr Mirwais nous a proposé deux salles qui, malheureusement ne peuvent être opérationnelles. Ces deux locaux sont trop éloignés des deux autres sites et rendent impossible l'installation d'internet dans notre bureau. De plus, un de ces deux locaux ne possède pas d'entrée indépendante, ce qui rend son accès fort difficile (nécessité de traverser la salle de conférence pour atteindre le local).

Emilie Robert rappelle que si ces deux conditions ne sont pas réunies l'installation d'internet risque d'être compromise.

Par ailleurs, l'Ambassade de France est prête à financer une formation en informatique pour trois personnes de l'hôpital de Mazar ,à savoir :

Un représentant de la Direction, un IDE et un médecin, à condition qu'il y ait une femme parmi ces trois représentants (il s'agit d'une formation sur place).

Au terme de deux entretiens (1h le matin et ¾ d'heure l'après- midi), le Dr Mirwais nous accorde un local qui se trouve dans le service de Chirurgie. Il s'agit de la salle de garde des chirurgiens qui se trouve à côté de leur salle de repos. Les chirurgiens demandent en échange l'accès à l'internet dans notre bureau. Nous annonçons qu'il y aura

une connexion dans le bureau du directeur des soins et qu'elle doit être accessible à tout le monde.

L'affectation du local est maintenant acquise ; par contre, la Direction de l'hôpital éprouve des difficultés pour procurer à la Direction des soins un ordinateur (complet).

### **16 mars 2005**

Nous accompagnons Emilie Robert à Mazar pour l'achat d'un bureau, de trois chaises et d'un meuble de rangement (financé par l'Ambassade de France) afin d'équiper le bureau de Rodez.

Emilie Robert a également apporté de Kaboul l'équipement informatique offert par l'Ambassade de France : un ordinateur complet et une imprimante scanner.

De retour à l'hôpital, nous installons le mobilier dans le local. Le matériel informatique y sera aussi entreposé dans les cartons, en attendant la prochaine mission (le local étant fermé à clé et les clés restent à la Guest House de l'Ambassade dans l'attente de la nouvelle mission).

Le Directeur n'a pu jusqu'ici fournir l'ordinateur à la Direction des soins, le projet d'installation internet est donc repoussé jusqu'à la mission prochaine, en Avril, ce qui permettra à la Direction d'acquérir un ordinateur d'ici là.

## SYNTHESE RAPPORT DE MISSION

### I) TRAVAIL SUR L'ORGANISATION DE SOINS DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE :

#### a ) Objectifs :

Centrer l'organisation autour du patient par :

- la mise en place d'un système de transmissions médicales IDE/IDE et IDE/médecins.
- Sectorisation médicale et para-médicale.
- Aide à la réorganisation des soins para-médicaux

#### b ) Méthodologie :

- Participation aux visites et aux soins infirmiers,
- Observation et analyse de la situation avec le chef de service et chef IDE,
- Réunion d'information sur l'application de la fiche de poste IDE,
- Accompagnement des IDE dans l'application des fiches de postes.

#### c ) Résultats :

- Transmissions médicales sur les nouveaux cas et les dossiers urgents entre l'équipe de garde et l'équipe de jour et vice-versa pour une durée de 10 à 15 minutes environ.
- Réunion quotidienne entre le chef de service et les IDE (environ 10 min) avant la visite médicale mais aussi une réunion mensuelle. Ces réunions ont pour but de discuter des problèmes médicaux et logistiques rencontrés dans le service.
- Mise en service d'une armoire à pharmacie contenant le nécessaire de soins de base et un plateau de soins pour chaque salle.

#### d ) Analyse et orientations à envisager :

Nous constatons une bonne motivation et un grand désir de travail en partenariat de la part du chef de service et son équipe. Par ailleurs, le Dr Abdul a déjà beaucoup travaillé dans la mise en place de la sectorisation médicale et para-médicale de son service. Ce dernier s'engage également à renforcer la collaboration et la relation de confiance nécessaire entre médecins et IDE.

Malgré cette bonne volonté de progresser, nous notons que le système mis en place demeure encore fragile, notamment en ce qui concerne la prise de conscience de la responsabilité professionnelle. Le travail sur l'organisation et l'hygiène des soins débuté dans le service nécessite d'être poursuivi et consolidé dans l'avenir. L'amélioration du dossier de soins peut également faire l'objet d'un projet de service.

Le rôle de l'IDE chef est donc primordial et doit être renforcé pour motiver et accompagner son équipe dans la voie de la réorganisation.

Le système de transmission médicale a été validé par le docteur Mirwais qui, par ailleurs, souhaite dans un avenir proche l'installation d'un même type d'organisation dans le service de chirurgie.



## II ) SUIVI DE L'HYGIENE HOSPITALIERE :

- Changement de sandales à l'entrée du service de chirurgie,
- Propreté des sols constatée dans les services de chirurgie, pédiatrie et urgences,
- Fonctionnement des incinérateurs, à bas débit, faute de combustibles,
- Respect du protocole de lavage des mains (service de pédiatrie et urgences),
- Reconstruction de la buanderie avec validation de protocole de changement de draps par le CHD ( 2 fois/semaine).

## II ) SOUHAITS DE L'HÔPITAL DE MAZAR :

- Renforcer le travail sur l'hygiène et l'organisation dans les services de pédiatrie et de chirurgie,
- Aide financière à la mise en place d'une nouvelle salle de soins dans le service de pédiatrie. Le principe est d'effectuer un cloisonnement à l'entrée du service afin d'isoler la salle.
- Equipement de la buanderie d'une deuxième machine à laver.

Nous précisons aux Docteurs Mirwais et Abdul que leurs demandes seront transmises à l'Ambassade de France.

**Rapport de mission validé le 6 juin 2005  
par l'Ambassade de France à Kaboul**

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



*Audie Timot*

## **ANNEXE N°1**

### **PLATEAU DE SOIN DE BASE EN PEDIATRIE**

#### **Composition :**

- un plateau
- une boîte avec couvercle contenant du coton
- un flacon de chlorhexidine
- une boîte à instrument contenant un ciseau, une pince Kocher, une pince à disséquer

#### **Fonctionnement :**

- mise en service de plateaux de soins
- ceux-ci sont stockés dans une armoire (gérée par l'IDE chef)

#### **Entretien :**

- lavage eau et savon
- rinçage à l'eau
- désinfection à la chlorhexidine (les IDE préparant un flacon de chlorhexidine par jour ; il y a suffisamment de flacons !)

## **ANNEXE N°2**

### **Dons du CHG RODEZ pour le Bloc Opératoire :**

- 2 ouvre- bouches
- 5 spéculums de gynécologie
- 3 portes aiguilles
- 2 lames malléables
- 1 écarteur de Breckman
- 1 petit écarteur auto statique
- 1 clamp courbe
- 2 clamps droits
- 1 clamp souple droit
- 1 dissecteur
- 3 écarteurs auto- statiques de Gosset
- 5 écarteurs (manuels)

**Dons de l'ICAA :**

- 5 ampoules de scialytique
- 10 couvertures de survie (pédiatrie)
- 10 couvertures de survie (bloc).

**ANNEXE N°3**

**DEPENSES EFFECTUEES AU COURS DE LA MISSION DE MARS 2005**

**(Validation et financement par l'Ambassade de France )**

Acide Sulfurique	8 \$
10 Raclettes	
10 Brosses	
10 Ventouses	39 \$
Poudre à récurer	
40 gants de ménage	40 \$
30 Sandales	37 \$
Tissu pour confection de draps	
76 m x 3m	140 \$
<hr/>	
TOTAL.....	264 \$