



**RAPPORT DE MISSION DU CH-RODEZ
A L'HÔPITAL DE MAZAR-E-CHARIF
23 NOVEMBRE AU 11 DECEMBRE 2004**

Missionnaires :

**Madame J. GARDE, cadre supérieur de santé
Dr. B. GUERIN, chef de service Médecine Interne Maladies - Infectieuses et
coordonnateur projet coopération Rodez – Mazar-e-Charif**



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Objectifs de la mission

Les objectifs de cette mission décidés en collaboration avec l'Ambassade de France concernaient essentiellement le management hospitalier et en particulier la gestion des unités de soins. La méthodologie de travail retenue consistait à essayer de déterminer dans le cadre d'ateliers interactifs avec les différents corps de métier concernés (direction, direction infirmière, médecins, infirmiers chefs) les points de dysfonctionnements et les solutions à apporter.

Un planning de travail avait été adressé au Dr MIRWAIS pour validation afin d'essayer d'optimiser au mieux le temps de la mission, en programmant à l'avance les réunions avec les différents acteurs concernés. Le principe de base consistait à essayer d'impliquer au maximum la direction de l'hôpital de Mazar dans le processus de réflexion et ceci à toutes les étapes de cette mission, afin d'essayer de définir une véritable politique d'établissement. Il nous semblait également important d'essayer d'inciter les différents acteurs de santé à se positionner vis à vis de ce processus, étape indispensable pour essayer d'analyser objectivement les dysfonctionnements et proposer des solutions acceptables. Afin d'essayer d'impulser une dynamique homogène dans l'ensemble de l'établissement, un effort d'information au niveau de tous les services apparaissait comme indispensable.

Sur les 11 jours de travail compris dans cette mission, il avait donc été programmé les étapes suivantes :

- Une journée de travail (matin et après-midi) avec le Dr MIRWAIS pour définir les objectifs de la mission et la marge de manœuvre de « négociation »
- Une journée avec l'ensemble des chefs services
- Une journée avec la direction des soins et les infirmiers chefs
- Une journée avec chaque service : chirurgie, médecine interne + neuropsychiatrie, pédiatrie, urgences, gynéco-obstétrique
- Une journée pour travailler sur les relations directions – chefs de services et direction – direction des soins
- 2 à 3 jours pour finir les objectifs suscités non atteints et évaluer les résultats des actions engagées lors des missions antérieures : hygiène, bloc opératoire, relations avec les autres partenaires impliqués dans la coopération avec l'hôpital de Mazar et tout particulièrement l'ONG BRAC... Enfin, il était également important de définir avec l'ensemble des partenaires afghans de l'hôpital de Mazar les « souhaits » des missions du CH-Rodez pour l'année 2005.

Samedi 27 novembre 2004

Arrivée Mazar à 10h

Réunion avec le Docteur MIRWAIS (directeur de l'hôpital de Mazar) de 10h30 à 13h et de 14h 30 à 17 h.

*** Informations délivrées par le Dr MIRWAIS concernant les différents points en cours et/ou abordés par les missions précédentes :**

- Linge de bloc du CH- Rodez bien arrivé hier à Mazar, stocké pour le moment en attendant son affectation qui sera décidée avec l'équipe de Rodez.
- Bilan à priori positif du programme d'hygiène qui semble avoir été bien intégré par le Comité d'Hygiène et de Discipline (CHD) avec plusieurs réalisations effectuées depuis le passage de la dernière mission en septembre 2004 :
 - . Achat de 200 paires de sandales pour mise à disposition pour les infirmiers, les médecins et les visiteurs à l'entrée des différents bâtiments d'hospitalisation ainsi que la fabrication et l'installation de 3 armoires à casiers (une de 80 et 2 de 60).
 - . Fabrication de 2 incinérateurs à coté de la zone de stockage des déchets. Leur fabrication a été réalisée par des artisans de la ville avec comme objectif de régler transitoirement le problème de l'élimination des déchets le temps qu'un véritable circuit d'élimination des déchets soit mis en place (système de combustion dans un fût métallique de 2 m de haut sur 1,5 m de diamètre posé sur une fosse de 6 m de profondeur).
 - . Programme d'évaluation par auto questionnaire destiné à l'ensemble des services semblant permettre une bonne prise de conscience par le personnel de l'évolution des pratiques en matière d'hygiène et des points à améliorer.

*** Présentation au Dr MIRWAIS des objectifs de la mission :**

Il est précisé au Dr MIRWAIS que l'amélioration et l'acquisition de nouvelles techniques médicales passent obligatoirement par la maîtrise de l'hygiène et l'amélioration de l'organisation du travail. Il confirme cette analyse et son très vif intérêt pour cette mission de management ainsi que la volonté de s'investir personnellement dans cette démarche. Les différents objectifs tels qu'ils sont définis ci-dessus lui sont présentés ainsi que le calendrier souhaité pour cette mission.

Nous lui précisons dès le début que nous souhaitons pouvoir le rencontrer seul afin d'aborder sans « frein extérieur » tous les problèmes de fonctionnement auxquels il considère être confronté. Il paraît en effet indispensable de pouvoir définir avec lui la politique d'établissement qu'il souhaite mener au sein des différentes unités d'hospitalisation.

Conscient des difficultés organisationnelles, il a totalement adhéré à cette démarche, acceptant de parler de « tous » les problèmes sans tabou, tant en ce qui concerne les problèmes de personnes que financiers.

Les difficultés avec certains chefs de service sont clairement exprimées (le Dr. MIRWAIS souhaite que leur identité ne soit pas clairement notifiée dans ce rapport en ce qui concerne cet entretien) : pour un premier l'incapacité à s'impliquer dans la gestion pratique du service malgré de grande capacité médicale, pour un deuxième un refus de participer à l'évolution et la progression de l'hôpital pour des raisons essentiellement politiques vis à vis de la direction de l'hôpital, pour un troisième la mise en place d'un circuit d'hospitalisation « privé » gênant le fonctionnement du service. Dans certains cas, la seule solution trouvée pour contourner une situation à priori totalement bloquée a été la mise en place d'une équipe

de management constituée de 3 à 4 praticiens du service. Cette équipe semble avoir la responsabilité des problèmes organisationnels du service concerné.

Par ailleurs, le Dr MIRWAIS nous signale que pour essayer de rendre les décisions plus collégiales et donc plus acceptables par l'ensemble de l'établissement, il a été constitué un PHO composé d'une dizaine de professionnels de l'hôpital de Mazar. Ce PHO a visiblement une existence légale au niveau du MOH et se réunit 2 fois par mois avec le directeur. Ces réunions sont inscrites sur le planning officiel des réunions de l'hôpital de Mazar.

L'organisation et les objectifs de la première journée de formation ciblant les chefs de services et les médecins seniors ont été largement débattus avec le Dr Mirwais : Il est finalement convenu que le rôle du chef de service est d'assurer la qualité des soins dans son service mais qu'il est également responsable de l'organisation de ce dernier. Actuellement son temps de travail est totalement occupé par la visite quotidienne dans son service et cela ne lui permet pas de répondre à ses autres missions. Il est convenu que l'objectif de la journée de formation avec les chefs de service est donc d'essayer d'obtenir une réorganisation du travail de l'ensemble des médecins du service afin de permettre de dégager du temps pour que le chef de service puisse se consacrer également à son rôle administratif. La réticence probable des chefs de service à perdre une partie de leur « pouvoir » médical au près de leurs collaborateurs représente un risque important de blocage, cependant l'autonomisation de médecins plus jeunes est également l'objectif de cette démarche. Les relations entre chefs de services et les infirmiers chefs sont également abordées et seront développées dans les thèmes de la deuxième journée.

L'organisation de la deuxième journée ciblant les infirmiers chefs et la direction des soins (directeur et sous directeur) a été définie avec le Docteur MIRWAIS. La responsabilité du cadre sur l'équipe infirmière et les cleaners a été validée. Elle a pour objectif notamment d'essayer de diminuer la « confrontation » directe médecin – infirmière qui a été notée par toutes les missions précédentes ainsi que par la direction comme un facteur gênant le bon fonctionnement des services. Le rôle central de l'infirmière dans l'administration des traitements mais également dans la prise en charge du patient est confirmé avec la nécessité de l'impliquer dans les soins au lit du malade (travail en collaboration avec les cleaners) et dans les relations avec les médecins. Les modes de relations infirmiers chefs et chefs de services devront être définis. De la même façon les responsabilités et l'organisation du travail au niveau de la direction des soins seront à mieux préciser.

Pour ces 2 premières journées, il a été convenu que le Dr. MIRWAIS serait présent en début de réunion pour faire l'introduction afin de donner plus de poids à la démarche mais également pour l'impliquer le plus possible.

Le choix des services pour lesquels une journée de mise en place de la « nouvelle » organisation validée par les chefs de service et les infirmiers chefs a été arrêté avec le Dr. MIRWAIS : une journée médecine + neuropsychiatrie, une journée chirurgie + urgences, une journée pédiatrie. Le cas du service de gynéco-obstétrique a été débattu avec le Dr. MIRWAIS et il a été décidé que du fait de la présence de Save the Children et des nombreuses formations effectuées il ne paraît pas logique d'interférer pour le moment dans

l'organisation de cette unité. Le Dr. MIRWAIS a cependant précisé que le projet de Save the Children prenait fin en décembre et que la suite du financement que l'UNICEF avait envisagé pour l'année prochaine n'a pas encore été formellement finalisée (reprise du projet par IBNE SENA ?).

Dimanche 28 novembre 2004

*** Réunion avec les chefs de services et les médecins adjoints.**

Etaient présents à cette réunion les docteurs :

Dr ESMATULLAH HABIBZADEH (chef de service de Chirurgie)

Dr ASSADULLAH SHAREQ (Chirurgien de 2^{ème} catégorie)

Dr MOHAMMAED ARIF ZAHIR (Pédiatre de «3^{ème} catégorie)

Dr. AMANULLAH MURADI (chef des médecins)

Dr. ZABIHULLAH SALIHI (pédiatre de 3^{ème} catégorie)

Dr ASSADULLAH FAYAZ (anesthésiste, chef de bloc)

Dr SALEHA ASHAM

Le Dr MIRWAIS a précisé dans une courte introduction les objectifs de notre mission signalant également que la convention entre le CH-Rodez et l'hôpital de Mazar avait été définitivement signée il y a un mois avec la validation du MOH et de l'ambassade de France puis il a quitté la réunion, laissant les locaux de la direction à la disposition de cette entrevue. Suite à cette première intervention, l'équipe du CH-Rodez a rappelé que l'objectif principal de toute structure de santé est l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients et que pour atteindre cet objectif et avant même d'envisager l'acquisition de nouvelles techniques médicales, il était indispensable d'obtenir un niveau d'hygiène suffisant (objectif actuellement en cours de réalisation) mais également une organisation du travail dans les services capable de faire face aux besoins. L'objectif de cette mission de management est donc d'effectuer avec les différents partenaires afghans (chefs de service, médecins de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie, cadres infirmiers, infirmiers, cleaners) un bilan de l'organisation du travail dans les unités de soins et d'essayer de trouver des solutions pour améliorer les points de dysfonctionnement. Très rapidement, un certain nombre de chefs de services (Dr. ESMAT du service de chirurgie, Dr. SIDIQI du service de Médecine Interne, le Dr. G.H. AZIZI du service d'ORL) ont exprimé des réticences vis à vis de notre démarche, précisant que vu leur âge et leur expérience, le fonctionnement de leur service et les relations entre l'ensemble des acteurs ne posaient pas de problèmes, le seul besoin étant l'apport d'équipement et la nécessité d'investissement financier important sur l'hôpital de Mazar. Il est également reproché aux missionnaires du CH-Rodez de ne pas parler l'anglais. Nous avons par la suite répété à plusieurs reprises que l'objectif de la collaboration entre le CH-Rodez et l'hôpital de Mazar était d'aider les professionnels de l'hôpital de Mazar à améliorer l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital de Mazar à partir des dysfonctionnements mis en évidence par les afghans eux même. Il était hors de question d'imposer ou de faire à leur place les choses, les partenaires du CH-Rodez avaient pour rôle de proposer des pistes d'amélioration, de valider

des demandes de financements pour telle ou telle acquisitions et d'effectuer des formations. Les 3 chefs de services sus – cités ont confirmé que leur rôle de chef de service consistait en la gestion administrative du service, d'aider les jeunes médecins dans les soins, participer à la visite des patients et être en contact avec la direction. L'analyse n'a pas été plus poussée et toute idée d'évolution de l'organisation médicale a été éludée par les chefs de service. Le problème de l'organisation des visites et de la difficulté pour tout médecin de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie à prendre des responsabilités médicales n'ont pas pu être débattus, les 3 chefs de services ne mettant en évidence aucun dysfonctionnement médical, seul certains dysfonctionnements infirmiers ont été pointés du doigt, notamment l'insuffisance de l'implication au lit du malade (accueil du patient, soins d'hygiène, réfection des lits, application correcte de la prescription médicale). Là aussi, le problème des salaires insuffisants a été mis en avant par les 3 chefs de services comme facteur bloquant toute amélioration. Il a été cependant rappelé par l'équipe du CH-Rodez que l'ensemble de la politique d'Hygiène mis en place par le CHD depuis 1 an permettait de démontrer que même avec peu de moyens et d'investissements financiers des progrès majeurs pouvaient être obtenus. Il n'a été possible à aucun moment d'amener les chefs de services à se poser la question d'éventuels dysfonctionnements dans leur service.

Le Docteur ANWARI (directeur adjoint) a cependant pris parole vers la fin de la réunion reprécisant les objectifs de la collaboration entre les 2 établissements hospitaliers et les résultats positifs déjà atteints. Il a confirmé à nouveau que ce travail était un partenariat dans la durée et que les progrès faits permettraient dans le futur l'obtention d'aides matérielles plus conséquentes adaptées aux besoins et aux possibilités du moment.

On peut cependant noter qu'au cours de cette réunion, la parole a été monopolisée par les 3 chefs de services sus – cités et que les autres médecins présents ne se sont pas ou très peu exprimés.

Il a cependant été finalement validé que le chef de service et l'infirmier chef étaient responsables de la qualité des soins auprès du patient et de la gestion globale du service et qu'il serait important que l'organisation infirmière soit commune à tout l'établissement (objectif de la réunion organisée le lendemain avec les infirmiers chefs et la direction des soins). Le principe d'une réunion par service regroupant les chefs de service, des représentants des médecins de 2^{ème} catégorie, le directeur des soins et l'infirmier chef a été accepté et la programmation de ces réunions pour les 5 jours à venir a été définie :

- un jour pour le service de Médecine Interne + service de Neuropsychiatrie
- deux jours pour les services de Chirurgie + Urgence + Bloc + ORL
- un jour pour le service de Pédiatrie
- un jour pour le service de Gynéco-obstétrique, contrairement à ce qui avait été initialement prévu du fait de la demande insistante faite par les médecins de ce service présents à cette réunion.

A la fin de cette réunion, alors que l'ensemble des chefs de services étaient partis, le Dr AMANULLAH (chef des médecins) ainsi que le Dr. ASADULLA SHAREQ (chirurgien de 2^{ème} catégorie et membre de l'équipe de management du service de chirurgie) et le Dr. ZABIHULLAH SALIHI (pédiatre de 3^{ème} catégorie, représentant le chef de service absent de Mazar ce jour) ont souhaité nous exposer leurs points de vue. Leur constat est que les services n'ont pas besoin uniquement d'un soutien financier, la priorité étant la formation des professionnels, le problème des salaires est clairement dénoncé comme un faux problème.

L'attitude des chefs de services présents à cette réunion a été dénoncée comme un frein à toute évolution et amélioration du système de soins. Ils demandent également que des médecins de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie soient présents lors des réunions de management prévues par service. L'intérêt d'une mission de formation en pédiatrie est de nouveau évoqué. Il faut également noter que le directeur des médecins qui ne s'était pas exprimé lors de la réunion générale a cette fois-ci pris la parole pour confirmer l'analyse faite par les 2 médecins plus jeunes.

*** Réunion avec le DR. ABDUL BAQE (hospital management expert of ppa project pour l'ONG BRAC).**

Ce médecin est en poste depuis 3 mois à Mazar et souhaite être informé des actions menées par le CH-Rodez sur l'hôpital de Mazar. Il est présenté à ce dernier les objectifs déjà mis en place dans le cadre de la convention qui lie les 2 établissements, effectués en étroite collaboration avec l'Ambassade de France et le MOH. Une rapide description des missions antérieures est effectuée ainsi que les objectifs de la mission actuelle. Nous rappelons au Dr ABDUL BAQE que Madame Florence MORESTIN (attachée de coopération santé de l'Ambassade de France) et le Dr Bruno GUERIN (coordonnateur projet pour le CH-Rodez) sont venus présenter le projet de convention et le programme de travail en janvier 2004 à la direction de BRAC au siège à Kaboul. Les 2 parties ont confirmé l'intérêt de continuer à s'informer de façon régulière sur les actions menées au sein de l'hôpital de Mazar. Une réunion avec le directeur régional de BRAC est programmée pour le 1^{er} décembre.

Lundi 29 novembre

*** Réunion avec la direction des soins et les infirmiers chefs**

Etaient présents à cette réunion :

- M.Wakil (infirmier chef du bloc)
- M.Salim (infirmier chef de O.R.L)
- Mme Shafiqa (infirmière chef de la salle d'accouchement)
- Mme Latifa (infirmière chef salle de recovery)
- M. Malik (infirmier chef du bloc viscéral)
- Mme. Shakila Jon (infirmière chef service de gynéco-obstétrique)
- Mme Monira jon (infirmière chef de service de chirurgie, coté femme)
- M. Rokai (infirmier chef de salle, service de chirurgie)
- M. Kabir (infirmier chef salle de recovery, service de chirurgie)
- Mme Saliha jon (infirmière chef du bloc opératoire obstétrical)
- M. Nader jon (infirmier chef service de pédiatrie)
- M. Ghulam Sakhi (infirmier chef, service de chirurgie)

- Mme Nasima jon (infirmière chef, service de chirurgie)
- Mme Razia jon (chef infirmière, service de neuropsychiatre)
- M. Haji Wahid (infirmier chef, service de chirurgie)
- M. Abdul Razaq (infirmier chef, service de médecine interne)

Les objectifs de cette mission et de cette réunion sont présentés. Sur le plan de la méthodologie, nous demandons dans un premier temps aux participants de définir de façon la plus précise possible la fiche de poste telle qu'elle existe réellement dans les services pour les cleaners, les infirmiers et les infirmiers chefs. Après un travail en sous-groupe, les fiches de postes sont présentées à l'ensemble du groupe pour être complétées et validées. La fiche de poste des cleaners semble complète et correspondre à la réalité, la fiche de poste infirmier est visiblement plus théorique avec la difficulté pour le groupe de mettre en évidence les difficultés, voire les manques (problème de la réalisation des tâches auprès du patient concernant notamment la réfection des lits et les problèmes d'hygiène du patient). La fiche des infirmiers chefs met en évidence la superposition d'un certain nombre d'activités avec les infirmières et par ailleurs très probablement un excès de contrôle de la réalisation des tâches infirmières et des cleaners. La présentation de ces « fiches de postes » reste cependant cantonnée à des principes très techniques faisant rarement référence au patient ou aux relations interprofessionnelles (cleaner – infirmière, infirmière – médecin).

Devant la difficulté des infirmiers chefs à donner des orientations internes de réorganisation du travail, nous avons proposé d'essayer d'améliorer la transmission des informations autour du malade grâce à la mise en place d'une relève infirmière + médecin de 3^{ème} catégorie tous les matins entre l'équipe de garde et de jour. Une relève identique doit être envisagée en début d'après midi lors du début de la garde. L'objectif de cette proposition étant de recentrer l'organisation du travail autour des besoins du patient et non pas selon une procédure administrative telle qu'elle est actuellement appliquée (la transmission infirmière actuelle correspond uniquement à une réunion regroupant l'ensemble du personnel infirmier de l'établissement dans le bureau de la direction des soins au cours de laquelle sont exposés les problèmes d'ordres administratifs ou matériels survenus au cours de la garde). Cette proposition a été dans un premier temps très bien accueillie, cependant une fois que l'on est rentré dans les détails de l'organisation d'une transmission au sein de chaque service, des réticences sont apparues à la mise en commun d'informations ciblées sur chaque patient. Les principaux points de blocages semblent être au niveau des infirmiers et des infirmiers chefs, la difficulté à collaborer avec les médecins. La raison mise en avant est d'ordre financier avec l'affirmation de l'existence d'honoraires illicites perçus par les médecins et non partagés avec le groupe des infirmiers. Le deuxième point de réticence émanait de la direction des soins qui semble avoir une confiance relative dans la rigueur d'un certain nombre infirmiers chefs et qui considère que la réunion effectuée tous les matins au niveau de la direction des soins à un rôle de contrôle indéniable auprès de l'ensemble de l'équipe infirmière. Cette réunion permet également à la direction des soins de pouvoir régler rapidement un certain nombre de problèmes d'absentéisme (visiblement fréquents).

Suite à ce débat, il a été précisé que l'organisation du travail serait reprise au niveau de chaque service avec la participation du chef de service, des médecins de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie, des infirmiers chefs et la direction des soins.

*** Réunion avec le directeur des soins Monsieur GHULAM ALI**

Ont été repris avec Monsieur GHULAM ALI les différents points abordés lors de la réunion précédente. Ce dernier s'est engagé à entrer dans la démarche d'amélioration des soins, étape indispensable pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient. Il a été convenu avec ce dernier que sa venue à l'hôpital de Rodez devrait lui permettre de mieux appréhender l'organisation du travail infirmier et de mieux cerner les objectifs à atteindre. Cette première approche devrait lui permettre de mieux s'impliquer dans la mise en place de cette réorganisation du travail dans les mois à venir.

Comme l'avait observé les missions antérieures l'activité du directeur des soins couvre également toute une part d'activités logistiques : impression des feuilles des dossiers patients, gestion du nettoyage et de l'entretien des zones extérieures aux structures de soins tel que les cours de l'hôpital, réparation des canalisations, gestion de l'ensemble des stocks de consommables (safety-boxe, produits d'entretien, poches poubelles,...).... Ce cumul de tâches est un frein à son implication dans l'organisation des soins et Monsieur GHULAM ALI accueille très favorablement l'idée de la création d'un Service Technique et Logistique qui serait responsable de l'ensemble de ces tâches et devrait lui permettre de dégager du temps pour se consacrer à ses véritables missions.

*** Réunion avec le Dr MIRWAIS**

Compte-rendu des rencontres avec les chefs de services et les médecins adjoints ainsi qu'avec les infirmiers chefs et le directeur des soins. Les principaux points de blocages lui ont été également présentés avec la plus grande transparence et il faut noter que les réponses du Dr MIRWAIS ont également été effectuées avec la plus grande franchise et confiance sans sujet « tabou ». Il a globalement validé l'ensemble de nos propositions tant en ce qui concerne la réorganisation du travail médical que celui du corps infirmier.

Concernant la réunion avec les chefs de service, le problème du blocage par les chefs de service a été évoqué. La situation du Dr ESMAT semble pouvoir être contournable du fait de la création de l'équipe de management. La position du Dr AZIZI a probablement les mêmes origines avec en plus le fait qu'il a occupé le poste de Directeur de l'hôpital de Mazar pendant la présidence de Monsieur RABANI. Concernant le Dr. SIDIQI, l'analyse faite par le Dr MIRWAIS met évidence une implication de qualité de ce dernier dans son service, mais il semble exister d'importantes tensions politiques qui expliquent peut-être les réticences du Dr. SIDIQI a s'engager dans un projet de coopération avec le chefs Le Dr MIRWAIS a cependant proposé de rencontrer le Dr SIDIQI avant la réunion du service de médecine interne afin de l'inciter à adhérer à ce projet de réorganisation du travail dans son service.

Le contenu de l'entretien que nous avons eu avec les médecins de 2^{ème} et de 3^{ème} catégorie et le chef des médecins a également été rapporté, le Dr. MIRWAIS confirmant le souhait de ces « jeunes » médecins de voir les choses évoluer.

Concernant la réunion des infirmiers chefs et la directions des soins, la problématique des honoraires illégaux a été évoquée, le Dr MIRWAIS a confirmé que ces derniers avaient existés il y a quelques années, mais pour lui ce problème est à priori pratiquement réglé, les raisons du blocage des infirmiers chefs sont donc probablement d'un autre ordre...Il a plus particulièrement apprécié le principe de la création de véritable relèves pluridisciplinaires au

sein de chaque service. De la même façon, il semble adhérer totalement à l'idée de créer un Service Technique et Logistique.

Au cours de cette réunion, deux autres sujets ont été abordés :

- L'intérêt de présenter au Public Health Office la politique managériale issue de cette mission, afin de pouvoir proposer un suivi. Il est convenu que la mission du CH-Rodez viendrait présenter ses premiers résultats lors de la prochaine réunion du PHO programmée le 5 décembre de 12 h à 13 h.
- Annonce par le Dr MIRWAIS de la création du Community Hospital Board (cf. le compte rendu de la réunion du 17 juin 2004 organisé par le MOH à Kaboul, en annexe) dont le représentant du CH-Rodez est membre de droit avec une voix consultative (suite à la proposition faite lors de cette réunion par l'ambassade de France). Ce comité (regroupant également des acteurs hospitaliers, un représentant du gouvernement, un représentant de BRAC et des représentants de la société civile et religieuse) a pour vocation de gérer localement des capacités d'investissement dévolues à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital. Les fonds, qui seront versés sur un compte bancaire au nom de l'hôpital, proviendront d'une redevance perçue auprès des patients lors de la réalisation de certains actes (chirurgie, examens de laboratoire, examens de radiologie, ...) et de leurs journées d'hospitalisation. La Banque mondiale s'est engagée à financer à hauteur de 2000 \$ par mois ce comité (premier versement déjà effectué). Le Dr MIRWAIS nous signale également que dans le cadre de l'arrêt du programme de Save The Children à la fin 2004 au niveau du service de gynéco-obstétrique, il a fait la demande à l'UNICEF (qui envisage de continuer le financement de ce programme) d'effectuer directement ce versement au Community Hospital Board. L'autre alternative est que l'UNICEF fournisse ces fonds par l'intermédiaire de l'ONG afghane IBNE SENA, cependant ce scénario n'a pas la faveur du Dr MIRWAIS, la décision est en attente. Ce dernier précise cependant que l'existence de cette enveloppe budgétaire devrait aider à la réalisation d'objectifs définis avec le CH-Rodez.

MARDI 30 NOVEMBRE

*** Réunion Service de Médecine Interne (2 heures)**

Réunion effectuée dans le service de Médecine Interne avec le Dr SIDIQI, Monsieur GHULAM ALI (directeur des soins infirmiers) ainsi qu'un certain nombre de médecins et l'infirmier chef qui malheureusement ont été présents que de façon discontinue. Très vite la discussion s'est heurtée au fait que le Dr SIDIQI se refuse à toute réflexion sur l'organisation du travail si des moyens d'ordre matériels et financiers ne sont pas mis d'abord à la disposition des médecins du service de Médecine Interne. De multiples tentatives d'explications sur la démarche de collaboration entre l'hôpital de Mazar et de Rodez ont été faites sans succès. Le seul modèle de coopération qu'envisage le Dr SIDIQI est celui d'une collaboration avec apport de matériel et médecins et infirmiers français venant travailler dans l'hôpital de

Mazar comme cela était visiblement le cas autrefois à l'hôpital ALI ABAB avec la Faculté de Lyon et un autre hôpital de Kaboul qui bénéficiait d'une coopération Américaine. Toutes autres formes de collaboration lui semble sans intérêt, car pas assez sérieuse et ne pouvant apporter aucun avantage à son service... Dans toutes les demandes matérielles faites, la seule qui semble réellement justifiée est la nécessité d'améliorer la qualité et la fiabilité du rendu de résultats de laboratoire, ce problème a été pointé du doigt par l'ensemble des médecins

La discussion sur l'organisation du travail médical et infirmier actuellement en place dans son service est restée purement théorique, le Dr SIDIQI ne voyant pas l'intérêt d'une évolution des pratiques actuellement en cours. La proposition d'essayer de travailler une demi journée avec nous pour essayer de finaliser « un projet de service » pouvant permettre d'argumenter par la suite la nécessité d'équipement spécifique à son service a également été refusé, de même que l'organisation d'une mission médecin – infirmier centrée sur son service pour travailler sur l'organisation des soins. Cette position est visiblement également soutenue par les médecins adjoints de 1^{ère} catégorie qui étaient présents à cette réunion, les médecins de 2^{ème} et de 3^{ème} catégorie ne se sont pas exprimés au cours de cette réunion, de même que le directeur des soins et l'infirmier chef.

En conclusion, il paraît donc impossible en l'état actuel des choses d'intervenir directement dans le service de Médecine Interne tant que le chef de service et les médecins adjoints restent dans cette vision de la coopération. On peut cependant noter que leur opinion n'est pas partagée par tous les médecins de ce service qui regrettent ce manque d'ouverture... Cette situation de blocage est cependant à notre avis dommageable pour le service de Médecine Interne ainsi que pour l'homogénéité de progression de l'hôpital de Mazar, ce d'autant qu'elle exclu toute une série de jeunes médecins d'une collaboration qui pourrait les aider à progresser.

*** Réunion service de Neuropsychiatrie (chef de service : Dr MOHIBI)**

Il faut signaler que depuis la mission exploratoire de septembre 2003, l'organisation de ce service a évolué. Il est actuellement constitué de 11 lits (7 lits homme dans le bâtiment de chirurgie et 4 lits femme en médecine interne). L'effectif est de 4 médecins homme et de 4 infirmiers (dont 2 hommes et 2 femmes). Les 4 médecins assurent à tour de rôle une consultation tous les matins à la polyclinique, leur formation semble se résumer à 3 mois d'enseignement en psychiatrie en Iran. L'activité tant en consultation qu'en hospitalisation se répartit en à peu près 60 % de pathologies psychiatriques et 40 % de pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral, épilepsie). Il est demandeur de formation plutôt à orientation neurologique. La discussion sur l'organisation du travail n'a pas pu être poussée très loin du fait de l'absence d'autonomie de ce service et sa très forte dépendance avec le fonctionnement du service de Médecine Interne.

Il nous informe également que l'ancien chef de service de Neuropsychiatrie a ouvert une clinique privée de Neuropsychiatrie de 20 lits avec 4 autres médecins à Mazar.

* Nouvel entretien avec Monsieur GHALUM ALI

A été discuté au cours de cette réunion la difficulté à faire respecter la discipline des horaires au niveau des équipes infirmières (8 – 13 h). Il nous est précisé le mécanisme de « sanctions » existant actuellement mais qui s'avère peu efficace :

2 avertissements puis

1 ultimatum puis

lettre de demande de licenciement au MOH

Cette procédure a été appliquée jusqu'à son terme pour un agent qui a par la suite été réintégré dans l'hôpital suite à des appuis politiques, il en a découlé une perte de crédibilité de la direction des soins. Le problème de discipline du corps infirmier semblant être un facteur limitant majeur dans une politique d'amélioration des soins, il a été décidé de proposer à la direction de l'hôpital d'organiser une réunion avec la direction des soins pour discuter des solutions à envisager, ce d'autant que d'après Monsieur GHALUM ALI l'indiscipline porte sur une dizaine d'agents.

Par la suite il a été fait le point sur la nécessité de renouveler un certain nombre de consommables déjà fournis par l'ambassade aux cours des mois précédents dans le cadre d'objectifs bien ciblés de la politique d'amélioration de l'hygiène.

- Epuisement du stock de poches poubelles qui avait été achetées pour 4 mois (400kg) en juin 2004 : nécessité d'acheter la consommation nécessaire pour deux mois soit pratiquement 200 kg de sacs plastiques (**400 \$**)
- Demande de poudre à récurer : 2 cartons de 24 flacons (**soit 34 \$**) achats déjà effectués l'un en mai (3 cartons) et l'autre en septembre (3 cartons)
- Demande de 50 paires de gants de ménage (**44 \$**) qui sont épuisés depuis le premier achat en mai 2004 (50 paires) et un renouvellement en septembre (60 paires)
- Demande de 20 balais raclettes soit **40 \$** : ces derniers avait été achetés pour la première fois en mai 2004 (12) puis renouvelés du fait de l'usure en septembre 2004 (12)
- Demande de 4 bidons d'acide sulfurique (**7 \$**), achat déjà effectué en mai 2004 (3 bidons) et en septembre (4 bidons achetés pour 320 afghanis)

Par ailleurs, la confection des tenues de cleaner semblant bien avancée et les travaux de coutures dans le futur devant être nombreux (confection de drap, de champs opératoires, de blouses...), une demande d'achat de 3 moteurs de machine à coudre paraît justifiée (soit **15 \$** au total)

L'achat des sacs poubelles avait déjà été validé avec Florence, une demande de validation d'achat pour le complément soit 140 \$ est envoyée au Dr TISSOT pour accord.

MERCREDI 1^{ER} DECEMBRE

*** Réunion service de Chirurgie – ORL – Urgences**

Etaient présents :

- Dr ESMAT (chef de service chirurgie)
- Dr LAIMA (femme chirurgien, 2^{ème} catégorie)
- Dr HOSMAT
- Dr ZIAOLLA (orthopédiste, 2^{ème} catégorie)
- Mr STORAI (infirmier chef chirurgie)
- Mr GHOLAM SAQHI (infirmier chef chirurgie)
- Dr SHAREQ (chirurgien, 2^{ème} catégorie)
- Dr BASHIR RAOUF (chirurgien, 2^{ème} catégorie)
- Dr HUSSAIN AZIZI (chef de service ORL)
- Mr GHALAM ALI (directeur des soins)
- Dr NAIM (chirurgien, 3^{ème} catégorie)

Présentation des objectifs de la réunion qui vise donc essentiellement l'organisation du travail en pratique dans ce service. Nous insistons pour que soient présent également un médecin de 3^{ème} catégorie et le directeur des soins qui étaient initialement absents. Nous précisons que l'objectif est de travailler sur les problèmes d'organisation du travail autour du patient. Malgré notre insistance pour faire parler les jeunes médecins et les infirmiers chefs, le Dr ESMAT a repris longuement l'organisation théorique du circuit du patient depuis les urgences jusqu'à la prise en charge chirurgicale, avec tous les problèmes techniques auxquels ils étaient confrontés du fait de manque de moyens.

Après avoir essayé de recentrer la discussion sur la prise en charge réelle du patient et des problèmes rencontrés, 2 médecins de 2^{ème} catégories ont enfin mis en évidence de réels problèmes touchant l'organisation du travail : le premier problème a été celui de la rotation rapide et complète du personnel infirmier gênant la collaboration médecin – infirmier et également entraînant un départ de l'infirmier au moment où il était le plus compétent. Sur ce point le directeur des soins a cependant sectorisé les services afin de limiter cette rotation, mais ce point n'a pas pu être précisé dans le détail et devra être repris ultérieurement. Est mis également en évidence la difficulté de laisser seul dans le service des urgences des jeunes médecins dès leur 1^{ère} année d'exercice, alors que la présence de médecins plus expérimentés est jugée comme souhaitable. La séniorisation des urgences dans les hôpitaux français depuis une dizaine d'années est soulignée pour conforter cette demande à priori justifiée (pas de réponse de la part du chef de service et des médecins de 1^{ère} catégorie...). Le Dr SHAREQ a également évoqué l'absence de responsabilité des différents acteurs et sans obligation de moyens ni notion de contrôle de leurs pratiques. Alors que le débat commençait à s'ouvrir et que la question de collaboration médecin infirmière commençait à être posée, nous avons dû interrompre la réunion car nous étions tous convoqués à la grande messe organisée par la direction pour la journée mondiale du SIDA. L'ensemble des membres présents ont accepté

de poursuivre le débat le lendemain à partir de 11 h après la grande visite (qui a lieu 2 fois par semaine).

A noter que le problème de la prise en charge des patients orthopédiques a été évoqué, ce d'autant que pendant tout le séjour la salle d'hospitalisation d'orthopédie a toujours été complète. Il semblerait que seuls les cas les plus graves soient adressés à l'hôpital Jordanien (ou n'exerce à priori que des médecins et chirurgiens jordaniens), d'autres patients sont également pris en charge à l'hôpital militaire à condition d'avoir les relations suffisantes. Enfin, il existe également en ville sur la route allant vers le district de Balkh une clinique privée d'orthopédie.

*** Réunion organisée pour la journée mondiale du SIDA**

Etaient présents le Dr MIRWAIS, un député, 2 représentants du pouvoir religieux, le représentant de BRAC ainsi que pratiquement l'ensemble du personnel hospitalier. Une présentation très claire et engagée (notamment sur les moyens de prévention et la nécessité d'une absence de discrimination vis à vis des patients atteints) a été effectuée par le Dr MIRWAIS, largement repris lors de l'intervention du député et confirmée par les autorités religieuses.

La réunion du Community Hospital Board, prévue à 11h30 a été annulée à la dernière minute du fait de l'absence de plusieurs membres et a été reportée au jeudi 2 décembre à 9 h.

La réunion prévue avec BRAC à 14 H a également été annulée du fait du départ prématuré du directeur régional pour Kaboul.

La demande de validation de financement pour les consommables a été adressée au Dr TISSOT.

JEUDI 2 DECEMBRE

*** Réunion du Community Hospital Board**

Etaient présents :

- Dr MOHAMMAD AFZAL HADID (chirurgien orthopédiste, président du Community Board)
- Dr MIRWAIS RABI (Directeur hôpital de Mazar)
- Mr HAJI ABDUL FATAH KHAN (représentant de la communauté de sages de la province de Balkh)
- Mr HAJI ARIF (représentant de l'état de la province de Balkh)

- Dr ABDUL BAQE (hospital management expert de BRAC)
- Représentant des infirmiers chefs (Dr B. GUERIN et Mme J.GARDE)

Absents :

- Mr ABDUL WAKI (représentant de la chambre de commerce)
- Mr MAULAVI MOHAMMAD GUL (représentant de la communauté religieuse de la province de Balkh)

Mr HAJI ABDUL FATAH KHAN (représentant de la communauté de sages de la province de Balkh) présente les raisons de la mise en place du cost sharing : absence de budget suffisant pour les hôpitaux, impossibilité pour le MOH de faire face aux besoins financiers pour remettre à niveau les structures hospitalières, demande de la part du gouvernement afghan d'une prise de responsabilité par la population. L'ensemble de ces raisons justifie le principe du « cost sharing », malgré le fait que ce dernier soit contraire à la constitution afghane qui prévoit la gratuité des soins pour tous. La mise en place de ce système sur Mazar est effectuée à titre expérimental et a été validée par le MOH pour une durée indéterminée.

Le Dr MIRWAIS a également précisé que ce système devrait permettre d'éviter la venue d'un certain nombre de patients qui ne justifient pas une prise en charge hospitalière. Le cost sharing repose sur le principe d'une contribution « symbolique » du patient pour un certain nombre d'actes médicaux. La liste précise de tarification nous a été transmise (cf. annexe), à titre d'exemple la journée d'hospitalisation est facturée 20 afghanis (payés à l'arrivée pour une semaine et remboursés si le séjour est plus court, et ne couvre les actes « payants » tels que les radios, examens de laboratoires,...), la consultation à la polyclinique est facturée, enfin les actes chirurgicaux sont divisés en plusieurs catégories facturées de 100 à 300 afghanis. Certains services restent totalement gratuits : prise en charge dans le service de gynéco-obstétrique, consultation aux urgences, vaccination,...Il est également prévu une gratuité complète de la prise en charge pour les patients indigents dont le nombre a été évalué à 10 %.

Cette facturation se fera par le biais d'un cahier d'ordonnance à souche qui permet le décompte et le contrôle des actes facturés. Seuls les médecins de 2^{ème} catégorie et plus sont habilités à utiliser ces ordonnances à souches. Les soignants sont responsables du recueil de la contribution financière et l'administration de l'hôpital collecte l'ensemble des fonds perçus avec le contrôle des souches d'ordonnancier. L'information du public et des consultants est prévue par voie d'affichage (4 grands panneaux sont en cours de réalisation). L'ensemble des fonds collectés grâce à ce principe sera déposé sur un compte en banque au nom de l'hôpital et sera utilisé à la hauteur de 80 % pour l'investissement sur l'hôpital (travaux, achats de consommables, ...), 20 % seraient utilisés pour le salaire du personnel (ce point n'a pas été précisé, modalités d'affectation ?, pour quels salariés ?...). Les représentants du CH-Rodez ont posé la question de la « recette prévisionnelle » du cost sharing, il n'a pas été possible de donner une réponse, cependant le Dr MIRWAIS a précisé qu'il ferait une évaluation et qu'il nous transmettrait prochainement l'information.

Ce fond sera également approvisionné d'un montant de 2000 \$ / mois, fonds provenant de la banque mondiale et mis à disposition sous le contrôle de BRAC. L'utilisation de ces fonds sera validée par le Community Hospital Board après propositions du CHD et du PHO.

L'ensemble de ce projet est le résultat de 6 réunions de travail qui ont à priori regroupé les membres de ce comité, la réunion organisée ce jour était visiblement faite pour nous présenter le projet et nous demander notre avis. Le Dr MIRWAIS semblait souhaiter que la mise en place de ce système soit effectuée pendant notre séjour, la date du mercredi 7 décembre a été retenue pour l'inauguration du système.

Au vu de ce contexte, et du fait que les mécanismes de ce système sont déjà le résultat de nombreuses réunions, il était difficile d'apporter des modifications au système élaboré, cependant certains conseils ou suggestions ont été avancés :

- Nécessité d'une grande vigilance vis à vis du services des Urgences qui du fait de sa gratuité (contrairement à la polyclinique) risque vite d'être submergé, cependant les moyens de persuasion pour « refouler » les patients en Afghanistan sont probablement plus efficaces qu'en France.
- Nécessité de mettre en place un comité du matériel et du médicament devant regrouper médecin, infirmier, pharmacien, biologiste et membre de la direction dans le but de contrôler les demandes d'achat émanant des différents professionnels (la tendance des médecins a vouloir prescrire le médicament le plus moderne et donc le plus cher existant dans tous les pays, il apparaît important de brider fermement cette ligne budgétaire...)
- Communication régulière par le CH-Rodez (une fois par trimestre + bilan annuel) de l'ensemble des investissements faits (sous forme de dons ou de financements d'achats de matériels ou de travaux) émanant de l'ambassade de France ou des partenaires ruthénois impliqués dans ce projet (CH-Rodez, ICAA,...)
- De la même façon, il serait important que le comité tienne au courant les représentants du CH-Rodez des délibérations, des recettes et des dépenses effectuées. Cela permettrait une plus grande lisibilité et des analyses plus pertinentes des besoins, afin de définir une logique du travail commune (hôpital de Mazar, CH-Rodez et ambassade de France), dans le but d'optimiser la remise à niveau de l'Hôpital de Mazar. Il a été alors demandé au Dr AFZAL d'adresser par mail le compte-rendu ou un résumé des réunions et décisions prises par ce comité (qui se réunit tous les 15 jours). Le Dr MIRWAIS rappelle que l'équipement informatique et surtout une connexion Internet ont été demandés à plusieurs reprises lors des missions précédentes ainsi que directement à l'Ambassade. Nous lui répondons qu'effectivement cet outil de communication est extrêmement important, tout particulièrement dans des projets avec des partenaires aussi éloignés, mais qu'il serait d'abord important que les médecins et la direction de Mazar justifient de l'utilisation de cette outil de communication pour que l'ambassade puisse envisager son financement.

Le dernier point abordé par le représentant des sages Monsieur HAJI ABDUL FATAH KHAN a été le souhait de la construction d'un hôpital neuf, compte tenu du sous

dimensionnement de l'hôpital actuel et compte tenu des besoins de la population de Mazar et de la province de Balkh. Les représentants du CH-Rodez ont répondu qu'un tel projet ne pouvait à priori pas être financé par un seul partenaire et qu'il ne serait probablement réalisable que par l'association de nombreux partenaires, ce d'autant que ce type de projet prend du temps pour aboutir. L'expérience de la construction de l'hôpital neuf de Rodez qui doit être inauguré début 2006 a été relaté, en insistant sur les délais nécessaires : plus de 10 ans...

*** Réunion avec le service de Chirurgie (suite)**

Etait présent :

- Dr ESMAT (chef de service chirurgie)
- Dr SHAREQ (chirurgien 2^{ème} catégorie)
- Dr BASCHIR (chirurgien, enseignant à la faculté, 2^{ème} catégorie)
- Mr GHOLAM SAQHI (infirmier chef du service de chirurgie)
- Dr AMANULLAH (chef des médecins)

Après une brève prise de parole d'ordre général du Dr ESMAT, le débat a essentiellement eu lieu avec le Dr SHAREQ et le Dr BASHIR. Ce dernier est visiblement arrivé récemment sur l'hôpital de Mazar et a également un poste d'enseignant à la faculté. Tous les 2 sont membres de l'équipe de management du service de chirurgie qui regroupe également le Dr ASSAD (chef de bloc), le Dr SHAFIR et le Dr SAYED.

Le débat s'est rapidement centré sur la problématique du travail infirmier et de la responsabilité, avec le constat qu'au moins 50 % des infirmiers ont une formation insuffisante vis à vis du poste qu'ils occupent, les 50 % opérationnels le sont visiblement surtout du fait de leur ancienneté et de leur expérience. Cependant, il faut signaler que le Dr BASHIR et le Dr SHAREQ ont des opinions divergentes sur les solutions à proposer ainsi que sur la rotation des équipes. Le premier souhaite plutôt une affectation de longue durée par service afin d'avoir des infirmiers compétents, le Dr SHAREQ a une prise de position moins facilement compréhensible. Il confirme l'analyse initiale, mais donne comme argument que le maintien sur une longue durée sur le même poste génère une difficulté à contrôler l'activité des infirmiers qui, à ses dires, prennent alors trop d'autonomie et ne sont plus contrôlables par les médecins. A ce titre, il souhaiterait également que les infirmiers- chefs tournent comme les infirmiers et de même que le personnel du bloc. L'un des arguments donné était le détournement de matériel favorisé par la difficulté de contrôle sur les infirmiers et infirmiers chefs bien en place...

En réponse à cette proposition, nous avons précisé que pour le bloc la mise en place d'une équipe fixe avait permis de nombreux progrès dans l'organisation et qu'il fallait maintenir cette organisation. Le remplacement d'infirmiers posant problème paraît cependant bien sûr justifié. Le principe d'une rotation par moitié des effectifs semble la solution souhaitée par tous concernant le secteur chirurgie (hospitalisation – urgences).

Enfin, les difficultés matérielles ont été évoquées dans un deuxième temps par les 2 médecins (de façon raisonnable !) et là aussi le problème de la fiabilité des examens de laboratoires a été soulevée, ce problème obligeant visiblement à faire pratiquer les examens à l'extérieur de l'hôpital au moins en ce qui concerne les opérations programmées. Le Dr BASHIR a également posé le problème de l'absence de moyens d'enseignement au sein de l'hôpital, ce qui pose effectivement problème dans le cadre de la mise en place d'une politique d'amélioration de l'organisation des soins et de formation.

En conclusion des échanges effectués au cours des 2 réunions :

- Le service de chirurgie contrairement au service de Médecine Interne a clairement exprimé son souhait de continuer à développer la collaboration initiée il y a un an. L'ensemble des personnes présentes ont souhaité la mise en place d'une mission spécifique au sein du service de chirurgie pour travailler sur l'organisation des soins et les relations médecins – infirmiers et infirmiers- cleaner ainsi que sur la filières de prise en charge urgences – services de chirurgie (phase pré-opératoire). En préparation à cette mission nous avons proposé de passer une matinée avec les infirmiers et les médecins de 3^{ème} catégorie afin d'essayer de faire une première analyse des points de dysfonctionnements.

- Le rôle des infirmiers chefs semble poser problèmes : d'une part la crainte des médecins de perdre une partie de leur prérogative et d'autre part le doute de la direction des soins sur la fiabilité d'un certain nombre d'entre eux. Ce point sera débattu avec la direction des soins et la direction de l'hôpital.

- Il faut noter que le Dr BASHIR (nouvel arrivé dans le service de chirurgie) a eu à chacun de nos entretiens une capacité d'analyse de grande qualité en comparaison des autres interlocuteurs, posant les bonnes questions et étant capable de se positionner ouvertement vis à vis de ses collègues. Il serait donc intéressant que lors des prochaines missions soit évaluée la possibilité de développer des relations avec ce dernier, ce d'autant qu'il est membre de l'équipe de management du service de chirurgie.

SAMEDI 4 DECEMBRE

*** Réunion avec le service de pédiatrie**

Etaient présent

- Dr WAHIB ANWARY (médecin 3^{ème} catégorie)
- DR ZABHULLAH SALIHI (médecin 3^{ème} catégorie)
- Dr NOWRAZ RAHIMI (médecin 3^{ème} catégorie)
- Dr SAKIMA RAHIMI (médecin 3^{ème} catégorie)
- Dr ABDUL RAOUF FROUGH (chef de service)
- Mr MOUHAMAD NADER (infirmier chef)

Les objectifs de la mission et tout particulièrement la nécessité de travailler sur l'organisation du travail de l'ensemble du personnel du service ont été répétés. Très vite l'ensemble des participants a totalement adhéré au scénario proposé à savoir travailler sur l'amélioration de l'hygiène (travail déjà largement engagé dans ce service vu la propreté des locaux et des lits) et optimisation de l'organisation de travail avant de passer à « l'apprentissage » de techniques médicales et infirmières plus sophistiquées. Le chef de service a clairement présenté le fonctionnement du service avec ses lacunes et ses difficultés techniques, l'ensemble des participants a été tout à fait d'accord pour essayer de mettre en place au plus tôt le principe d'une transmission médecin – infirmier le matin avec l'équipe de garde afin d'améliorer la communication autour du patient, conscient de l'insuffisance des transmissions médicale et infirmière actuelles au niveau de l'établissement. Le chef de service a même précisé que ce type d'organisation, notamment sur Kaboul, existait avant la guerre et permettait de compléter les transmissions administratives (qui ont visiblement toujours existées et qu'il sera probablement difficile de remettre en cause immédiatement).

Le principe de la présence d'un binôme médecin – infirmier du CH-Rodez pour travailler avec eux sur l'organisation et l'amélioration du travail autour du malade a été accepté, avec le souhait clairement exprimé de la part du chef de service que des missions plus techniques ne soient envisagées qu'après avoir effectué cette première étape.

*** Visite du Laboratoire**

Suite aux affirmations répétées dans les différents services concernant le manque de fiabilité des résultats du laboratoire de biologie, nous avons effectué une visite surprise dans ce dernier. Le laboratoire est exactement dans le même état qu'en septembre 2003. Le responsable actuel (Mr HADI) qui assure visiblement la chefferie par intérim (et que B.GUERIN avait rencontré à cette époque en tant que chef de service), nous précise qu'aucune aide en matériel n'a été apportée depuis cette date et que donc le laboratoire continue à fonctionner avec la même pénurie d'appareils et de réactifs. Effectivement les locaux sont aussi vétustes de même que le matériel utilisé (cf rapport de septembre 2003), on peut cependant noter que la politique d'hygiène semble bien connue et appliquée. Les boîtes sécurisées sont en place et utilisées, de même que les poubelles. Les affiches de lavage des mains et de prévention des accidents d'exposition au sang sont présentes.

Sur le plan du personnel, il semblerait qu'un chef de service avait été nommé il y a quelques mois (médecin émanant du service de Médecine Interne), mais ce dernier a démissionné visiblement du fait de son inaptitude sur ce poste de travail. L'équipe du laboratoire a cependant été renforcée par 4 nouveaux jeunes techniciens diplômés de l'année dernière, qui complètent une équipe déjà constituée de 2 anciens laborantins (dont l'ancien chef de service) et de 2 autres d'âge intermédiaire. A noter, qu'un technicien vient en plus du laboratoire de malaria tous les jours pour lire les frottis provenant de l'hôpital. La motivation pour une remise à niveau du laboratoire semblait présente. On peut noter que le chef de service par intérim est très présent au CHD et semble participer activement à la politique de ce dernier.

*** Visite des Couturières**

Les 4 couturières étaient présentes et travaillaient alors que notre venue n'avait pas été prévue. Elles ont pu nous montrer la liste de l'ensemble des tenues de cleaners confectionnées et remise en mains propres à ces derniers (avec signature), soit un total de 64 tenues, une dizaine était en attente de distribution et il restait du tissu pour réaliser une quarantaine de tenues. Il semblerait cependant que le nombre de cleaners qui avait initialement été fixé à 70 serait en fait de 79, ceci risquant d'entraîner un manque de tissu pour les dernières tenues (2 par cleaner), ce point précis devra être réévalué par la prochaine mission quand l'ensemble du tissu sera épuisé. Les blouses des cleaners (effectuées avec un autre tissu) n'ont pour le moment pas été encore faites, faute de temps (de nombreux draps ont visiblement été confectionnés de même que certaines tenues pour le bloc). Vu le travail effectué et la rigueur de la gestion de la distribution il a été décidé de compléter l'équipement des couturières avec l'achat de 3 moteurs pour machine et d'une multiprise (5\$ x 3 + 1,5\$).

*** Visite du bloc**

Ont été rencontrés, malheureusement séparément, l'infirmier chef (Mr WAKIL) et le chef du bloc le Dr ASSAD. Le linge du CH-Rodez était stocké dans un local du bloc. Il a été convenu que l'ensemble des anciens champs et sarrots seraient retirés du stock de linge de bloc afin que l'ensemble du bloc fonctionne avec le nouveau linge (à priori largement suffisant car il permettait de faire fonctionner 7 salles d'opération sur Rodez). L'inventaire et la gestion du stock sont confiés à Mr WAKIL. Une partie de ce linge sera destinée aux besoins du service de gynéco-ostétrique, il est également précisé que le service de chirurgie et le service d'urgences auraient besoin d'être équipés, mais que ceci ne sera effectué qu'après évaluation des besoins lors de la mission de janvier 2005.

Nous avons profité de notre passage au bloc pour faire une petite inspection qui a confirmé les évolutions extrêmement favorables tant au niveau de l'ordre que de la propreté et de l'hygiène. L'ensemble des salles restaient ouvertes (notamment la salle d'orthopédie avec la table d'anesthésie en place), une seule table était équipée et utilisée dans la salle de digestif.

Nous avons également remis à Mr WAKIL du petit matériel demandé par ce dernier lors de la mission précédente (tuyaux d'aspiration, grattoirs pour le nettoyage, ampoules pour scialytique, fil d'acier pour amygdaléctomie). Ce dernier nous a précisé qu'il manquait de

tambours de stérilisation adaptés à la dimension des autoclaves, ce qui risque d'être encore plus vrai maintenant que le bloc dispose de linge en quantité suffisante. Ce problème devra être abordé avec l'ambassade pour évaluer les possibilités d'approvisionnement sur Kaboul de ce type de matériel (la qualité russe étant visiblement supérieure à la qualité pakistanaise), le transport de Rodez jusqu'à Mazar ne semblant pas très réaliste pour ce type de matériel. L'apport de grattoirs de bonne qualité en nombre suffisant devra être effectué par la prochaine mission.

DIMANCHE 5 DECEMBRE

*** Réunion service de Gynéco-obstétrique**

Longue présentation de l'historique du service par le chef de service qui se termine par le départ de Save the Children et les inquiétudes pour l'avenir. En résumé, le service de gynéco-obstétrique doit devenir le service de référence pour le nord de l'Afghanistan (parmi les 5 centres de références prévus pour l'ensemble du pays), cependant le chef de service souligne l'insuffisance du nombre de lits (60 en théorie, en pratique une quarantaine installés) et surtout une diminution drastique des effectifs médicaux qui passeraient de 1 médecin pour 5 lits soit un effectif total de 12 médecins contre 38 à ce jour. On peut cependant noter qu'il existe un système de rotation par groupe de 18 avec 3 mois d'activité suivis de 3 mois de repos. L'action de l'UNICEF par le biais de Save the Children semble avoir été surtout matérielle (rénovation des locaux, fourniture d'un échographe, équipement d'une salle de formation et de réunion avec équipement informatique), aide à la gestion avec mise en place d'un outil de recueil de données, fourniture de médicaments (visiblement en quantité insuffisante pour couvrir les besoins) et formation théorique. Il n'a y eu à priori aucune formation sur le terrain ni d'accompagnement au niveau des pratiques médicales et infirmières par des médecins ou des sages-femmes venues sur place. Le problème des « cadeaux financiers » pour les médecins provenant des familles des patients après l'accouchement a été évoqué et était peut-être la cause de tensions entre infirmiers et médecins.

Nous avons présenté les objectifs de la mission, précisant que vu les interventions déjà effectuées par différents partenaires et l'incertitude concernant la forme que prendrait l'aide de l'UNICEF dans les mois à venir, il serait probable que nous n'interviendrions pas immédiatement dans ce service. L'ensemble des participants (médecins et infirmières chefs) ont cependant longuement insisté sur leur souhait de venir voir travailler dans leur service une équipe gynéco-obstétrique de Rodez. Il a été convenu qu'en attendant qu'une action soit réellement menée sur ce service par le CH-Rodez et l'ambassade de France, une réflexion sur la réorganisation du travail pouvait être initiée par les équipes en place en s'appuyant le cas échéant sur le travail effectué dans d'autres services lors des prochaines missions du CH-Rodez. Malgré tout, vu la bonne tenue du service que nous avons rapidement visité après la réunion et l'implication extrêmement active de certains membres de ce service (notamment dans les actions du CHD), il nous semble important de pouvoir donner une suite à moyen terme à cette demande. Il paraît cependant justifié d'attendre d'en savoir plus sur la réorganisation de ce service, notamment en ce qui concerne les restrictions envisagées de personnel et de l'évolution des modalités d'intervention de l'UNICEF.

*** Réunion Dr MIRWAIS sur les évolutions possibles de la direction des soins et de la filière infirmière**

Ont été présentées aux Dr MIRWAIS les analyses concernant la réorganisation de la direction des soins et la problématique de l'organisation du travail infirmier tels qu'ils sont décrits dans le chapitre Analyse aux paragraphes 1.1 , 1.2.1 et 1.2.2 (cf. page....)

Le Dr MIRWAIS semble avoir validé l'ensemble des pistes, il a largement confirmé l'autorité et le rôle primordial de la direction des soins, précisant notamment qu'il lui avait confié la sélection des agents qui resteraient employés à l'hôpital de Mazar au vu de la réforme actuellement engagée par le ministère. Il nous a précisé qu'en effet 150 postes devaient être supprimés sur l'hôpital de Mazar. La notion de fiche de poste et de fiche d'évaluation avec note (qui reste à mettre en place) a été validée, ce d'autant que la notion de prime au mérite a également été retenue, cependant ce principe ne pourra pas être immédiatement mis en place. En effet, il a été décidé au niveau du Community Hospital chef que les 20 % du cost sharing seraient initialement réservés à la revalorisation du salaire des cleaners. Le Dr MIRWAIS nous a alors précisé qu'il avait effectué comme nous l'avions souhaité une évaluation des « recettes prévisionnelles » du cost sharing qui s'élèveraient à 3000 \$ / mois initialement avec l'espoir de monter jusqu'à 5000 \$ / mois. Quand ce niveau sera atteint, le principe d'une prime au mérite visant l'ensemble du corps infirmier pourrait alors être instaurée, sous la responsabilité du directeur des soins, en tenant compte des notes des agents calculées à partir des fiches d'évaluation.

*** Réunion du PHO**

Etaient présents :

- Dr SAYED RAHMAM HOTAC médecine interne, coordonnateur PHO
- Dr NANSERA OMER YOSUFI gynéco
- Dr ASADULLAH FAIAZ Chef du bloc
- Dr SAMAY SHARIFFEY chef service radio
- Dr KHOJA GHAFAR YOUSOUFI Chef service leishmaniose – malaria
- Dr GHANEY ADIL chef du service hygiène environnemental
- Dr ASSADULLAH SHARIFI chef service de vaccination (EPI)
- Dr MAHMOUD SADREY chef service tuberculose
- PANJSHERY FAKHRODIN responsable laboratoire
- MOHAMAD ZAHER responsable de banque du sang
- GHULAM ALI directeur des soins
- HAJI HABIB responsable bureau des entrées
- Dr ARIF ZAHER chef du service de nutrition
- Dr MOHAMAD NAIM chef du HMIS
- Dr ANWARI directeur adjoint

Absent : Dr AFZAL HADID Chef de polyclinique et chirurgien orthopédie

Ce comité réunit en fait des acteurs hospitaliers et des acteurs impliqués dans des programmes de santé provinciaux. Ce mélange des genres est probablement lié au fait que le Dr MIRWAIS cumule les fonctions de Directeur de l'hôpital de Mazar et Directeur régional de la santé.

De ce fait, certains sujets abordés se rapportent à des problématiques hospitalières alors que d'autres sujets abordés relèvent de problématiques de santé publique au niveau régional. Sur

le plan formel cette réunion donne un certain nombre d'informations notamment sur les problèmes rencontrés, mais reste cependant très théorique. La notion d'instance de décision n'est pas apparue clairement aujourd'hui.

Ne seront rapportés ici que les sujets ayant un lien direct avec l'hôpital.

- Annonce de la mise en place du cost sharing à partir de mercredi prochain avec explications sur les modalités de fonctionnement, en précisant également que la mise en place de système obligerait l'hôpital à entrer dans une politique d'amélioration de ces prestations. C'est dans ce but qu'a été décidé que le service des urgences et les consultations de la polyclinique seraient assurés à partir de maintenant par des médecins de 2^{ème} catégorie (et non plus par des médecins de 3^{ème} catégorie comme jusqu'à présent)... à suivre
- Au cours de cette réunion, le Dr MIRWAIS a largement insisté sur la nécessité d'une amélioration de la prestation infirmière mais également sur leur rôle central dans la prise en charge du patient et sur le pouvoir total qu'il donnait au directeur des soins pour arriver à cet objectif.
- Concernant le service de radio, il a été précisé qu'une partie des fonds du cost sharing servirait à l'acquisition des films. Les radios seraient facturées entre 30 et 60 afghanis en fonction de la taille, contre 75 afghanis à ce jour.
- Le projet de mise au norme de la Banque du Sang a été rapidement présenté avec son installation au cours de l'année prochaine dans les nouveaux locaux en cours de construction à l'arrière de l'hôpital et ceci avec la collaboration de l'EFS.
- Dans le cadre de la mise en place du cost sharing, il apparaît comme indispensable que le laboratoire améliore ses prestations afin de les mettre au niveau de celles qui seront effectuées à la banque du sang ou dans les laboratoires privées. Il a été clairement précisé que la réputation du laboratoire était mauvaise et qu'il était indispensable de prouver que le laboratoire de l'hôpital devenait fiable. Les recettes du cost sharing devraient permettre d'aider à mettre en place des techniques et des résultats d'analyses de qualité. La tarification des analyses a été fixée à 5 afghanis contre une centaine en ville. La nomination de Mr PANJSHERY FAKHRODIN comme nouveau chef de service a été annoncée.
- Annonce que l'UNICEF prévoyait un programme de vaccination contre le VHB qui devrait également bénéficier au personnel de l'hôpital de Mazar (cette demande avait déjà été signalée dans le rapport de septembre 2003).
- Enfin le problème des canalisations d'eau a été à nouveau évoqué. Nous avons confirmé que l'ambassade de France s'était engagée à financer cette rénovation, mais qu'une mission d'expertise devait avoir d'abord lieu courant janvier en même temps que la mission urgences – organisation des soins en chirurgie pour valider définitivement les plans. La question de points d'eau chaude pour la douche des opérés a été soulevée et devra être évaluée lors de la mission de janvier. De la même façon, le problème de la qualité du matériel actuellement en stock dans l'hôpital devra être réévalué par l'expert en bâtiment.

LUNDI 6 DECEMBRE

*** Réunion avec le directeur des soins Mr GHULAM ALI**

Informations des propositions faites la veille au le Dr MIRWAIS tel que nous l'avions convenu.

La validation d'une fiche d'évaluation (cf. annexe 4) a par ailleurs été effectuée et pourra donc être mis en place une fois que la réorganisation de la direction des soins sera effective et notamment après que l'activité de logistique aura été transférée vers un service spécifique..

La restructuration des effectifs infirmiers demandée par le MOH est par ailleurs en cours. Il est prévu que l'effectif actuel de 130 infirmiers (20 à la polyclinique et 110 dans les différents services) diminue de 15 agents. Il ne resterait donc plus que 95 infirmiers pour les unités de soins.

Le ratio actuel est à priori de 1 infirmier / 5 malades et 1 médecin / 10 malades, cependant l'absentéisme diminue ces effectifs considérablement.

MARDI 7 DECEMBRE

*** Evaluation du fonctionnement infirmier et médical dans le service de chirurgie, coté homme**

Description des locaux et des équipes infirmières –cleaner, qui sont divisés en 3 secteurs de travail :

- Salle de soin réservée aux actes et aux pansements : 1 infirmier chef et 2 infirmières + 1 cleaner. Rôle : tous les pansements, l'entretien et la stérilisation du matériel.
- Salles de réveil de 9 lits + une salle de 3 lits : 1 infirmier chef et 2 infirmiers + 1 ou 2 cleaners
- 3 salles d'hospitalisation (une de 10 lits, une de 5 lits et l'autre de 9 lits) avec comme personnel 1 infirmier chef, 3 infirmiers + 3 cleaners

Au total, le personnel en chirurgie coté hommes (36 lits) est constitué (en théorie) pour le matin de 10 infirmiers (dont 3 infirmiers chefs) et 5 à 6 cleaners. Si un des agents est de garde, il quitte le service après sa garde et n'est pas remplacé sur le plan des effectifs, le nombre d'infirmiers alors présents dans le service peut diminuer de 1 ou 2.

L'infirmier chef a un rôle de contrôle mais assure également les remplacements des infirmiers en cas d'absence (malheureusement visiblement très fréquentes). Concernant la garde, l'équipe qui a assuré la nuit quitte le service le matin vers 8 H 30. L'équipe de garde est constituée d'un infirmier et d'un cleaner par secteur, les infirmiers chefs tournent dans le roulement de garde comme les autres infirmiers, par contre la garde peut-être assurée par un infirmier d'un autre service. En effet, le roulement de garde est assuré par l'ensemble de l'effectif infirmier et cleaner de l'établissement, notamment ceux issus des services médicaux-techniques et de la polyclinique. La relève entre équipes de garde et de jour est purement

administrative dans le cadre de la transmission infirmière commune à tous les services (qui a lieu tous les matins au niveau de la direction des soins). Les transmissions plus ciblées par secteur ne semblent pas exister et se font de façon aléatoire si l'équipe de garde n'est pas trop pressée de partir. Elles ne concernent que les problèmes rencontrés, aucune transmission formalisée et ciblant l'ensemble des patients d'un secteur n'existe entre infirmiers. A fortiori, il n'existe aucun temps de transmission infirmier – cleaner et infirmier – médecin. Pourtant, comme en France le travail autour du patient est segmenté entre les différents professionnels : examens et prescriptions par le médecin, application des prescriptions (examens, traitements, ...) par les infirmiers, mais également importante de la participation des cleaners qui (contrairement aux fiches de poste théorique qui nous ont été proposées par les infirmiers chefs) assurent tous les soins d'hygiène (changement de draps, entretiens et changement des poches de stomie,...). Leur champs d'action semble excessif et sans aucune collaboration ou contrôle des infirmiers.

Concernant l'organisation médicale, il existe 2 grandes visites par semaine et par ailleurs la salle de réveil bénéficie d'une visite collégiale (regroupant en théorie tous les praticiens) tous les matins, en début de matinée. Les autres salles bénéficient les autres jours d'une visite médicale beaucoup plus aléatoire et anarchique dans ses horaires et son mode de fonctionnement car chaque malade est visité par le médecin qui l'a pris en charge. La grande visite et la visite collégiale de la salle de réveil ne sont visiblement pas suivies par les infirmiers responsables du secteur concerné, les prescriptions sont précises si le médecin responsable du patient est présent au moment de cette visite, par contre s'il est absent, la prescription est alors non complète (pas de posologie, pas de durée...) et sera complétée ultérieurement en théorie par le médecin responsable. La relève de la prescription est en général assurée par l'infirmier chef qui planifie sur le dossier patient (au niveau de la fiche infirmière) les horaires de délivrance des traitements, qui seront cochés par l'infirmier au moment de l'administration. On peut cependant noter que les infirmiers se sont plaints d'être souvent confrontés à des prescriptions incomplètes, qui peuvent persister en l'état plusieurs jours.... L'absence de communication entre médecins et infirmiers apparaît dans ce type d'organisation, des relations « professionnelles » concernant les patients qu'ils ont en commun ne surviennent que quand un problème de prise en charge se pose.

*** Réunion de synthèse avec le Dr MIRWAIS**

Concernant l'organisation des soins infirmiers, le sujet ayant déjà été longuement débattu avec lui, nous n'avons insisté que sur 2 points :

- Le recentrage de la direction des soins sur le travail au niveau infirmiers et des cleaners avec éventuellement l'aide d'une équipe infirmiers chefs « supérieur » pour chaque grande discipline : fiche de poste, fiche d'évaluation, formation et encadrement des agents, mis en place d'une véritable discipline et d'organisation rigoureuse du travail interprofessionnel, réflexion sur les roulements...
- Création d'un service technique et Logistique qui devrait permettre à la direction des soins de se concentrer aux objectifs suscités.

Concernant, l'organisation médicale il est donc convenu que l'on envisagerait une réflexion service par service en fonction de l'évolution des équipes. En effet, la diminution du nombre de médecins va être très importante et devrait avoir lieu dans les semaines à venir. Pour des

raisons de « politique » interne, les noms des médecins qui devront quitter l'hôpital n'ont pas encore été divulgués mais la liste est déjà fixée.

Le service de gynéco-obstétrique va normalement perdre 20 praticiens (38 médecins actuellement), le service de Médecine Interne 13 praticiens et le service de Chirurgie 12 chirurgiens. Ce service va par ailleurs subir une réorganisation des spécialités, avec un nombre d'orthopédistes qui va passer de 4 à 13 et alors que les chirurgiens viscéraux ne seront plus que 13 au total. Cette réorganisation devrait être effective d'ici une quinzaine de jours.

A été ensuite discutée la planification des missions pour 2005 en fonction des besoins et des évaluations faites aussi bien par le Dr MIRWAIS que par les missionnaires de RODEZ et qui devra bien sûr être débattue avec l'ambassade de France :

- 2 missions sur l'organisation du travail dans les unités de soins ont été validées. La première concerne le service de chirurgie et la filière urgences, la deuxième le service de pédiatrie, pour lequel la direction souhaite qu'un programme de collaboration soit initié.
- Le Dr MIRWAIS a insisté sur l'intérêt de la mise en place d'un travail avec le service de Gynéco-obstétrique. Les missionnaires du CH-Rodez ont cependant précisé qu'il serait opportun de savoir comment évoluait la situation de ce service suite au départ de Save The chef fin décembre 2004, et sous quelle forme l'UNICEF envisage de poursuivre son aide.
- Le Dr MIRWAIS a beaucoup insisté sur la nécessité d'une mission orthopédie, justifiant cette dernière par la réorganisation prévue du service de chirurgie avec 13 « orthopédistes ». Il a également mis en avant que les autres structures actuellement opérationnelles dans ce domaine étaient pour l'une privée et pour les 2 autres temporaires sur Mazar : L'hôpital militaire devrait quitter Mazar d'ici 1 à 2 ans et la durée de la coopération jordanienne n'est pas connue. Il souhaiterait que cette formation se fasse essentiellement sous la forme d'un enseignement théorique et pratique afin de compléter les compétences de la nouvelle équipe chirurgicale.
- La dernière demande du Dr MIRWAIS concerne le laboratoire, elle nous a également été faite par tous les services. Elle semble également justifiée vu la mise en place de la politique du « cost sharing » avec son obligation de qualité et de fiabilité. La mise à niveau quantitative du personnel du laboratoire et la capacité financière provenant du « cost sharing » incitent également à soutenir une telle collaboration. L'idée d'un travail en commun avec l'EFS qui prévoit la construction d'une banque d'une sang avant l'été 2005 avec mise en place du laboratoire de banque du sang pourrait être envisagé. Nous avons proposé au Dr MIRWAIS de discuter avec l'ambassade de France et l'EFS Midi-Pyrénées de cette possibilité.
- Concernant les actions en cours, l'hygiène devra être poursuivie par toutes les missions, une nouvelle mission chirurgie viscérale est également validée. Pour l'anesthésie, le Dr MIRWAIS a mis en avant le travail au quotidien effectué par les Indiens (et notamment le médecin anesthésiste encore en poste pour au moins 6 mois). Nous avons cependant insisté sur la nécessité de continuer à faire progresser les actions engagées lors de la première mission, ce qui a été également validé par le Dr MIRWAIS.

Enfin concernant l'aide matérielle souhaitée, le « problème » de la rénovation du système d'eau nous est reposé et nous nous sommes engagés à ce qu'un expert

viennais courant janvier avec la mission dans le service de chirurgie pour finaliser ce dossier. L'Iran ayant décidé de rénover la salle de réveil à hauteur de 20 000 \$, le Dr. MIRWAIS a demandé s'il n'était pas possible d'effectuer à la place la rénovation du service d'urgences (2 petites pièces). Le deuxième point abordé a été l'étroitesse des locaux actuels des services de Gynéco-obstétrique et de Pédiatrie (que toutes les missions ont effectivement constatée) avec une demande de construction d'un étage permettant d'accueillir la Pédiatrie. Il nous a été précisé que les fondations du bâtiment avaient été prévues pour 4 étages. Nous avons répondu que nous transmettrions l'information à l'Ambassade de France, précisant que cette dernière finançait déjà le programme de rénovation de l'eau cette année. Nous avons également suggéré de déposer un dossier à l'UNICEF, mais cette démarche est déjà entreprise tous les ans depuis 3 ans, sans succès jusqu'à présent.

Pour notre part, nous avons re-précisé les financements effectués par l'ambassade de France au cours de cette mission pour l'achat de consommables relevant de la politique d'hygiène définie ensemble (de l'ordre de 500 \$). Nous avons suggéré qu'il serait important que l'hôpital de Mazar prenne en charge dans le futur ce type de dépenses, notamment pour démontrer sa capacité à gérer les revenus émanant du « cost sharing » et de ce fait rendre plus crédibles des demandes de financements sur des objectifs bien définis. Ce principe a été accepté par le Dr MIRWAIS qui a cependant demandé un délai de 6 mois, le temps de juger effectivement les résultats effectifs du « cost sharing ».

*** MERCREDI 8 DECEMBRE**

Inauguration du « cost sharing » qui a occupé l'ensemble de la matinée avec grand meeting regroupant l'ensemble du personnel ainsi que le maire de Mazar, le gouverneur adjoint, le directeur régional Financier, le représentant de la communauté de sages de la province de Balkh, les représentants de BRAC, le représentant de la communauté religieuse de la province de Balkh, les représentants du CH-RODEZ,...

Ce meeting a été suivi de plusieurs interviews télévisées et radio qui ont été retransmis le soir même. Il faut signaler que le Dr MIRWAIS a fait référence à chaque fois à la coopération avec le CH-Rodez et la participation de l'ambassade de France. Le travail en collaboration avec le CH-Rodez a été de plus chaque fois mis en avant comme gage du processus d'amélioration de la qualité des soins justifiant le « cost sharing », lourde responsabilité...

-

ANALYSE DE LA MISSION

Au vu du travail effectué, l'analyse des résultats de cette mission peut se diviser en 3 chapitres :

- Résultats du travail sur le management
- Bilan du suivi des actions mis en place lors des missions antérieures
- Analyse des orientations et « nouvelles » demandes

Il faut cependant noter qu'entre les objectifs initiaux que nous nous étions fixés et que nous avons initialement présentés et les résultats auxquels nous avons aboutis, il existe de notables différences. En effet, il est indispensable de tenir compte des réalités locales et surtout de laisser le temps aux partenaires afghans et français de s'approprier les idées et les contraintes liées aux changements. Une mission annuelle centrée sur ces objectifs de management, d'évaluation des missions antérieures et de réflexion avec la direction de l'hôpital de Mazar sur les futurs objectifs semble donc très importante pour conserver la cohérence du projet.

1. Résultats du travail sur le management

Ces résultats sont divisés en 2 grands groupes : management au niveau des unités de soins et management au niveau de l'établissement.

1.1. Management au niveau des unités de soins

De façon claire cette mission a permis d'évaluer la volonté des services souhaitant s'engager dans une coopération plus poussée avec le CH-Rodez, en acceptant notamment de travailler sur la réorganisation du travail.

Le Service de Médecine Interne (ou en tout cas le chef de service et les médecins adjoints de 1^{ère} catégorie) a clairement rejeté toute idée de réflexion et d'analyse en collaboration avec le CH-Rodez sur leur organisation de travail. Il ne paraît donc pas logique de proposer pour le moment de mission dans ce service, même si ce choix risque de pénaliser un certain nombre de médecins plus jeunes qui souhaiteraient profiter de la collaboration entre les 2 établissements.

Le service de Chirurgie a par contre montré son intérêt pour continuer cette collaboration et a accepté d'ouvrir la porte sur une réorganisation du mode de travail, même si de nombreux blocages existent. La demande d'une mission spécifique pour travailler sur l'organisation du travail autour du patient dans les salles de soins a été validée, ainsi que la nécessité d'évaluer la filière urgence.

Les services de pédiatrie et de gynéco-obstétrique ont également clairement souhaité la venue de missions pour travailler sur l'organisation du travail, étape reconnue comme indispensable avant de passer à des formations plus techniques. Pour les raisons expliquées ci-dessus, le service de pédiatrie semble plus prêt à entamer cette démarche, ce d'autant que vu l'absence d'implication de toute structure ou organisme sur ce service, il semble encore plus demandeur et réceptif à toute action de coopération.

1.1.1. Au niveau des infirmiers et des cleaners

Le rôle du cleaner semble a peu près bien défini et correspondre à la réalité, les fonctions des infirmiers et des infirmiers chefs le sont moins et il n'a pas été possible de valider autre chose qu'une fiche de poste théorique. Les problèmes d'organisation autour du malade, de responsabilités et des relations avec les médecins ont été posés mais n'ont pas été réglés.

*** Les 3 points d'achoppement semblent être :**

1) **La discipline** avec un absentéisme et des horaires flous avec visiblement un manque de possibilité d'autorité de la direction des soins et des infirmiers chefs De la même façon les médecins râlent devant ces problèmes d'absentéisme des infirmière mais n'essayent pas d'adopter une position commune avec la hiérarchie infirmière.

2) Les problèmes de **la compétence** de près de la moitié des infirmiers (ères) et de la motivation posent également problème.

3) **Le manque de confiance professionnelle** entre la direction des soins et les infirmiers chefs ainsi qu'entre un grand nombre de médecins et les infirmiers chefs pose un réel problème si l'on veut essayer de mettre en place une organisation s'appuyant sur une hiérarchie médicale et infirmière.

*** La stratégie d'amélioration de l'organisation de travail devra s'appuyer sur :**

1) Sur **la discipline**, plusieurs leviers pourraient être utilisés :

Rendre réellement effective la procédure de sanction en s'appuyant sur une définition précise des horaires de travail (démarche relevant de la direction et du MOH).

Utiliser la politique de restructuration du personnel des établissements hospitaliers actuellement en cours au MOH pour essayer de retirer des effectifs de l'hôpital de Mazar le personnel posant de réels problèmes de discipline et de motivation.

La validation définitive des fiches de poste (non pas théorique telles qu'elles ont été définies, mais correspondant à la réalité et aux possibilités de travail de l'hôpital de Mazar) devrait permettre de poser et de valider définitivement les activités pour chaque catégorie professionnelle.

La fiche d'évaluation avec son mécanisme de note pour le personnel va permettre d'évaluer dans le temps la qualité de l'agent de façon la plus objective possible et pourra à ce titre être utilisée comme outil d'incitation pour les agents. A terme cette fiche d'évaluation pourra permettre la mise en place d'une prime au mérite qui s'appuierait sur les 20 % du cost sharing.

Une dernière piste serait de mettre en place des plannings de travail ne faisant pas venir systématiquement l'ensemble des agents au même moment tous les jours. Il a été constaté un nombre pléthorique d'infirmiers pour le nombre de lits dans chaque service (en moyenne environ 1 infirmier pour 3 à 4 lits alors que ce ratio est en France de 1 pour 10 à 14 lits). La mise en place de roulements permettant d'optimiser le temps de travail (à condition bien sûr que les agents respectent alors les horaires) devrait diminuer le temps de présence dans le service, ce qui permettrait d'augmenter de fait le niveau de rémunération du temps

travaillé sans surcoût pour l'établissement. Cette amélioration du tarif horaire pourrait être un facteur motivant pour favoriser l'implication des infirmiers.

2) En ce qui concerne **la compétence**, un programme de formation de base devra être mis au point lors de la prochaine mission qui travaillera sur l'organisation au vu des lacunes constatées dans les équipes en place. Elle devra impérativement impliquer la direction des soins et les infirmiers chefs afin que ces derniers puissent continuer ce travail de formation après le départ de la mission. Un travail sur l'école d'infirmière et notamment sur les stages sera à rediscuter en fonction du programme d'aide mis en place dans l'école d'infirmière (aides techniques et théoriques ou réel appui et encadrement des enseignants sur le terrain ?). Intérêt d'organiser des séances de travail réunissant la direction des soins et les infirmiers chefs pour travailler sur l'organisation, les responsabilités, la formation....

3) **La confiance** : Malgré l'assurance de tous les professionnels de leur parfaite entente, il semblerait qu'il existe une très forte suspicion entre les plus anciens : médecin de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie, infirmiers chefs et infirmiers. Il faut noter que le directeur des soins n'a jamais été remis en question par aucun des professionnels (alors qu'il n'a pas été toujours présent lors de toutes les réunions), seul le Dr MIRWAIS semble émettre quelques réserves sur sa capacité à tout gérer. Une solution serait peut-être d'essayer de renforcer les liens entre les personnes directement au contact du patient au quotidien, à savoir les infirmières, les médecins de 3^{ème} et 2^{ème} catégorie, mais également de travailler sur les relations infirmiers – cleaners et infirmiers – infirmiers chefs. Là aussi la mission de janvier devrait permettre de tester cette stratégie dans le service urgence – chirurgie.

A partir des fiches de poste, la fiche d'évaluation permettra de mesurer les écarts entre ce qui est fait et ce qui ne l'est pas, afin de poser au personnel des objectifs d'amélioration pour l'année à venir.

1.1.2. Au niveau des médecins

Il faut noter que le Dr MIRWAIS s'est visiblement largement approprié la notion de qualité de soins et d'optimisation du travail autour du patient en exprimant clairement son souhait de voir se renforcer la responsabilité de l'ensemble de la filière infirmière.

Nous sommes par ailleurs arrivés au même constat, à savoir qu'il n'est pas facile de faire avancer le corps médical dans la même direction et que la première étape est donc de renforcer l'organisation du travail infirmier. Le travail sur l'organisation médicale se fera dans un deuxième temps. La mise en place de comités de managements dans les services est peut-être un moyen de contourner la rigidité de certains fonctionnements médicaux et de lever certains blocages liés parfois à l'attitude des plus anciens, réfractaires à toute évolution. La baisse des effectifs médicaux dans les services va également obliger le corps médical à réévaluer son organisation de travail.

Il est donc important d'attendre que le nombre et les noms des médecins restant dans les services soient connus, avant d'envisager un travail avec eux sur l'organisation et leur implication dans le service autour du patient en collaboration avec le service infirmier.

Le Dr MIRWAIS a cependant précisé qu'il espère que ce domaine avancera quand même d'ici la prochaine mission de management. Un travail par service sera indispensable vu la diversité des modes de fonctionnement mais également des personnalités des médecins et notamment des chefs de service.

1.2. Management au niveau de l'établissement.

1.2.1. Mise au point sur la Direction des soins

Nécessité de redéfinir ses champs de compétences, afin de cibler l'activité de cette direction sur l'organisation du travail, la discipline et l'amélioration des pratiques de soins.

Mieux définir le rôle du directeur adjoint dont il a été difficile d'évaluer le rôle du fait de son départ sur Kaboul pour une formation et qu'il faudrait inciter à s'impliquer plus.

Conforter la position du Directeur des soins avec nécessité d'un fort soutien de la direction de l'hôpital afin de renforcer son autorité sur le corps soignant. Sa venue en France devrait également l'aider à mieux cibler les véritables priorités de sa fonction.

Vu l'absence de fiabilité de l'ensemble des infirmiers chefs, il serait peut-être intéressant de réfléchir à la création des postes d'infirmiers chef « supérieurs », supervisant chacun un secteur, par exemple : urgences et service de chirurgie, médecine interne et neuropsychiatrie, gynéco-obstétrique et pédiatrie, polyclinique + plateaux techniques (laboratoire, banque du sang, échographie, radiologie) qui auraient la confiance du directeur des soins et accepteraient de l'aider dans sa mission de réorganisation et de formations de l'ensemble du personnel sous sa responsabilité : cleaners, infirmiers, infirmiers chefs

1.2.2. Création d'un Service ou d'une Direction Technique et Logistique

Afin de soulager la charge de travail de la direction des soins et de lui permettre de se recentrer sur son réel champ d'action, il paraît important de créer une structure apte à gérer tous les problèmes de logistique et de gestions des consommables.

Ses champs d'actions pourraient recouvrir :

. La problématique de l'entretien de l'établissement : l'entretien de l'ensemble des structures ne relevant pas des unités de soins (entretien de la cour, gestion des déchets en dehors des unités de soins,...), entretien (à l'exclusion du nettoyage et des procédures d'hygiène) et réparations dans les unités de soins.

. La gestions des stocks (produits d'entretien, boîtes sécurisées, poches poubelles,...)

1.2.3. Mise en place du Community Hospital chef :

Ce comité regroupant des membres de l'hôpital et des acteurs de la société civile et religieuse ainsi que des acteurs de la coopération internationale (BRAC, CH-Rodez) est probablement un gage de la transparence et de la collégialité dans les prises de décisions pour l'utilisation des fonds provenant du cost sharing ainsi que ceux mis à disposition par différents donateurs.

Il faudra cependant être vigilant que ce mécanisme « d'autogestion » n'entraîne pas de dérapages budgétaires sur certains postes. Les 2 points plus particulièrement sensibles sont

l'utilisation des fonds pour l'achat de consommables avec la nécessité de créer une commission du matériel et du médicament, de même la répartition des 20% du cost sharing affectés au budget du personnel devra à notre avis être utilisé pour créer une politique d'incitation pour les agents les plus méritants.

1.2.4. Publique Health Officers

Comité intra et extrahospitalier dont le rôle dans une politique de management reste à préciser. Pour le moment, ce comité semble être plutôt un outil d'information sur qui fait quoi et quels problèmes sont rencontrés aussi bien dans l'hôpital de Mazar qu'au niveau des services de santé publique intervenant sur toute la province. A la longue, on peut espérer que la constitution transversale de ce comité avec des services intra et extrahospitaliers pourra être une source de proposition de politique hospitalière qui intégrera des problèmes de santé publique plus large que les simples problèmes hospitaliers.

2. Bilan du suivi des actions mis en place lors des missions antérieures

*** COUTURIERES :**

Le travail de couture confié lors de la dernière mission, à savoir la confection des tenues de cleaner est en bonne voie avec pratiquement les 3 / 4 effectués, le nombre de cleaner ayant été sous évalué de 7, il est possible qu'il soit nécessaire de racheter quelques mètres de tissus afin de pouvoir équiper tous les cleaners avec 2 tenues. Les blouses sont par contre toujours en attente. Vu la qualité du travail effectué, il a été décidé d'équiper les 3 autres machines à coudre d'un moteur + une multiprise.

*** BLOC :**

La visite rapide du bloc a permis de constater que sa tenue et sa propreté s'étaient nettement améliorées par rapport à mai 2004. Les alarmes du saturomètre étaient toujours bien réglées ... et il n'y avait qu'une opération dans la salle digestif, la deuxième table n'étant pas équipée du matériel d'anesthésie.

*** HYGIENE**

La propreté générale dans l'établissement s'est nettement améliorée par rapport aux missions de janvier et mai 2004 et toutes les salles visitées dans les différents services étaient équipées de poubelles avec sacs plastiques et de boîtes sécurisées.

A été mis en place un système de distribution de sandales pour les visiteurs et des cassiers pour chaussures fermés à clefs pour l'ensemble du personnel à l'entrée de chaque service.

Le circuit d'élimination des déchets semble être en bonne voie de résolution avec la construction d'un mur d'enceinte permettant un stockage des déchets sécurisés et la

construction de 2 incinérateurs artisanaux transitoires qui devraient permettre d'attendre la mise en place d'un véritable système d'incinération fiable et durable (cf. projet national)

Il est impératif que le dossier de la réfection du système d'eau soit définitivement validé en janvier (nécessité d'évaluer l'installation de points d'eau chaude pour permettre la douche des patients) afin de pouvoir annoncer une date de début de travaux (notre crédibilité commence à être mise en cause...).

*** CHD :**

Les 2 réunions qui auraient dû avoir lieu au cours de notre séjours ont malheureusement été annulées pour cause de journée mondiale du SIDA pour la première et inauguration du « cost sharing » pour la deuxième. Par ailleurs, le président du CHD le Dr MATEEN a eu un accident de voiture avec fracture peu de temps après notre arrivée, entraînant son absence de l'hôpital.

3. Analyse des orientations de la collaboration hôpital de Mazar – CH-Rodez et « nouvelles » demandes

Il nous paraît important d'insister sur l'attitude et la collaboration extrêmement positive du Dr MIRWAIS tout au long de cette mission, notamment en ce qui concerne les objectifs d'évolution de l'organisation du travail. En effet, tous les problèmes ont pu être abordés sans restriction. De plus, le Dr MIRWAIS a toujours présenté, aussi bien au niveau de l'hôpital qu'au niveau des médias (radio, télévision, presse écrite) le travail avec l'hôpital de Rodez et l'Ambassade de France comme une ouverture et une chance pour l'hôpital Mazar. La décision de l'hôpital de Mazar d'associer le CH-Rodez au « cost sharing » engage également notre établissement et il est donc important que le CH-Rodez et l'ambassade maintiennent leur engagement vis à vis de cet établissement, pour l'accompagner dans son évolution au cours des prochaines années. Par ailleurs, cette mission a permis de sensibiliser la très grande majorité des professionnels afghans aux changements à envisager pour permettre l'évolution de cet établissement, étape indispensable avant d'envisager la mise en place de techniques plus complexes.

Concernant les nouvelles demandes, cf. l'entretien avec le Dr MIRWAIS du 8 décembre

En résumé, nous proposons les missions suivantes pour les 12 mois à venir

- Janvier : mission service de chirurgie dont les objectifs seront : l'organisation du travail autour du malade dans le service de chirurgie et des urgences avec travail sur la phase pré et post opératoire des patients. Cette mission devra également consacrer quelques jours pour régler définitivement le problème de la rénovation du système de distribution d'eau.
- Mission d'organisation du travail autour du patient dans le service de pédiatrie avec également un suivi sur l'hygiène hospitalière et les prochains objectifs à atteindre dans ce domaine.

- Une mission chirurgie viscérale – bloc opératoire afin de continuer le travail initié à ce niveau cette année.
- Une mission d'enseignement sur la chirurgie orthopédique devra être envisagée dans l'année.
- Une mission laboratoire, éventuellement en collaboration avec l'EFS. L'envoi d'un technicien laboratoire sur une formation effectuée à Kaboul par la faculté de pharmacie de Lyon pourrait être une première étape d'implication dans ce service.
- Une mission management et coordination paraît également indispensable si l'on veut pouvoir continuer un travail en collaboration étroite avec la direction de l'hôpital de Mazar et l'Ambassade de France et définir avec les partenaires afghans les évolutions nécessaires dans l'organisation du travail au sein de l'hôpital de Mazar.
- Reste la question d'une mission anesthésie dont il faudra préciser les modalités et le timing par rapport aux missions suscitées.

Suite à ces propositions, le Dr Frédéric Tissot rappelle l'importance à ne pas se disperser dans différents champs. Autant il semble utile de continuer les travaux sur l'organisation, le management, l'hygiène et le circuit des patients chirurgicaux, autant il lui semble prématuré d'engager une action en pédiatrie et des formations en orthopédie. Il rappelle par ailleurs que l'appui aux laboratoires doit absolument se faire en cohérence avec ce qui se fait à Kaboul (Aide Médicale Internationale, Faculté de Pharmacie de Lyon et MoH). La mobilisation temporaire à Mazar de l'Interne en Pharmacie ou celle du technicien de laboratoires du CHU de Montpellier à Herat, pourrait permettre d'harmoniser les actions de la France dans ce domaine.

**Rapport de mission validé le 16 décembre 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



Frédéric Tissot

Les fiches de postes

Le relevé des tâches a été réalisé par les Infirmiers chefs qui se sont exprimés pour les différentes catégories professionnelles (Cleaners, Infirmiers, Infirmiers chefs).

Le listing des tâches est un préalable à la réorganisation du travail par service.

Il permet à ce jour de mesurer les écarts entre ce qui est fait (colonne 1) et ce qui devrait être fait (colonne 2).

Au fur et à mesure de l'avancée des réflexions et des dossiers avec les partenaires concernés (Direction, Direction des Soins, Médecins, Infirmiers, ...), ainsi que de l'observation et des réajustements apportés par les missionnaires, le contenu des postes va être modifié et enrichi. A terme, cela donnera lieu à une fiche détaillée pour chaque poste de travail (matin, garde, postes spécifiques, ...).

Ces "outils" permettront de bien cibler les responsabilités de chacun (qui fait quoi, ...) et seront un support de référence en matière de prise en charge du patient, d'organisation du travail et d'évaluation des agents.

Observations : le groupe d'Infirmiers chefs qui a travaillé sur la fonction infirmière, s'est beaucoup exprimé en terme de "il faut que ..." (1^{ère} colonne), ce qui ne correspond pas obligatoirement aux tâches réellement effectuées, d'où l'intérêt de faire un travail d'observation et d'analyse sur le terrain.

Malgré tout, on peut penser que les Infirmiers chefs sont dans une logique d'amélioration de l'organisation des soins et donc de la prise en charge du malade et qu'ils ont exprimé "ce vers quoi il faut tendre", sachant qu'à ce jour, ces Infirmiers chefs ne possèdent pas le positionnement et l'autorité suffisante pour faire évoluer les pratiques.

A priori, toutes les tâches réalisées par les Cleaners n'ont pas été listées lors des travaux en groupe.

Fiche de poste du Cleaner

<i>TACHES EFFECTUEES</i>	<i>TACHES A PREVOIR</i>
<u>Fonction Soins</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → brancardage → distribution de la nourriture 	<ul style="list-style-type: none"> → accueil du patient → en collaboration avec l'Infirmier (ère) : <ul style="list-style-type: none"> ◆ aide à l'installation et à la mobilité ◆ change et réfection du lit ◆ soins d'hygiène ◆ aide au repas
<u>Fonction Entretien</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → entretien du sol, des sanitaires, des murs → évacuation des déchets → évacuation du linge sale → chauffage des locaux → déplacement des lits et armoires 	<ul style="list-style-type: none"> → entretien du mobilier (lit, table de nuit, armoires,) → entretien des poubelles → aide au rangement des effets du patient → approvisionnement en linge propre → entretien du matériel (de soins et autres ...)
<u>Relation - Communication</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> → relève avec équipes de la nuit et de la journée → écoute du patient et informations au patient et à son entourage → communication des observations aux Infirmiers (ères)

Fiche de poste de l'Infirmier (ère)

Annexe

1.2

<i>TACHES REALISEES</i>	<i>TACHES A DEVELOPPER</i>
<u>Fonction Soins</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → soins infirmiers en regard de la prescription médicale : médicaments, perfusions, pansements → vérification du dossier du patient → surveillance des constantes → toilette des mains et des pieds 	<ul style="list-style-type: none"> → accueil du patient → en collaboration avec le Cleaner : <ul style="list-style-type: none"> ◆ aide à l'installation ◆ toilette du patient, change et réfection du lit ◆ aide à la mobilité ◆ aide au repas → participation à la visite des Médecins → préparation de l'opéré → réalisation des prélèvements (sanguins et autres ...) → relevé de la visite et planification des soins → contrôle et aide à la prise du traitement → tenue du dossier patient (mise à jour)
<u>Relation - Communication</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → explication au patient de l'importance de l'hygiène → participation à la réunion quotidienne du Directeur des Soins 	<ul style="list-style-type: none"> → écoute et informations du patient et de son entourage sur le fonctionnement du service et des soins en cours → information du Médecin sur les observations faites et l'état des patients → transmission des informations aux collègues (relève nuit - jour et de la journée) - transmissions écrites → encadrement des nouveaux (elles) Infirmiers (ères), des stagiaires et des Cleaners
<u>Gestion du matériel</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → vérification du matériel 	<ul style="list-style-type: none"> → contrôle de la propreté du matériel et de son bon fonctionnement → stérilisation du matériel

Fiche de poste de l'Infirmier Chef

<i>TACHES REALISEES</i>	<i>TACHES A DEVELOPPER</i>
<u>Fonction Soins</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → organisation du travail des Infirmiers (ères) et des Cleaners dans le service → participation à la grande visite des Médecins → contrôle de la prise des constantes du patient, de la réalisation des soins et de la tenue du dossier 	<ul style="list-style-type: none"> → organisation des relèves pour le personnel (jour, nuit et de la journée) Infirmiers (ères) et Médecins → organisation du travail en équipe Infirmiers (ères) - Cleaners et répartition des tâches par catégories professionnelles → vérification de la qualité des prestations
<u>Gestion des équipes</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → vérification de la présence du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> → réalisation des roulements du personnel → faire respecter la discipline et les horaires → faire remonter l'information à la Direction des Soins en cas de problème
<u>Gestion du matériel</u>	
<ul style="list-style-type: none"> → fourniture du matériel nécessaire pour la journée → contrôle de l'état du matériel 	<ul style="list-style-type: none"> → anticipation sur les besoins en matériel avec demande de moyens à la Direction des Soins
<u>Relation – Communication - Formation</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> → organisation de rencontres (réunions de service) avec les professionnels (Médecins - Infirmiers (ères) - Cleaners → évaluation / notation des agents avec la Direction des Soins → proposition des formations selon les besoins <ul style="list-style-type: none"> → encadrement des Infirmiers (ères), des stagiaires, des Cleaners

**Liste de tarifications par patient au département de la santé de la province de Balkh
(cost sharing)**

Annexe 2

Numéro	Opération importante	Tarif	Numéro	Opération moyenne	Tarif	Numéro	Opération normale	Tarif
1	Opération thoracique	300	1	Opération abdominale	100	1	Opération d'abcès	50
2	Prostate	300	2	Hernie	100	2	Panares	50
3	Opération vésicale	300	3	Lithiase	100	3	Cellulite	50
4	Opération rénale	300	4	Appendicite	100	4	Lavage d'oreille	50
5	Opération orthopédique	300	5	Occlusion	100	5	Opération de dent	50
6	Skin /gerft	300	6	Opération au dessus de l'estomac	100	6	Détermination du groupe sanguin	50
7	Petite radiographie	35	7	Opération O.R.L	150	7	Installation d'une attelle	20
8	Grande radiographie	70	8	Lavage de sinus	100			
9	E.C.G	50	9	Réduction de luxation				
10	Endoscopie	150	10	Cathéter pleural	100			
11	Echographie	40						
12	Laboratoire	5						
13	Consultation	5						
14	Hospitalisation	20						
15	Victime de la route et ainsi que les victime par l'explosion de mines							Gratuit
16	Les patients présentant de problèmes de nutrition							Gratuit
17	Consultation et traitement de patient atteint de paludisme, leishmaniose et tuberculose							Gratuit
18	Opération de tumeur							Gratuit
19	Toutes examen de prévention, vaccins, suivi de bébé et de la maman après l'accouchement							Gratuit
20	Tout médicament présent a l'hôpital							Gratuit
21	Circoncision							
22	Césarienne							Gratuit
23	Ablation de l'utérus							Gratuit
24	Ligature des trompes							Gratuit
25	10 pour cent de la population démunie de moyens financiers							Gratuit payant

Annexe 3

DEPENSES EFFECTUEES AU COURS DE LA MISSION DE DECEMBRE 2004 (Validation et financement par l'ambassade de France)

Sacs poubelle : 200 kg à 90 afghanis le kg.	382 \$
Poudre Ajax : 42 à 37 afghanis pièce.....	33 \$
Gants ménages : 43 à 37 afghanis	34 \$
Balais raclettes : 11 à 110 afghanis.....	26 \$
Multiprise :	1 \$
Acide sulfurique : 4 bouteilles à 80 afghanis.....	7 \$
Moteurs de machine à coudre : 3 à 5 \$.....	15 \$
TOTAL :	498 \$

DONS DU CH-RODEZ

Tulle gras : 50 paquets

Tuyau d'aspirations : 5 mètres

Ampoules scialytique : 10

Scotch britt : 60

Fils d'acier pour amygdaléctomie

Linge de Bloc : 610 kg (Transport Châteauroux – Kaboul financé par ambassade de France)

FICHE D'ÉVALUATION

Nom :.....

Prénom :.....

Qualification :.....

Service :.....

Date :.....

CONNAISSANCE DU TRAVAIL

Très bien Bien Moyen Insuffisant Mauvais Note :.....

APPLICATION DANS L'EXECUTION DU TRAVAIL

Très bien Bien Moyen Insuffisant Mauvais Note :.....

TRAVAIL EN COLLABORATION (médecin, infirmier chef, infirmier, cleaner)

Très bien Bien Moyen Insuffisant Mauvais Note :.....

COMPORTEMENT ENVERS LES PATIENTS ET LEUR ENTOURAGE

Très bien Bien Moyen Insuffisant Mauvais Note :.....

TENUE ET HYGIENE

Très bien Bien Moyen Insuffisant Mauvais Note :.....

PONCTUALITE ET RESPECT DES HORAIRES DE TRAVAIL

Très bien Bien Moyen Insuffisant Mauvais Note :.....

APPRECIATION GENERALE :**Note sur 30 :.....**

.....

.....

.....

.....

Signature des évaluateurs et de l'agent :

.....

Très bien = 4 Bien = 3 Moyen = 2 Insuffisant = 1 Mauvais = 0