



**RAPPORT DE MISSION
CH-RODEZ SUR
L'HOPITAL DE MAZAR-E-CHARIF
DU 03/01/04 AU 25/01/04**

**Rédacteurs : Dr Bruno Guérin (médecin infectiologue)
et
Philippe Delbès (cadre infirmier)**



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

SOMMAIRE

Programme de la mission	page 2
Mise à jour des informations	page 3
Travail et réflexion sur l'hygiène hospitalière	page 6
Bloc Opérateur	page 17
Organisation des soins	page 20
Ecole paramédicale	page 28
Contacts avec ONG et Organisations travaillant avec l'hôpital de Mazar	page 34
Evaluation des outils informatiques et possibilités de connexion Internet	page 36
Réunions à Kaboul.....	page 37
Récapitulatif des recommandations.....	page 38
Priorités proposées par le CH-Rodez	page 42

PROGRAMME MISSION MAZAR JANV 2004

OBJECTIFS DE LA MISSION

- Hygiène hospitalière : mise en place d'un comité de lutte contre les Infections nosocomiales, enseignements théoriques et pratiques aux personnels de soins (médecins et infirmiers) sur les thèmes décidés par le CLIN et évaluation des actions spécifiques complémentaires à mener
- Bloc opératoire avec évaluation précise pour l'amélioration du bloc opératoire (organisation, bâtiments, matériels, formations)
- Organisation des soins : évaluation précise de l'organisation des soins et élaboration de propositions d'amélioration
- Ecole paramédicale : évaluation des besoins précis des étudiants et des formateurs et capacité de Rodez à y répondre
- Contacts et coordination avec l'ensemble des ONG et partenaires internationaux impliqués sur l'hôpital, afin d'assurer la cohérence des actions présentes et futures du CH-Rodez avec les actions entreprises par les autres acteurs présents.
- Evaluation des possibilités de connections Internet existant sur Mazar (université, café Internet,...)

CALENDRIER DE LA MISSION

- Arrivée Kaboul le dimanche 4 janvier 2004, réunion à l'ambassade de France avec Florence MORESTIN et le Dr MIRWAIS (Directeur hôpital de Mazar) pour présenter les objectifs de la mission
- Arrivée Mazar le lundi 5 janvier à 14h : accueil par la grande majorité des chefs de service et le directeur adjoint (Dr ASSADULA)
- Mardi 06/01/04 au mardi 20/01/04 : réalisation des différents objectifs de la mission.
- Mercredi 21/01/04 au 23/01/04 : Réunions à l'Ambassade et au MOH.
- Samedi 24/01/04 au dimanche 25/01/04 : trajet retour Kaboul – Rodez

MISE A JOUR DES INFORMATIONS DEPUIS SEPT 2003

EVOLUTION DE L'ORGANISATION DE LA DIRECTION

Suite à quelques tensions entre le Directeur et les 2 directeurs adjoints, ces 2 derniers ont été démis de leurs fonctions et les 2 postes ont été supprimés. Cependant, en cas d'absence du Directeur, le Dr ASSADULA (chef de service du Service de vaccination, EPI) assure l'intérim.

Par ailleurs, le Dr AMAN ULLAH, un des médecins-chef du service de Chirurgie, a été nommé chef des médecins. Il est également responsable de «l'animation» de la réunion quotidienne de transmissions médicales.

SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE

La visite des nouveaux locaux (40 lits contre 30 antérieurement) a permis de refaire le point sur ce service, ce d'autant que les négociations entre Save The Children UK et le Ministère de la Santé afghan sont toujours en cours.

Le nombre actuel de médecins est de 40, mais devrait passer à 20 à la demande de Save the Children, 20 médecins devraient être déplacés vers d'autres services de l'hôpital (chirurgie et anesthésie notamment).

Il y aurait 43 personnels non médicaux (infirmières, sage-femmes confondues), sans qu'il n'y ait de distinction possible des fonctions.

Une formation de 5 semaines sur les urgences Gynéco-obstétricale a déjà été financée pour 2 médecins par Save The Children, 2 autres médecins devraient en profiter prochainement.

Le programme de Save The Children devait débuter en janvier, mais a été repoussé en mars, il doit prendre en charge :

- la formation
- l'installation du bloc gynéco (travaux toujours en cours)
- les médicaments
- un complément de salaire pour le personnel

Concernant l'activité, celle-ci nous est annoncée de façon un peu surprenante à 30 accouchements / mois, chiffre nettement inférieur à celui notifié en septembre

SERVICE DE PEDIATRIE

A lui aussi réintégré ses nouveaux locaux (rénovés), à coté du service de Gynéco. 30 lits officiellement installés, mais 33 malades hospitalisés le jour de la visite. Il faut noter que comme en septembre, le service de Pédiatrie est celui qui présente un taux d'occupation extrêmement élevé, avec des locaux qui ne semblent toujours pas adaptés à l'activité du service.

Personnel : 6 Médecins affectés au service
3 Médecins affectés à la polyclinique (qui assure 70 à 120 consultations / jour qui donnent lieu à 5 à 10 hospitalisations)
4 Médecins nommés sur des cliniques du district non encore opérationnelles et qui exercent dans le service en attendant leur affectation.
8 Infirmiers (3 hommes et 5 femmes)

Aide actuelle : apport de médicaments, à priori largement insuffisante (correspondant à la consommation de 5 à 7 jours) par Save the Children USA

Souhais des médecins : Formations des médecins et des infirmiers
Locaux adaptés à l'activité
Matériel médical : tensiomètres pédiatriques, couveuses,...

THERAPEUTIC FEEDING CENTER (TFC)

Personnel : 2 Médecins
6 Infirmiers

Aide actuelle : Save The Children UK assure la fourniture d'aliments et un complément de salaire au personnel (30\$ pour les médecins, 20\$ pour les infirmiers et 15\$ pour les autres employés). Cependant Save The Children envisage de se désengager de ce projet d'ici 2 mois et aucune solution de remplacement n'a été pour le moment trouvée.

POLYCLINIQUE

Structure assurant les consultations dans différentes spécialités et pouvant entraîner ou non une hospitalisation (les malades les plus graves transitent par contre par le Service des Urgences avant l'hospitalisation):

- Consultations de Chirurgie : 40 consultations + 20 à 25 pansements assurés par 3 Chirurgiens (qui assurent aussi les gardes du Service de Chirurgie), 1 Médecins et 3 Infirmiers
- Consultation de Dermatologie : +/- 30 consultations / jour
- Consultation de Médecine Interne : 50 à 60 consultations / jour
- Consultation ORL :
- Consultation Pédiatrie (cf. ci-dessus)
- Pharmacie (Mr. MOHAMMAD ISSA) : délivre gratuitement les médicaments prescrits lors des consultations effectuées à la Polyclinique. A en stock une trentaine de médicaments essentiels (par exemples 4 types d'antibiotiques : amoxicilline, cotrimoxazole, tetracycline, chloramphénicol), fournis par des ONG et le MOH.

SERVICE ORL

Le service ORL (chef de service Dr AZIZI) bénéficie d'un bloc spécifique, situé en dehors du bloc opératoire général pour les interventions pratiquées sous anesthésie locale (10 à 15 opérations par semaines).

Huit médecins interviennent dans cette spécialité et hospitalisent leurs patients dans une salle du service de chirurgie qui leur est réservée. Trois infirmiers composent l'équipe du bloc dont un infirmier chef.

Le bloc est réparti sur deux salles : la première de stockage, nettoyage du matériel (à noter que les canalisations étant bouchées, l'évacuation de l'eau se fait manuellement par un sceau) et stérilisation (Poupinel). Cette salle sert aussi à l'accueil des patients. La deuxième, correspondant à la salle opératoire à proprement parlée, est une salle vaste, claire et propre. Le matériel opératoire reste sommaire avec une table non réglable, un scialytique.

SERVICES ADMINISTRATIF

La rencontre avec le responsable administratif (Mr. HAJI HABIB) a permis d'obtenir des données chiffrées sur l'activité de l'hôpital de Mazar pour l'ensemble de l'année 2003 (cf. document ci-joint)

TRAVAIL ET REFLEXION SUR L'HYGIENE HOSPITALIERE

GROUPE D'HYGIENE ET DE DISCIPLINE

Sur l'initiative du Dr MIRWAIS, un Comité d'Hygiène et Discipline (CHD) a été créé en décembre 2003. Ce groupe est composé de 7 professionnels hospitaliers qui sont :

Dr WAKIL MATEEN (Président du comité et médecin dans le Service de Médecine Interne)

Dr SAIDA ISANA (médecin gynécologue) (absente car en séminaire au Japon)

Dr HAMIDA ELMI (médecin gynécologue)

Dr FARID (Pédiatre)

Dr ASSADULA (chef de bloc opératoire)

Mr ABDUL RAZAQ (infirmier)

Mr. ADBUL AHAD (technicien, chef du laboratoire)

Il a pour mission de développer l'hygiène sur l'établissement. A ce titre 3 de ses membres avaient suivi une formation en hygiène proposée par l'UNICEF en 2 modules (45 jours et 10 jours). Il s'est déjà réuni une fois et projette une réunion hebdomadaire (tous les mercredis)

RENCONTRE DU 5 JANVIER 04 AVEC LE GROUPE D'HYGIENE ET DE DISCIPLINE

Présentation par le groupe de ses premières observations :

« Si les savoirs sont à développer, ils ne pourront l'être qu'avec l'apport de moyens »

« Un des axes majeur à développer est l'amélioration de l'hygiène hospitalière »

« l'exigence de la discipline ne pourra se faire sans une reconnaissance financière du travail des personnels »

MODALITES DE CONSTITUTION DU GROUPE POUR LA FORMATION ET CREATION D'UN COMITE ELARGI

Le principe d'un médecin et d'un infirmier par service clinique est retenu

Le groupe sera ouvert également à un ou deux Pharmaciens et un Technicien de laboratoire

Le personnel nommé s'engage à suivre l'intégralité de la formation

Le groupe sera constitué de 15 à 20 personnes au maximum

MODULE DE REFLEXION SUR L'HYGIENE

Avec la participation de l'ensemble des nouveaux membres du CHD

PREMIERE JOURNEE (12/01/04) :

- Présentations des objectifs :

Le travail sur l'hygiène est présenté comme une priorité. En effet, il paraît impossible de faire évoluer les activités médicales de l'hôpital vers de nouvelles techniques si les problèmes d'hygiène ne sont pas réglés. Le personnel hospitalier connaît en théorie les règles d'hygiène et les objectifs de la session ne sont pas d'apprendre des choses nouvelles mais de trouver des solutions adaptées pour résoudre les problèmes d'hygiène que ce groupe devra identifier.

- Méthodologie utilisée :

Travail en sous-groupe de 4 – 5 personnes et mise en commun par l'intermédiaire d'un rapporteur. Les éléments rapportés seront classés en 2 catégories. La catégorie n°1 regroupera les priorités relevant directement de l'implication des professionnels de santé et du matériel leur étant directement nécessaire. La catégorie n°2 regroupera des priorités relevant d'investissement et de la réalisation d'équipements lourds. Des choix seront effectués au niveau de ces listes au cours de ces journées afin de proposer des actions prioritaires pour les mois à venir.

- Mise en commun des propositions du groupe:

Catégorie n°1 :

- . Prévoir un sas d'accueil à l'entrée des patients avec fourniture de linge propre
- . Mettre en place une organisation de distribution et de nettoyage du linge
- . Isolement des malades septiques
- . Distribution des repas aux patients par l'hôpital pour éviter l'apport de nourriture par les familles et ainsi favoriser la régulation des visites
- . Informations quotidiennes sur l'hygiène à l'ensemble du personnel
- . Lavage des mains systématiques des soignants après passage aux toilettes
- . Le personnel d'hôpital doit être propre (problème de l'entretien des blouses non fournies par l'hôpital)
- . Renforcer et former les équipes de nettoyage et assurer un lavage régulier des sols avec des produits antiseptiques
- . Interdire les cigarettes
- . Dotation en autoclaves et en boîtes chirurgicales adaptées pour le bloc opératoire
- . Création et équipement de salles de soins dans chaque service
- . Dotation en Poupinel pour les unités de soins
- . Dotation en boîtes sécurisées pour les objets piquants – coupants et de poubelles spécifiques pour les déchets septiques

Catégorie n°2 :

- . Réaliser le revêtement de toutes les allées à l'intérieur de l'hôpital pour assainir et éviter la présence constante de boue pendant l'hiver.
- . Remettre en état les canalisations et assurer la distribution d'eau à l'ensemble de l'hôpital
- . Aménagement à prévoir au laboratoire pour permettre une meilleure gestion des prélèvements et dotation de matériels adéquats
- . Dotations en lampes UV pour les salles de blocs et du laboratoire
- . Augmenter au bloc le nombre de salles opératoires
- . Augmenter le nombre de salles d'hospitalisation pour diminuer le nombre de malades par chambre.
- . Créer un service de quarantaine et un dépôt mortuaire
- . Installation d'un chauffage centrale pour éviter l'usage des bokharis (poêle à bois)

DEUXIEME JOURNEE (13/O1/04)

A partir des listes rédigées la veille, 2 points seront approfondis dans la journée

Le lavage des mains

Le circuit du linge et la lingerie

Il est précisé au groupe que l'important en hygiène est de travailler sur l'intégralité des circuits concernés

1°) Le lavage des mains

La méthodologie de travail a été divisée en 2 temps

- . Enumération et classifications des différentes situations nécessitant un lavage de mains simple ou antiseptique.
- . Réflexion et choix des moyens à mettre en œuvre pour parvenir à la mise en place du lavage des mains systématique.

Le groupe a défini et validé la liste suivante

Lavage des Mains simple (avec du savon, pendant 15 à 30 secondes)

- . Avant et après le repas
- . Avant et après être aller aux toilettes
- . A l'arrivée et au départ de l'hôpital
- . Avant et après avoir examiné un malade
- . Avant et après un lavage de matériel
- . Avant et après la réfection de chaque lit
- . Avant et après aspiration gastrique
- . Avant et après la réalisation d'une injection

Lavage antiseptique (avec Chlorexidine pendant une minute)

- . Avant et après avoir touché un objet souillé par un liquide biologique
- . Avant et après la réalisation d'un pansement, la pose d'une sonde urinaire, la pose d'un cathéter de perfusion, la réalisation d'une aspiration bronchique

Lavage antiseptique chirurgical.(durée de 6 à 10 minutes)

- . Avant et après les interventions chirurgicales
- . Avant et après un accouchement

Le Groupe a défini et validé les moyens nécessaires à mettre en oeuvre

. Mise en place une politique d'information sur le lavage des mains au sein de l'établissement avec information dans chaque service par les membres du CHD et mis en place d'affiche.

. Mise en place d'une réserve permettant une distribution d'eau permanente sur l'ensemble de l'hôpital pour faire face aux coupures d'eau fréquentes. Actuellement, il existe une première réserve surélevée et un deuxième est en cours de construction (avec un financement du MOH), mais qui serait, paraît-il, insuffisante, au dire de l'administration, pour faire face aux besoins.

. Réfection de l'ensemble du système de canalisation d'eau de l'hôpital. En effet, le nombre de points d'eau est extrêmement limité et le plus souvent inopérant dans les différents services.

En attendant la réalisation de cette réfection, le groupe propose la possibilité d'installer dans les chambres de malades, les salles des médecins et les salles des infirmiers un système de réservoir d'eau avec système d'évacuation.

. Nécessité d'assurer l'approvisionnement en savons et antiseptiques et réfléchir à l'utilisation d'essuie-mains personnels

. Le groupe exprime le souhait que certain de ces membres puissent bénéficier de stage de formation en France.

2°) Le circuit du linge

Analyse de la situation actuelle par le groupe

Le tissu est fournis par le MOH à l'administration de l'hôpital qui le stock sous la responsabilité du Directeur de l'établissement et le met à la disposition du tailleur en fonction des demandes. En théorie, la dotation par service est de 2 draps par lit. Ces draps devraient être changés après chaque départ de malade et au moins une fois par semaine. Le groupe reconnaît qu'en pratique les draps ne sont changés que tous les 3 à 6 mois, de la même façon les couvertures ne sont jamais changées. Les draps sont apportés à la lingerie par l'équipe de nettoyage en fonction des besoins. La lingerie (pièce insalubre de terre battue, une personne lavant à la main dans des bassines l'ensemble du linge qui lui est apporté avant de le faire bouillir dans une lessiveuse) emploie 2 personnes et il faut compter environ 2 semaines en hiver pour le retour d'un drap et un à 2 jours l'été. Le linge propre est stocké dans une armoire au niveau des unités de soins.

Les blouses sont achetées et entretenues par le personnel.

Propositions du groupe

- . La création d'une lingerie digne de ce nom est une priorité pour l'ensemble du groupe
- . Augmentation la dotation en linges des services : au moins 8 draps et 2 couvertures par lit
- . Fournir les blouses du personnel et en assurer l'entretien
- . Réfléchir aux possibilités d'assurer la mise à disposition de pyjamas en nombres suffisants aux patients hospitalisés.

TROISIEME JOURNEE (14/01/04)

Les objectifs de la journée seront :

- . Evaluation des circuits des déchets et les améliorations à apporter
- . Evaluation des risques des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et leur prévention

1°) Circuits des déchets

La méthodologie de travail a été divisée en 2 temps

- . Enumération et classifications par 3 sous-groupes de travail (laboratoire, bloc et gynéco-obstétrique, travail infirmier) des différentes situations générant une production de déchets.
- . Réflexion et choix des moyens à mettre en œuvre pour parvenir à la mise en place d'une politique de traitement adaptée.

La synthèse des 3 groupes a permis de définir et valider la liste suivante :

Les déchets dits « propres » qui regroupent les emballages, les poches de perfusion, les flacons de médicaments, les restes des repas,...

Les déchets dits « sales » qui regroupent tous les prélèvements de liquides biologiques, les pansements, les seringues, les différentes sondes usagées (urinaires, gastriques, trachéales,...), les cathlons de perfusion le matériel de laboratoire à usage unique (tubes à prélèvement, pot à urine,...), les gants,...

Les objets piquants – coupants : aiguilles à injection et de suture, lames de bistouris, trocarts, lames en verre du labo, ...

La problématique des pièces anatomiques post-chirurgicales, des placentas, des fœtus et des enfants mort-nés a permis de mettre en évidence des habitudes culturelles se caractérisant par leur prise en charge par les proches du patient qui en assurent en théorie l'inhumation. Le circuit des déchets ne pourra donc pas intégrer la prise en charge systématique de cet ensemble.

Le groupe met en avant la problématique de la gestion des déchets en aval des services avec une zone « d'incinération » plus que précaire, insuffisante et inadaptée.

Propositions du groupe :

. Mise en place de recommandations d'une meilleure gestion des déchets dans les structures de soins caractérisées par un tri en 2 groupes :

. Le groupe des déchets « propres » et « sales » mais non dangereux dans une première poubelle avec nécessité d'acquérir des poubelles métalliques galvanisées facilitant l'entretien.

. Le groupe des déchets coupants – piquants nécessitant une gestion dans des récipients identifiables et sécurisés.

. Installation d'un incinérateur dans l'enceinte de l'hôpital, ce d'autant qu'il n'existe pas, à priori, en ville de structure capable d'assurer la gestion de tels déchets.

2°) Les Accidents d'Exposition au Sang

Un tour de table à permis au groupe de lister l'ensemble des situations entraînant un AES et d'identifier les risques potentiels.

Une mise au point sur les AES leur a été présentée avec listage de tous les gestes à risque, des méthodes de prévention à mettre en place et les risques infectieux encourus.

Le groupe a ensuite listé les procédures immédiates pouvant être mises en œuvre et les moyens nécessaires à mettre en place dans le futur :

Procédure immédiate :

Engagement des membres du Comité d'Hygiène et de Discipline à informer tous les services sur les risques d'AES et sur la nécessité de débiter dès maintenant un tri sélectif des objets piquants – tranchants et d'éviter les gestes à risque.

Mesures à prévoir :

Vaccination de l'ensemble du personnel contre le VHB (à ce jour aucun des membres du groupe n'a bénéficié d'une telle vaccination). On peut cependant noter que ce vaccin ne serait pas, à ce jour, disponible en Afghanistan

Equipement en poubelles sécurisées et prévoir un incinérateur apte à traiter ce type de déchets.

QUATRIEME JOURNEE (18/01/04)

Cette journée a été consacrée à valider la constitution du groupe et les propositions qui seraient soumises à la direction et à la communauté médicale de l'hôpital de Mazar avant d'être proposées pour avis à cette ambassade et au MOH.

L'organisation du travail du CHD a été mise en place en instaurant une réunion hebdomadaire. La listes des objectifs à atteindre à court terme a été approuvée : politique de lavage des mains, meilleure gestion des déchets dans les unités de soins, amélioration de la

propreté dans les locaux, information et prévention sur les AES. A la demande du président du CHD, il a été remis à la fin de cette formation un certificat de participation afin de renforcer l'engagement des différents membres du comité (document ci-dessous).

Les axes prioritaires du travail du CHD ont été présentés avec le président du CHD à l'ensemble de la communauté médicale lors de la réunion quotidienne du matin animée par le Dr. AMANULA .

Une réunion avec le Dr MIRWAIS et le Dr WAKIL MATINE a permis de valider ces propositions. La signature d'un document en 4 exemplaires en Dari a permis de valider définitivement la constitution du CHD et les axes de travail à mettre en œuvre.

Une rencontre avec Monsieur HABIBI JON, responsable du journal mensuel de l'hôpital (diffusé sur tout Mazar), dans le cadre d'un article publié dans le prochain numéro, a permis mettre en avant la nécessité de l'amélioration de l'ensemble de l'hygiène hospitalière et de confirmer le rôle majeur du CHD.

ACTIONS CORRECTIVES IMMEDIATES FAISANT SUITE A LA FORMATION ET OBSERVEES PENDANT NOTRE SEJOUR

- Mise en place du nettoyage obligatoire des chaussures avant d'entrée dans les services de soins.
- Distribution obligatoire de sandale dans les halls d'entrée des différents bâtiments accueillant des services de soins avec organisation d'une consigne.
- Amélioration du nettoyage et de l'entretien des sols.

LES MISSIONNAIRES DU CH-RODEZ ONT RETENU COMME PRIORITAIRE LES MESURES SUIVANTES :

- . *Mise en place une politique d'information sur le lavage des mains au sein de l'établissement.*
- . *Réfection de l'ensemble du système de canalisation d'eau de l'hôpital et mise en place de points d'eau courante dans toutes les salles de soin et si possibles les chambres.*
- . *Nécessité d'assurer l'approvisionnement de l'hôpital en savons et antiseptiques.*
- . *Création d'une lingerie digne de ce nom.*
- . *Augmentation la dotation en lingerie des services : au moins 8 draps et 2 couvertures par lit.*
- . *Fournir les blouses du personnel et en assurer l'entretien.*
- . *Installation d'un incinérateur dans l'enceinte de l'hôpital.*
- . *Mise en place de recommandations d'une meilleure gestion des déchets dans les structures de soins caractérisées par un tri en 2 groupes.*
- . *Acquisition de poubelles standards et de poubelles sécurisées.*
- . *Mise en place d'une politique de prévention des AES.*

COMITE

D'HYGIENE ET DE DISCIPLINE DE

L'HOPITAL DE MAZAR-E-CHARIF

Président : Dr WAKIL MATINE

MEMBRES DU COMITE

<u>NOM</u>	<u>FONCTION</u>	<u>SERVICE</u>
WAKIL MATINE	MEDECIN Président du CHD	MEDECINE INTERNE
ABDUL RASHID AYOBİ	MEDECIN	TUBERCULOSE
ADBUL WAKIL	INFIRMIER - CHEF	BLOC OPERATOIRE
MOHAMMAD NADAR	INFIRMIER CHEF	PEDIATIE
MOHAMMAD ASHRAF	INFIRMIER CHEF	ORTHOPEDIE
GHULAM ALI	DIRECTEUR DES SOINS	
ABDUL AHAD	TECHNICIEN DE LABO	LABORATOIRE BIOLOGIE
FAZAL-RAHİM HOSHMAND	MEDECIN	ORL
MOHAMMAD HASSAN ROMAL	TECHNICIEN DE LABO	MALARIA
HAMIDA ELMI	MEDECIN	GYNECO-OBSTETRIQUE
SAYED AHMAD	MEDECIN	EPI (VACCINATION)
MAHBOBA NIAZI	MEDECIN	PEDIATRE
ABDUL RAZAQ	INFIRMIER CHEF	MEDECINE INTERNE
NASSERA JON	MEDECIN	GYNECO – OBSTETRIQUE
SAYED ASSADULLA FAIZI	MEDECIN	BLOC OPERATOIRE
SOHAILA WAHID	INFIRMIERE CHEF	GYNECO-OBSTETRIQUE
MOHAMMAD AFZAL	MEDECIN	ORTHOPEDIE
LAIEQ ALI	PHARMACIEN	PHARMACIE
NAFISSA JON	PHARMACIENNE	PHARMACIE
MOHAMMAD ASHRAF NADİM	INFIRMIER CHEF	ORL

ORGANISATION :

Mise en place d'une réunion hebdomadaire

OBJECTIFS :

Mise en place d'une politique :

- De lavage des mains
- D'une amélioration de la propreté et de l'entretien des locaux
- D'une meilleure gestion des déchets et tout particulièrement des objets piquants – tranchants
- D'information et de prévention des accidents d'exposition au sang

Dr MIRWAIS
Président hôpital Mazar-e-Charif
Le 18/01/04

*L'Ambassade de France,
L'Hôpital de RODEZ,
L'Institut de Coopération Aveyron-Afghanistan*

Certifie que

.....

a participé à la formation sur
l'HYGIENE HOSPITALIERE

dispensée à l'Hôpital de **MAZAR-E-CHARIF**
les **12,13,14 et 18 janvier 2004**

Docteur Bruno GUERIN

Philippe DELBES

BLOC OPERATOIRE

PERSONNEL :

Heures ouvrables : 08H – 14 H du samedi au mercredi

3 Infirmiers

4 Infirmiers Anesthésistes

3 Médecins Anesthésistes (2 formés sur 1 an en Afghanistan et 1 formé en 3 ans en Turquie)

Le programme réglé est de 4 patients quotidien.

Garde

1 infirmier – 1 infirmier anesthésiste de garde sur place

1 Médecin anesthésiste d'astreinte

LISTE DES LOCAUX ET DU MATERIEL

- . 1 couloir d'entrée pour changement de chaussures
- . 1 pièce pour les médecins
- . 1 vestiaire homme et un vestiaire femme, mais chacun doit apporter son propre pyjama de bloc, le calot et le masque et en assurer l'entretien (une petite réserve de vêtements non entretenus est à la disposition des visiteurs). L'ensemble vétuste des différentes salles nécessitera obligatoirement une rénovation avant l'installation du matériel neuf.
- . 1 Bloc viscéral avec
 - 2 tables opératoires non réglables
 - 2 petits scialytiques en état de marche (prêtés par l'équipe indienne)
 - 2 respirateurs sommaires et anciens mais en état de marche pour au moins un d'entre eux
 - 1 aspiration mécanique vétuste
- . 1 Bloc orthopédique délabré et mal entretenu avec
 - 1 table opératoire non réglable
 - 1 petit scialytique (prêté par l'équipe indienne)
- . 1 Bloc gynéco avec 1 table gynéco, vétuste
- . 1 Bloc indien bien équipé (table hauteur variable, bistouri électrique, respirateur, tensiomètre – saturomètre, aspiration électrique,...)
- . 1 laverie avec 1 machine à laver dont le fonctionnement paraît aléatoire et 2 points d'eau pour les lavages de mains chirurgicaux
- . 1 autoclave en état de marche

ORGANISATION DU TRAVAIL

- Préparation du Matériel : Les champs et les casaques sont lavés à la machine, rincés dans un bain à la Chlorexidine, séchés puis auto clavés sans emballage (pour cause de taille inadaptée des tambours et de l'autoclave). A la fin de cette étape le linge est ressorti manuellement et stocké dans des tambours non stériles puis

directement utilisé au cours de l'opération en fonction des besoins. Les instruments sont nettoyés dans un bain de Chlorexidine, rangés dans un plateau, emballés dans un champ usagé, poreux, mal nettoyé et stérilisé à l'autoclave et stockés dans la salle opératoire sur des étagères mal entretenues.

- Préparation de la salle : table recouverte d'une toile cirée non changée, non nettoyée, le matériel opératoire est stocké dans la salle et la table de matériel opératoire est préparée par l'infirmier au début de l'opération.
- Préparation de l'opéré : le patient arrive habillé, non changé et non désinfecté, en apportant le petit matériel nécessaire à son intervention (seringues, perfusion, fils, compresses, médicaments,..., achetés au bazar). Il est déshabillé de façon incomplète sur la table, badigeonné de bétadine sans rasage.
- Utilisation du matériel et déroulement de l'opération évalué sur 2 opérations viscérales et une opération orthopédique :

Bloc viscéral

. Infirmier : bonne dextérité au niveau de l'installation du matériel mais avec de très graves fautes d'asepsie.

. Chirurgiens : opération effectuée par 3 chirurgiens avec une bonne dextérité opératoire pour les 2 plus anciens, mais avec une durée d'intervention beaucoup trop importante liée en partie à une absence de matériel adéquat.

Bloc orthopédique

. Infirmier : aucune hygiène au niveau des mains, utilisation anarchique des boîtes, grave fautes d'asepsie répétées

. Chirurgiens : opération effectuée par trois chirurgiens, techniques mal maîtrisées et graves fautes d'asepsies à répétition.

ANALYSE ET ORIENTATIONS A ENVISAGER

Malgré une dextérité chirurgicale observée en viscéral, il est inconcevable d'envisager une amélioration du matériel et l'acquisition de nouvelles techniques (souhait exprimé à plusieurs reprises par les chirurgiens afghans), sans que celles-ci soient couplées voir précédées d'une formation sur l'organisation du travail, l'hygiène et l'asepsie de l'ensemble du personnel du bloc. L'absence d'autocritique des chirurgiens sur l'organisation générale du bloc et des problèmes d'asepsie permet de mesurer l'importance du travail qu'il sera nécessaire de mener dans ces domaines.

La réunion organisée avec le chef de Bloc le Dr ASSADULLAH (anesthésiste) a permis à ce dernier d'exposer les besoins en matériel (correspondant à l'estimation faite par nous même, avec en plus une demande pour l'acquisition de scialytiques) ainsi que la problématique de l'absence de spécialisation pour l'équipe infirmière et l'équipe de nettoyage.

Pour atteindre ces objectifs, il sera nécessaire d'envisager

- Des missions de formation infirmière dans un premier temps, pour remettre une réorganisation du travail de l'équipe infirmière et de nettoyage et une remise aux normes l'ensemble des règles d'hygiène et d'asepsie.
- Des missions de formation chirurgicale pour perfectionnement et acquisition de nouvelles techniques.
- Une rénovation du bloc (peintures, plomberie, réseau électrique...)
- Acquisition indispensable de matériel :
 - . 2 auto-claves
 - . L'équipement pour une laverie autonome au sein du bloc avec machine à laver, sèche linge et bac de nettoyage du matériel chirurgical
 - . Linge de bloc : champs opératoires, sarrots, masques chirurgicaux lavables, calots lavables
 - . 3 respirateurs simples et 3 unités de surveillance anesthésique
 - . 2 jeux complets de boîtes chirurgicales (laparotomie, hystérectomie ostéosynthèse, ...)
 - . Mobilier de bloc en inox pour 3 salles
 - . 2 tables chirurgicales viscérales et 1 table chirurgicale orthopédique
 - . 1 Bistouri électrique, un ampli de brillance
 - . 2 aspirations électriques, 2 scialytiques

ORGANISATION DES SOINS

OBJECTIF

Evaluation précise de l'organisation des soins et élaboration de propositions d'amélioration

METHODOLOGIE

Evaluation du fonctionnement de 3 services (Service de Médecin Interne, Service de Chirurgie, bloc opératoire sur une journée chacun) et évaluation du service des soins infirmiers.

RESULTATS DE L'EVALUATION

1. Evaluation médicale du Service de Médecine Interne (chef de Service : Dr SIDIKI)

50 lits officiels mais seulement 35 installés + 3 boxes d'urgence

Pour les hommes : 5 lits de soins intensifs (ICU), 6 lits de Cardiologie (CCU) et 10 lits froids

Pour les femmes : 5 lits ICU, 5 lits CCU et 4 lits froids

A noter qu'aucune différence objective n'a été observée entre les différentes catégories de lits.

Taux d'occupation le jour de la visite 40 %

1.1. Organisation médicale

Equipe constituée de 20 médecins

L'organisation médicale se décline en 2 axes, une hiérarchie administrative et une organisation fonctionnelle

1.1.1. Hiérarchie administrative :

4 médecins chefs (ancienneté > 20 ans)

5 médecins de 2^{ème} catégorie (ancienneté entre 7 et 15 ans)

11 médecins 3^{ème} catégorie (ancienneté entre 0 et 7 ans)

0 à 4 ans : médecin jeune (pas de droit de prescription)

4 à 7 ans : médecins seniors*

1.1.2. Organisation fonctionnelle (théorique) :

Pendant la journée (08 H – 14 H)

. 4 médecins assurent les urgences du service

. 11 médecins assurent un travail dans les différentes salles

. 5 médecins remplaçants

* Le MOH a établi différentes catégories de médecins, mais elles reposent sur le passage de concours de spécialisation et non sur l'ancienneté. On observe donc là une spécificité de l'hôpital de Mazar.

Les médecins de 2^{ème} catégorie sont responsables de 2 salles et les médecins 3^{ème} catégorie d'une salle, les médecins chefs assurent de façon plus ou moins collégiale la responsabilité médicale du service.

Pendant la garde (14 H – 08 H)

- . 1 médecin 3^{ème} catégorie qui assure les urgences (rotation tous les jours)
- . 1 médecin 3^{ème} catégorie qui assure la salle (rotation tous les jours)
- . 1 médecin de 2^{ème} catégorie assure un premier niveau d'astreinte (rotation tous les 6 jours)
- . 1 médecin chef assure un deuxième niveau d'astreinte (rotation tous les 7 jours)

Cette organisation est validée par un tableau de garde validé par le chef de service et affiché dans le service

1.2. Fonctionnement médical

Les vingt médecins sont présents en théorie toute la matinée de 8h à 14h. Ils effectuent une visite complète auprès des patients hospitalisés.

La visite quotidienne matinale est assurée par 1 médecin 3^{ème} catégorie, 1 médecin de 2^{ème} catégorie et un médecin Chef +/- 1 infirmier, des internes et des étudiants...(de 10 à 40 personnes le jour de l'évaluation). La contre visite du soir est assurée par le médecin 3^{ème} catégorie de garde.

Le service assure 35 consultations par jours qui entraînent 5 à 10 hospitalisations.

Le dossier patient est constitué d'une feuille administrative, d'une feuille médicale avec une observation, écrite en grande partie en anglais (langue utilisée pour la terminologie technique au cours des études de médecine), et les prescriptions médicales et une feuille infirmière servant à marquer les constantes (de façon inconstante) et la délivrance des produits. Les examens complémentaires (biologie, radiologie, échographie) sont également inclus dans ce dossier. On peut cependant noter le nombre extrêmement limité d'examens biologiques dont la fiabilité semble également aléatoire, selon les médecins afghans (ce qui correspond aux constatations faites lors de la visite du laboratoire de biologie en septembre 2003). De la même façon, les examens échographiques semblent d'une précision limitée. Une telle insuffisance des examens complémentaires explique probablement en partie les limites des diagnostics évoqués et des conduites à tenir thérapeutique qui en découlent. L'analyse des dossiers des patients hospitalisés lors de notre évaluation met en évidence la fréquence importante des pathologies cardiologiques et des pathologies infectieuses, mais la qualité des diagnostics reste à affiner, de même que les solutions thérapeutiques proposées. Le dossier est archivé à la sortie du patient au niveau du bureau des entrées.

Cette organisation médicale et notamment la grande visite du matin, s'avère en réalité très protocolaire et rigide, probablement du fait d'une position dominante excessive des médecins chefs et semble être un frein à l'autonomisation professionnelle des jeunes médecins.

2. Evaluation Médicale du Service de Chirurgie (chef de service Dr ESMAT)

100 lits officiels mais seulement 60 installés

Pour les hommes : 30 lits dont 5 lits de post-opératoire

Pour les femmes : 30 lits dont 5 lits de post-opératoire

A noter qu'aucune différence objective n'a été observée entre les différentes catégories de lits, froids ou chauds ainsi que chirurgie viscérale et orthopédique qui étaient mélangés

Taux d'occupation le jour de la visite : 60 % des lits installés

2.1. Organisation médicale

Equipe constituée de 37 Chirurgiens (dont 4 chirurgiens orthopédiques)

Comme dans le service de Médecine Interne, l'organisation médicale se décline en 2 axes, une hiérarchie administrative et une organisation fonctionnelle

2.1.1. Hiérarchie administrative :

- . 3 chirurgiens chefs (ancienneté > 20 ans) (Dr ESMAT, Dr SAID QADIR, Dr. HADJI AMANULLAHA)
- . 11 chirurgiens de 2^{ème} catégorie (ancienneté entre 7 et 15 ans), dont 2 femmes
- . 9 chirurgiens 3^{ème} catégorie (ancienneté entre 0 et 7 ans)
 - 0 à 4 ans /médecin jeune
 - 4 à 7 ans : médecin senior
- . 9 chirurgiens urgentistes
- . 5 chirurgiens femmes dont le niveau n'a pas été précisé

2.1.2. Organisation fonctionnelle (théorique) :

Pendant la journée (08 H – 14 H)

Tous les chirurgiens sont normalement présents et chaque patient est sous la responsabilité d'un stagiaire, d'un médecin de 3^{ème} catégorie et un médecin de 2^{ème} catégorie, les médecins chefs assurent, visiblement de façon collégiale, la responsabilité médicale du service. L'ensemble des chirurgiens participent à l'activité chirurgicale en fonction de ses compétences et de son expérience (travail de penseuse pour les plus jeunes et gestes techniques complexes pour les plus expérimentés).

Pendant la garde (14 H – 08 H)

- . 1 chirurgien d'urgence
- . 1 chirurgien de 3^{ème} catégorie
- . 1 chirurgien de 2^{ème} catégorie

. 1 médecin chef en astreinte en cas de problème
Cette organisation est validée par un tableau de garde, validé par le chef de service et affiché dans le service.

2.2 Fonctionnement médical

Les chirurgiens sont présents en théorie toute la matinée de 8h à 14h. Ils effectuent une visite complète auprès des patients hospitalisés.

La visite quotidienne matinale est assurée par 1 médecin 3^{ème} catégorie, 1 médecin de 2^{ème} catégorie et un médecin Chef +/- 1 infirmier, des internes et des étudiants...(de 10 à 25 personnes le jour de l'évaluation)

Le dossier patient est constitué d'une feuille administrative, d'une feuille médicale avec une observation succincte, écrite en grande partie en anglais, et les prescriptions médicales et une feuille infirmière servant à marquer les constantes (de façon inconstante) et la délivrance des produits. Les insuffisances des examens complémentaires signalés dans l'analyse du Service de Médecine Interne sont également retrouvées ici, avec une problématique toute particulière pour les examens échographiques. Les dossiers sont archivés de la même façon.

La visite de l'ensemble des patients hospitalisés met en évidence la réalisation de techniques opératoires relativement complexes : appendicectomie, cholécystectomie, péritonite, prostatectomie trans-vésicale, exérèse de calculs rénaux, fracture fémorale, exérèse de kystes hydatiques hépatiques et péritonéaux, rétablissement continuité colique après colostomie réalisée suite à une plaie par arme à feu,... Par contre, la prescription des antibiotiques dans leurs utilisations prophylactique et post opératoire reste à améliorer.

Cette organisation semble dans ce service beaucoup plus interactive, permettant la confrontation d'opinions professionnelles entre les jeunes chirurgiens et les chirurgien-chefs

3. Evaluation générale Organisation Infirmière

3.1. Organisation générale Infirmière

L'équipe infirmière de l'hôpital se compose de 80 IDE (40 hommes, 40 femmes)
Le directeur des soins infirmiers (Mr. GHULAM ALI) a également la responsabilité de l'équipe d'entretien des locaux (nombre non précisé), ainsi que du tailleur et de la laverie. Au cours de notre séjour, Mr. MOHAMMAD ASSEF a été nommé adjoint au Directeur des soins infirmiers. La dotation infirmière par service est de 1 infirmier pour 5 malades.

Les Infirmiers comme tout le reste du personnel travaillent tous les jours de la semaine de 08 H à 14 H à l'exception du vendredi, où seul le service de garde est assuré. L'après midi 2 IDE sont de garde pour chacun des services, généralement on retrouve 1 homme et 1 femme. On retrouve dans chaque service un infirmier-chef homme et une infirmière-chef femme qui sont nommés par le Directeur des Soins Infirmiers et le Directeur de l'Etablissement, soit au total 15 infirmiers-chefs. Ils sont affectés de façon permanente à leur service, alors que le reste de l'ensemble de l'équipe infirmière tourne tous les 3 mois de façon simultanée, ce qui est également le cas des équipes de nettoyages. Ils sont responsables des

équipes infirmiers et de nettoyage sur le plan administratif mais non visiblement des difficultés à faire appliquer leur autorité. A noter que pour le bloc, l'infirmier chef et l'infirmier adjoint sont fixes alors que le reste de l'équipe tourne également tous les 3 mois. C'est la Direction des Soins qui définit les rotations en bloc de l'ensemble des équipes de façon arbitraire entre tous les services, sur la notion qu'il est important que l'ensemble des infirmiers soit polyvalent afin de pouvoir assurer les gardes dans l'ensemble des services.

Le directeur des soins réunit de façon quotidienne tous les infirmiers en 2 groupes séparés hommes et femmes, afin d'assurer une transmission de la garde.

Sur le plan de la formation, l'équipe d'entretien a bénéficié d'une formation de 2 fois 3 jours dispensée par Save The Children UK. Douze infirmiers-chefs suivaient au moment de notre visite une formation de 21 jours dont les objectifs étaient une remise à niveau et un enseignement sur les nouvelles techniques (?). A noter que toutes ces formations ont toujours été théoriques sans aucun suivi ni enseignement pratique sur l'hôpital de Mazar.

3.2. Organisation Infirmière

L'équipe infirmière du Service de service de Médecine Interne est constituée de 11 Infirmiers (IDE) : 6 hommes et 5 femmes. (Responsable M. MARMOUD), celle du service de Chirurgie est constituée de 3 hommes et 2 femmes (responsable Mr. GHULAM SAKHI). Chaque IDE est affecté pour une durée d'un mois à une salle particulière et tous les 3 mois, il/elle est affecté(e) dans un nouveau service.

3.3. Fonctionnement Infirmier

Les IDE ont la responsabilité de tous les soins de nursing (installation, change, soins d'hygiène). Ils doivent assurer l'application de la prescription médicale et le suivi des malades, la prise des constantes et les retranscrire sur le dossier patient. Notre observation directe nous a permis de noter une irrégularité manifeste dans l'exécution des prescriptions et de la retranscription des observations infirmières.

De grosses lacunes dans l'hygiène des locaux apparaissent, malgré une organisation théorique clairement présentée. (4 personnes affectées à l'entretien des locaux dans la journée et 2 pour la garde dans le service de Médecine Interne par exemple). Les salles de soins sont inadaptées par manque de matériel (absence de paillasse, absence de point d'eau, petit matériel en quantité insuffisante, four Poupinel en panne ou peu fiable)

L'observation de la pose de perfusions met en évidence un certain nombre d'insuffisances : utilisation d'un antiseptique non adapté (Flacon sans couvercle de cotons imprégnés de Chloréxidine délivrés tous les matins par la pharmacie) et appliqué de façon succincte sur la zone de perfusion, lavage des mains inexistant (un seul point d'eau et pas de savon dans le Service de Médecine Interne et pas de point d'eau dans le service de Chirurgie). Cependant aucune veinite n'a été remarquée au cours de la visite des 2 services et ce constat est confirmé par les équipes médicales.

Dans le service de Chirurgie, l'observation de la réfection des pansements met en évidence une dextérité, un savoir-faire et des connaissances réelles. Pour autant, des erreurs manifestes dans la chronologie, dans l'asepsie et l'hygiène ont été notées, cependant aucune plaie observée n'étaient inflammatoires. Les boîtes de matériel à pansement sont nettoyées

dans le service de Chirurgie en fin de poste de travail. Les instruments sont trempés dans un bain de Chlorexidine, suivi d'une déterision mécanique (avec une brosse à dents) puis bénéficie d'une « stérilisation » aléatoire dans un four à chaleur sèche type Poupinel sans thermostat avec une durée totale de 40 minutes.

L'hôpital fournit, en théorie, à chaque patient un drap et le lit est refait après chaque départ de patient. Fait non constaté lors du passage l'après midi dans les services et il semblerait que ce changement de draps ne soit en fait effectué que tous les 3 à 6 mois, les couvertures quant à elles ne sont jamais changées, ni même la sur housse en tissus. La visite de la laverie explique cette situation : une pièce insalubre de terre battue, une personne lavant à la main dans des bassines l'ensemble du linge qui lui est apporté avant de le faire bouillir dans une lessiveuse !!!

L'élimination des matériels de soins se fait dans une poubelle unique (objets souillés et tranchants regroupés ensemble et avec les autres déchets). Ces poubelles sont vidées sur une zone d'incinération à ciel ouvert à l'arrière de l'hôpital. Autour de cette zone de nombreux déchets hospitaliers souillés, coupants et piquants ont été observés. A noter qu'il existe une deuxième zone à gauche de l'entrée du pavillon de chirurgie, sur laquelle pièces anatomiques, sondes usagées, seringues, résidus de repas se côtoient.

Pour le Directeur des soins Infirmiers, les dysfonctionnements évoqués ci-dessus sont à mettre sur le compte d'un problème de formation initiale et d'un manque d'intéressement financier du personnel (1500 Afghanis / mois). La remise en question sur des défauts d'organisation et d'encadrement n'est jamais évoquée. Le personnel semble avoir bénéficié depuis quelques années de multiples formations théoriques (formations soins primaires, nutrition, remise à niveau soins infirmiers,...) sans aucun suivi ni application pratique sur le terrain.

L'équipe médicale et les chefs de services déplorent ce manque d'implication et de rigueur des IDE, mais semblent dépourvues de solution à mettre en oeuvre avec un sentiment d'impuissance et de manque d'autorité vis à vis du corps infirmier

L'organisation d'une réunion avec le Directeur des Soins et l'ensemble des Infirmiers chefs a permis de mieux appréhender l'organisation hiérarchique des unités de soins et d'ouvrir la discussion sur les éventuelles améliorations d'organisation à apporter :

L'organisation hiérarchique au sein des unités de soins est complexe avec par exemple pour le service de gynéco 6 postes d'infirmières ou sage-femmes chefs pour 43 agents (superviseur des sage-femmes, responsable de la salle de soin, responsable de la gestion du personnel infirmier, responsable du bloc gynéco, responsable du service de soins intensifs, plus une autre chef infirmière dont le rôle n'a pas pu être clairement défini). Le nombre important d'infirmiers chefs peut être un frein à la responsabilisation de l'équipe infirmière et expliquer le manque de relations concertées avec l'équipe médicale.

Une réflexion sur la nécessité de définir un nouveau mode d'organisation des unités de soins a été entamée avec l'ensemble du groupe, mais se trouve confrontée à une absence d'autocritique qui peut expliquer les réticences exprimées. La nécessité de prouver le réel investissement du CH-Rodez et de cette ambassade sur l'hôpital de Mazar est mise en avant par le groupe pour justifier ses réticences actuelles à tout changement. Par contre, le groupe s'est engagé à réfléchir sur une évolution possible de ses fonctionnements dès lors que la

preuve de notre action aura été apportée. La nécessité d'un investissement de l'ensemble des équipes de soins sur l'hygiène à été bien accueillie.

PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

Le manque d'analyse sur les dysfonctionnements et l'absence d'autocritique, nous amènent à faire les propositions suivantes :

- Améliorer la responsabilisation des médecins de 3^{ème} catégorie, en leur donnant accès à des formations ciblées leur permettant d'acquérir une expérience supérieure et leur permettre de prendre plus de responsabilité. Dans le même but, une modification de l'organisation des visites avec plus d'autonomie pour les médecins de 3^{ème} catégorie seniors (4 à 7 ans) paraît souhaitable afin de sortir d'un système trop pyramidal.

- Favoriser le renforcement du binôme Chef de Service - Infirmier Chef en redéfinissant les fonctions de ce dernier.

- Renforcer le positionnement des Infirmiers Chefs vis à vis du reste de l'équipe, en les impliquant dans les décisions et les formations se rapportant au fonctionnement du service et dans un premier temps à l'hygiène (via la mise en place et l'application des recommandations du CHD).

- Organiser les rotations du personnel infirmier de façon plus étalée et fractionnée pour un même service afin d'éviter que les infirmiers d'un même service changent tous en même temps.

- Maintenir les infirmiers spécialisés (bloc, pédiatrie) dans leur unité. Cette remarque est également vraie pour l'équipe de nettoyage du bloc opératoire.

- Création de véritables salles de soins dans les services (paillasse, matériel infirmier, point d'eau, poubelle, ...)

- Favoriser l'application pratique des formations théoriques déjà acquises mais qui souvent ne réussissent à être utilisées dans l'exercice professionnel quotidien.

ECOLE PARAMEDICALE

Suite à la première mission exploratoire de septembre 2003 et les objectifs fixés par cette ambassade, cette mission a essentiellement porté sur la formation infirmière. On peut cependant noter qu'au niveau de l'école il existe aussi un changement des responsables par rapport au mois de septembre 2003. En effet, la direction de l'école est maintenant assurée par Madame le Docteur KHADIJA (médecin gynécologue), nommée depuis trois mois seulement sur l'école. Elle est secondée par un directeur adjoint le Mr. ABDUL LATIF (infirmier) et une responsable pédagogique Madame HAMINA JON (sage femme).

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE L'ENSEMBLE DE L'ECOLE

Les locaux et le personnel pédagogique de l'école sont communs à l'ensemble des filières de formations.

L'équipe pédagogique est constituée de 23 formateurs permanents employés exclusivement à l'école para médicale :

- 10 Médecins
- 4 Sages femmes
- 6 Infirmiers
- 3 autres enseignant (droit, religion,...)
- 1 adjoint (Mr. ABDOUL LATIF)

Des intervenants extérieurs, issus de l'hôpital et de la faculté de médecine, interviennent également bénévolement, ce qui porte à 42 le nombre total des enseignants.

Les différentes filières de formations se répartissent en fonction de quotas définis par le Ministère de la Santé. L'admission se fait désormais sur concours après le bac, il est commun avec celui des études de médecine et le classement définit l'orientation des étudiants. Il porte sur les matières suivantes : mathématique, sociologie, farsi, pachtou.

Pour l'année 2004, la répartition des différentes filières est la suivante (voir tableau ci-dessous), avec cependant une absence de données sur le nombre d'inscrits pour la rentrée du mois de mars 2004. On peut cependant noter qu'il n'est à priori prévu aucun quota pour la rentrée 2004 dans les filières Laborantin, Stomato, Techniciens Radio et Préparateur en Pharmacie (formation de 2 ans uniquement pour ces derniers).

La filière Infirmière est en fait exclusivement réservée aux hommes et la filière Sage-Femme aux femmes. Les programmes seraient similaires en dehors d'un enseignement particulier en gynéco-obstétrique dans la filière Sage-Femme. Cet état de fait confirme ce qui avait été observé dans le service de gynéco-obstétrique, où il n'était visiblement pas possible de différencier l'activité des Sage-Femmes de celle des Infirmières. Cette situation nous amène à évaluer de façon conjointe ces 2 filières.

FILIERES	1^{ère} ANNEE	2^{ème} ANNEE	3^{ème} ANNEE	PROMOTION SORTANTE
INFIRMIERS	Inscriptions en cours	30	100	70
SAGE-FEMMES	Inscriptions en cours	64	61	23
LABORANTINS	0	0	32	20
STOMATO	0	0	45	30
TECHNICIENS RADIO	0	40	0	0
PREPARATEURS PHARMACIE	0	0	0	22

Sur le plan des locaux, l'école dispose d'un bâtiment rénové récemment comportant 6 salles de classe, et 2 petites salles de travaux pratiques (une salle polyvalente et une salle pour les élèves laborantins). Le service de Maladies Infectieuses, actuellement fermé, met à disposition de l'école 1 grande salle de cours, 1 petite salle de cours et 1 petite salle de travaux pratiques (stomato). Soit au total 8 salles de cours et 3 salles de travaux pratiques.

ORGANISATION PEDAGOGIQUE DES FILIERES INFIRMIERE ET SAGE-FEMME

L'année scolaire se déroule du 6 mars à la fin décembre – début janvier, après les examens. Elle est divisée en 2 semestres de 16 semaines chacun, sanctionnés par un période d'examen et coupée par 20 jours de congés.

L'enseignement en 1^{ère} année est exclusivement théorique. La deuxième année intègre en plus 2 jours de stage hebdomadaire et la 3^{ème} année 3 jours. Ces stages sont essentiellement fait au niveau des services de l'hôpital avec cependant l'année dernière quelques essais de stages dans les provinces voisines du fait de la domiciliation de certains étudiants (lieu non précisé). On retrouve plusieurs stagiaires par service et ils sont suivis en théorie par un formateur pour toute la promotion, référent de plusieurs services.

Pour chaque année, chaque matière est sous la responsabilité d'un enseignant qui assure l'intégralité des cours. Il existe un responsable pédagogique par année :

	Infirmiers	Sage-femmes
Première année	Nomination en attente	Nomination en attente
Deuxième année	HAIDAR KHAN	HAMINA JON
Troisième année	AZIZA JON NEMATI	AZIZA JON

Les étudiants bénéficient par journée d'enseignement de 3 cycles de 90 minutes divisés chacun en 45 minutes d'enseignement théorique et 45 minutes d'enseignement « pratique ». Si on rapporte cette comptabilité au décompte officiel du programme, les 36 heures hebdomadaires prévues ne correspondent en réalité qu'à 27 heures d'enseignement. Les cours magistraux peuvent se passer avec la promotion entière dans les salles de classes. Les travaux pratiques se passent en sous-groupes successifs de 10 étudiants (du fait de l'exiguïté de la salle) laissant sans occupation le reste du groupe.

Les supports pédagogiques sont extrêmement sommaires. Les salles de cours sont équipées de table et d'un tableau noir. La salle de travaux pratiques polyvalente est exiguë, le matériel disponible se limite à un lit, 2 mannequins anatomiques incomplets, 2 squelettes également incomplets, quelques planches anatomiques murales. On notera l'absence de tout matériel paramédical (tensiomètre,...). Les étudiants ne possèdent aucun manuel et les enseignants semblent également dépourvus de support pédagogique. Cependant lors de notre mission, la directrice venait de rapporter de Kaboul plusieurs cartons de livres paramédicaux donnés par l'école paramédicale centrale : en fait l'ensemble des livres en anglais avait été publié entre les années 1960 et 1980, seuls certains livres en persan d'origine iranienne étaient plus récents.

Les enseignants n'ont visiblement jamais bénéficiés d'aucune formation pédagogique. L'évaluation des pratiques pédagogique avec un groupe d'enseignant a permis de préciser la méthodologie de travail. Le cours magistral reste la base des séquences pédagogiques (lecture du cours par l'enseignant, prise de note par les étudiants et quelques questions en fin de cours. Les enseignants préparent les cours chez eux sur des documents personnels en iranien ou en anglais. Absence de support et de place pour les travaux pratiques est une problématique récurrente.

L'évaluation des étudiants repose sur une évaluation écrite et une évaluation pratique. Les sujets sont rédigés par les enseignants comme pour l'examen final qui lui bénéficie d'une inspection de Kaboul. La note finale tient compte des connaissances théoriques pour 80 % et intègre l'assiduité au cours pour 20 % (appel tous les matins). Chacune des 2 évaluations est éliminatoire en cas d'échec et entraîne l'exclusion de l'étudiant. Cette situation est cependant exceptionnelle et le redoublement éventuel nécessite le positionnement de l'école centrale de Kaboul.

ANALYSE DES BESOINS

Au vu de cette évaluation confortant les lacunes de formation exprimées par l'ensemble du personnel hospitalier et des besoins exprimés par la directrice plusieurs types de soutiens sont envisageables.

- Une aide en matériel pédagogique paraît indispensable pour faire face aux carences actuelles et pour permettre des apprentissages pratiques performants.
- Un soutien et une formation à l'équipe enseignante sur des pratiques pédagogiques capables de susciter chez les étudiants une analyse et une interrogation sur leurs pratiques et une remise à niveau du contenu scientifique des matières enseignées.
- La mise à disposition de locaux supplémentaires pour permettre notamment de travaux pratiques et une aide à l'organisation dans la planification des cours.
- La directrice a également émis le souhait de la mise en place d'un hébergement pour les étudiants venant de provinces éloignées et a évoqué le problème des revenus, les enseignants n'ayant pas, semble-t-il, d'activité libérale à l'extérieure de l'hôpital l'après midi.

Comparatif Programmes de formation IDE

<u>France</u>		<u>Afghanistan</u>	
Enseignements	Heures	Enseignements	Heures
Enseignement Théoriques obligatoires	2240	Enseignement Théoriques obligatoires	2496
Stages cliniques obligatoires	2275	Stages cliniques obligatoires	960
Total des enseignements obligatoires	4515	Total des enseignements obligatoires	3456
Suivi pédagogique	245	Examens	432
TOTAL GENERAL	4760	TOTAL GENERAL	3888
<p>La formation se déroule sur 3 ans avec 136 semaines d'enseignement, représentant 4760h réparties en 2240 h d'enseignement théorique et 2275h de stages pratiques. Les étudiants bénéficient au cours de leur scolarité de 27 semaines de vacances.</p>		<p>La formation de déroule sur 3 ans, représentant 3888h d'enseignement réparti sur 6 semestres de 16 semaines chacun.</p>	

Répartition horaire de l'enseignement par année

Année de formation	Cours théoriques	Stages	Examens	Total
1ère Année	1152	0	144	1296
2 ^{ème} Année	768	384	144	1296
3 ^{ème} Année	576	576	144	1296
<u>Total Général</u>				3888

- Les heures de cours théoriques sont calculées sur une moyenne de 6 jours hebdomadaire à raison de 6 heures quotidiennes pour 32 semaines (2 semestres)
- Les heures de stages sont calculées sur la base de 6 heures quotidiennes
- Les heures d'examen sont calculées à raison de 2 semaines (36 heures) par semestre.

CONTACTS AVEC ONG ET ORGANISATIONS PRESENTENT SUR MAZAR

Rencontre avec Mr SAYED AHMAD GAOHARY (07 janv. 2004)

Représentante de Bakhter Developpement Fondation (BDF) à Mazar, ONG afghane qui organise en partenariat avec BRAC et sous le contrôle du Ministère de la Santé afghan la mise en place des Basic Pakage for Health Service (système de santé primaire).

Il nous précise qu'il devrait intervenir sur 4 hôpitaux des différents districts de la province de Balkh, mais le choix n'a pas encore été finalisé par le ministère de la Santé afghan, il serait intéressé par la poursuite des actions entreprises par Save The Children UK dans le service de Pédiatrie et éventuellement de Gynécologie et la Stomatologie.

Nous lui avons présenté les objectifs que cette ambassade nous a confiés pour cette mission et le projet de coopération entre le CH-Rodez et l'hôpital de Mazar, projet à la définition duquel le MOH a été associé dès le départ. Cette présentation a été accueillie favorablement par le représentant de BDF qui semble bien conscient de l'ampleur de la tâche au niveau provinciale et ce d'autant que leur action visera à priori en priorité les structures de soins primaires.

Rencontre avec Mr (07 janv. 2004)

Représentant de BRAC à Mazar (le Dr SHAMIN étant déjà reparti sur Kaboul)

Présentation des objectifs de la Mission qui ont été accueillis de façon favorable pour les mêmes raisons que celles évoquées par le représentant de BDF.

Rencontre avec Dr KUNUZ, responsable du programme sur le Service de Gynécologie – obstétrique pour Save The Children UK (13/01/04)

Présentation des objectifs de la mission Ambassade de France – CH-Rodez

Présentation par le Dr KUNUZ de leur programme :

Programme de 1 an éventuellement renouvelable, financé par UNICEF, centré sur les points suivant :

- .Construction de bâtiment
- .Programme de formation (dont le contenu ne semble pas encore bien défini)
- . Management et gestion du service, amélioration des relations entre les cliniques périphériques et le service de Gynéco – Obstétrique
- . Projet d'aide à la néonatalogie qui se heurte au problème de l'insuffisance des locaux mis en avant par le Dr KUNUZ.

Le Dr KUNUZ nous a confirmé le désengagement de Save The Children USA sur le TFC, sans connaître à ce jour un repreneur éventuel (il apparaît toutefois ne pas exister de coordination entre Save The Children UK et USA).

Le Dr Santa TAMANG, coordinateur de Save the Children-UK sur la province de Balkh, n'a pas pu être rencontré car absent de Mazar.

Rencontre de l'équipe Chirurgicale indienne (15/01/04)

Présentation des objectifs de la mission

Présentation par les médecins indiens

Une équipe constituée d'un chirurgien, d'un anesthésiste et d'un infirmier de bloc. Sur le plan matériel, ils ont une salle opératoire séparée, bien équipée (cf. présentation du bloc) et fermée à clef, ainsi qu'un bureau et une importante réserve de médicaments à l'intérieur du bloc.

Ils sont issus des hôpitaux publics indiens et sont envoyés en mission à Mazar (en tant que volontaires) pour une durée de 6 à 9 mois. L'équipe actuelle est présente depuis un mois et demi. Ils ont accueilli de façon très favorable le principe d'un partenariat entre l'hôpital de Rodez et l'hôpital de Mazar et ont confirmé l'importance d'un travail sur l'hygiène ainsi que l'organisation des soins et la nécessité d'améliorer l'équipement du bloc. Leur implication dans le service Chirurgie reste limitée, bien qu'ils assurent la prise en charge des cas les plus compliqués ainsi qu'un enseignement pratique au niveau du bloc sur des techniques opératoires

Un médecin Interniste complète cette équipe, mais n'a cependant pas pu être rencontré. Après information auprès des médecins afghans, il intervient tous les jours dans le service de Médecine Interne et suit la « grande » visite de 9 h à 11 h comme tous les autres médecins. Par la suite il assure une consultation de 11 h à midi et ne réapparaît que le lendemain matin. Visiblement, aucun effort pédagogique n'a été effectué vis à vis de l'équipe médicale.

Le stock de pharmacie permet d'assurer les besoins en médicaments des patients qu'ils prennent en charge et de certains patients indigents.

L'ensemble de l'équipe indienne habite au sein de l'hôpital à proximité du Service de Malaria – Leishmaniose.

EVALUATION DES OUTILS INFORMATIQUES ET DES POSSIBILITES DE CONNECTIONS INTERNET SUR MAZAR

A L'HOPITAL /

Deux postes informatiques récents (installation de WINDOW XP en farsi et anglais) au niveau de la direction dont un équipé d'un lecteur disquette et CD-Rom, une imprimante laser. A noter également la présence d'une photocopieuse.

EN VILLE

Ouverture depuis quelques semaines sur Mazar (à proximité de la Mosquée) du DUNYA Internet Café qui assure une connection par satellite grâce une connexion avec le serveur NEDA.af basé à Kaboul (75 afghanis les 30 minutes).

Il assure pour 2 700 Dollars l'installation de l'antenne et du Modem, à ce jour 2 formules d'abonnement sont proposées :

Abonnement illimité pour 300 dollars par mois

Abonnement de 21h à 07 h pour 100 dollars par mois

Un nouveau café Internet est en cours d'ouverture par la même société à proximité de l'hôpital (700 à 800 mètres)

REUNIONS A KABOUL du 22/O1/04

REUNION AU MOH AVEC LE Dr. CHOKOHMAND (Directeur du Département des soins secondaires et tertiaires) ET LES REPRESENTANTS DE L'AMBASSADE.

Au cours cette réunion, nous avons exposé dans les grandes lignes le travail effectué à l'hôpital de Mazar pendant notre mission, dans ses quatre composantes : hygiène hospitalière, bloc opératoire, organisation des soins, école de formation paramédicale. Nous avons précisé que la coopération inter hospitalière Rodez-Mazar resterait centrée sur ces thèmes dans les mois à venir (poursuite et approfondissement du travail entamé).

Le Dr. CHOKOHMAND a confirmé l'intérêt du MOH pour ce travail développé sur des thèmes qu'il juge prioritaires pour les hôpitaux afghans, et nous a assurés de son soutien.

Cette ambassade lui transmettra un exemplaire en dari du rapport de cette mission et a proposé la signature d'une convention de coopération entre l'hôpital de Mazar et le CH-Rodez. Le MOH, qui visera cette convention, sera associé au préalable à sa rédaction.

REUNION AVEC LES REPRESENTANT DE BRAC : MR. JALALUDDIN AHMED (Chef de mission Afghanistan) ET MR. TAWFIK (responsable des programmes santé)

Présentation par l'équipe de BRAC de leur programme qui inclut en théorie les centres de soins primaires ainsi que les 3 hôpitaux de district de la province de Balkh, mais également l'hôpital provincial, seul l'hôpital militaire ne fait partie de leurs champs d'action.

Cependant, vu l'ampleur de la tâche, ils ont décidé de centrer leur action dans un premier temps sur la réorganisation des structures de soins primaires. De plus, le contrat entre le Ministère de la santé afghan et BRAC n'est pas encore totalement finalisé et la signature est à priori prévue pour le 27 janvier prochain.

Présentation par cette ambassade du projet de coopération avec l'hôpital de Mazar et des différents domaines d'intervention retenus ainsi que de sa volonté de travailler en partenariat avec BRAC pour coordonner nos actions, notamment dans le domaine du management hospitalier.

Comme lors d'une précédente réunion entre l'Ambassade de France et BRAC, les représentants de BRAC concluent que les deux projets sont complémentaires et non concurrents. Ils émettent le souhait qu'un exemplaire du rapport de mission leur soit adressé. Cette ambassade s'engage à maintenir un contact régulier, afin de les tenir informés de l'évolution de ce projet ainsi que d'obtenir des informations à jour sur le déroulement du projet BRAC en particulier dans l'hôpital de Mazar.

RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

A l'attention de l'Ambassade de France, du MOH et de la direction du CH-Rodez

Ces propositions sont le fruit de l'analyse de nos observations et des multiples échanges avec les médecins et infirmiers effectués au cours de cette mission. Elles ont été présentées et débattues avec le Dr MIRWAIS à la fin de notre séjour sur Mazar. Aucun engagement de notre part n'a été pris et il a été à nouveau précisé (comme tout au long de la mission) que les décisions seraient prises conjointement avec cette ambassade et le MOH.

1. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

- Améliorer la responsabilisation des médecins de 3^{ème} catégorie, en leur donnant accès à des formations ciblées leur permettant d'acquérir une expérience supérieure et leur permettre de prendre plus de responsabilité. Dans le même but, une modification de l'organisation des visites avec plus d'autonomie pour les médecins de 3^{ème} catégorie senior (4 à 7 ans) paraît souhaitable afin de sortir d'un système trop pyramidal.

- Favoriser le renforcement du binôme Chef de Service - Infirmier Chef en redéfinissant les fonctions de ce dernier.

- Renforcer le positionnement des Infirmiers Chefs vis à vis du reste de l'équipe, en les impliquant dans les décisions et les formations se rapportant au fonctionnement du service et dans un premier temps à l'hygiène (via la mise en place et l'application des recommandations du CHD).

- Organiser les rotations du personnel infirmier de façon plus étalée et fractionnée pour un même service afin d'éviter que les infirmiers d'un même service changent tous en même temps.

- Maintenir les infirmiers spécialisés (bloc, pédiatrie) dans leur unité. Cette remarque est également vraie pour l'équipe de nettoyage du bloc opératoire. A noter que sur la pédiatrie, la direction a précisé qu'il serait probablement difficile d'appliquer cette politique en raison de la charge de travail.

- Création de véritable salle de soins dans les services (paillasse, matériel infirmier, point d'eau, poupinel, ...)

- Favoriser l'application pratique des formations théoriques déjà acquises mais qui souvent ne réussissent à être utilisées dans l'exercice professionnel quotidien.

2. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE L'HYGIENE

Cinq axes prioritaires ont été retenus par le Comité d'Hygiène et de Discipline (CHD) avec pour chacun plusieurs niveaux de propositions. Les engagements du CHD concernant la mise en place d'une politique d'hygiène devront être soutenus, évalués et accompagnés par une nouvelle mission sur l'hygiène dans les mois à venir.

2.1. Problématique de l'eau et du lavage des mains :

. Mise en place une politique d'information sur le lavage des mains au sein de l'établissement avec information dans chaque service par les membres du CHD et mis en place d'affiche.

. Mise en place d'une réserve permettant une distribution d'eau permanente sur l'ensemble de l'hôpital pour faire face aux coupures d'eau fréquentes. Actuellement, il existe une première réserve surélevée et un deuxième est en cours de construction (avec un financement du MOH), mais qui serait, paraît-il, insuffisante, au dire de l'administration, pour faire face aux besoins.

. Réfection de l'ensemble du système de canalisation d'eau de l'hôpital. En effet, le nombre de points d'eau est extrêmement limité et le plus souvent inopérant dans les différents services.

En attendant la réalisation de cette réfection, le groupe propose la possibilité d'installer dans les chambres de malades, les salles des médecins et les salles des infirmiers un système de réservoir d'eau avec système d'évacuation.

. Nécessité d'assurer l'approvisionnement en savons et antiseptiques et réfléchir à l'utilisation d'essuie-mains personnels

. Le groupe exprime le souhait que certains de ces membres puissent bénéficier de stage de formation en France.

2.2. Problématique de l'entretiens des locaux :

. Prévoir un sas d'accueil à l'entrée des patients avec fourniture de linge propre et des sandales propres aux visiteurs

. Renforcer et former les équipes de nettoyage et assurer un lavage régulier des sols avec des produits antiseptiques

. Réfection des murs et des plafonds avec mise en place de carrelage au niveau des murs des points d'eau, sanitaires, chambres et salle de soins.

. Réaliser le revêtement en dur de toutes les allées à l'intérieur de l'hôpital pour assainir et éviter la présence constante de boue pendant l'hiver (à programmer après la réfection des canalisations d'eau).

2.3. Circuit du linge

. Responsabilité du CHD de mettre en place et promouvoir une politique d'amélioration de la gestion du linge et de son circuit qui ne peuvent cependant passer que par les points qui suivent.

- . La création d'une lingerie digne de ce nom, qui est une priorité pour l'ensemble du groupe.
- . Augmentation la dotation en draps des services : au moins 8 et 2 couvertures par lit, prévoir également des zones de stockage avec des armoires dans les services.
- . Fournir les blouses du personnel et en assurer l'entretien.
- . Réfléchir aux possibilités d'assurer la mise à disposition de pyjamas en nombres suffisants aux patients hospitalisés.

2.4. Circuit des déchets

- . Mise en place de recommandations d'une meilleure gestion des déchets dans les structures de soins caractérisés par un tri en 2 groupes :
 - . Le groupe des déchets « propres » et « sales » mais non dangereux dans une première poubelle avec nécessité d'acquérir des poubelles métalliques galvanisées facilitant l'entretien et d'assurer la fourniture régulière de sacs plastiques.
 - . Le groupe des déchets coupants – piquants nécessitant une gestion dans des récipients identifiables et sécurisés.
- . Installation d'un incinérateur dans l'enceinte de l'hôpital, ce d'autant qu'il n'existe pas, à priori, en ville de structure capable d'assurer la gestion de tels déchets.

2.5. Politique de prévention des AES

Le groupe a listé les procédures immédiates pouvant être mises en œuvre et les moyens nécessaires à mettre en place dans le futur :

Procédure immédiate :

Engagement des membres du Comité d'Hygiène et de Discipline à informer tous les services sur les risques d'AES et sur la nécessité de débiter dès maintenant un tri sélectif des objets piquants – tranchants et d'éviter les gestes à risque. Préparation de protocoles.

Mesures à prévoir :

Vaccination de l'ensemble du personnel contre le VHB (à ce jour aucun des membres du groupe n'a bénéficié d'une telle vaccination). On peut cependant noter que ce vaccin ne serait pas, à ce jour, disponible en Afghanistan

Equipement en poubelles sécurisées et prévoir un incinérateur apte à traiter ce type de déchets.

Les membres du CHD ont émis le souhait de pouvoir bénéficier d'une indemnité salariale pour faire face à la charge de travail générée par leur engagement dans ce comité, l'exemple du programme de Save the Children a été plusieurs fois évoqué... La mission du CH-Rodez a clairement émis des réserves sur cette demande mais s'est engagée à la transmettre.

LES MISSIONNAIRES DU CH-RODEZ ONT RETENU COMME PRIORITAIRE LES MESURES SUIVANTES :

- . Mise en place une politique d'information sur le lavage des mains au sein de l'établissement.
- . Réfection de l'ensemble du système de canalisation d'eau de l'hôpital et mise en place de points d'eau courante dans toutes les salles de soin et si possibles les chambres.
- . Nécessité d'assurer l'approvisionnement de l'hôpital en savons et antiseptiques.
- . Création d'une lingerie digne de ce nom.
- . Augmentation la dotation en lingerie des services : au moins 8 draps et 2 couvertures par lit.
- . Fournir les blouses du personnel et en assurer l'entretien.
- . Installation d'un incinérateur dans l'enceinte de l'hôpital.
- . Mise en place de recommandations d'une meilleure gestion des déchets dans les structures de soins caractérisées par un tri en 2 groupes.
- . Acquisition de poubelles standards et de poubelles sécurisées.
- . Mise en place d'une politique de prévention des AES.

3. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DU BLOC OPERATOIRE

- Une ou deux missions de formation infirmière-panseuse dans un premier temps, pour remettre une réorganisation du travail de l'équipe infirmière et de nettoyage et une remise aux normes l'ensemble des règles d'hygiène et d'asepsie.
- Des missions de formation chirurgicale pour perfectionnement et acquisition de nouvelles techniques.
- Une rénovation du bloc (peintures, plomberie, réseau électrique...)
- Acquisition indispensable de matériel :
 - . 2 auto-claves
 - . L'équipement pour une laverie autonome au sein du bloc avec machine à laver, sèche linge et bac de nettoyage du matériel chirurgical
 - . Linge de bloc : champs opératoires, sarrots, masques chirurgicaux lavables, calots lavables
 - . 3 respirateurs simples et 3 unités de surveillance anesthésique
 - . 2 jeux complets de boîtes chirurgicales (laparotomie, hystérectomie ostéosynthèse, ...)
 - . Mobilier de bloc en inox pour 3 salles
 - . 2 tables chirurgicales viscérales et 1 table chirurgicale orthopédique
 - . 1 Bistouri électrique, un ampli de brillance
 - . 2 aspirations électriques, 2 scialytiques

4. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE L'ECOLE PARA-MEDICALE

- Une aide en matériel pédagogique paraît indispensable pour faire face aux carences actuelles et pour permettre des apprentissages pratiques performants :

- . Petit matériel pour les travaux pratique à type de tensiomètre, thermomètre, petites boite à pansements, ...
- . Mannequin pédagogique femme et mannequin anatomique homme et femme
- . Squelette complet

- Un soutien et une formation à l'équipe enseignante sur des pratiques pédagogiques capables de susciter chez les étudiants une analyse et une interrogation sur leurs pratiques. Une remise à niveau du contenu scientifique des matières enseignées, ainsi qu'une aide à l'organisation dans la planification des cours.

- Mise à disposition de locaux supplémentaires pour permettre notamment de travaux pratiques. Il a été cependant précisé au Dr MIRWAIS que l'entretien des locaux actuels (et notamment de la tente UNICEF mis à la disposition de l'école du fait de manque de place) était un prés requis indispensable pour rendre crédible une telle demande.

La directrice a également émis le souhait de la mise en place d'un hébergement pour les étudiants venant de provinces éloignées et la question d'un éventuel complément de salaire a également été évoquée, là aussi les missionnaires ont reprécisé que l'objectif de ce programme était essentiellement une coopération technique entre 2 établissements hospitaliers...

5. ROPOSITIONS POUR OPTIMISATION DE CETTE COOPERATION

- Mise en place sur l'hôpital de Mazar d'une connexion Internet pour faciliter les relations entre les 2 établissements hospitaliers, cette ambassade et le MOH.

- Mise à disposition par l'hôpital de Mazar d'un bureau pour les équipes missionnaires.

6. ORIENTATIONS FUTURES A ENVISAGER

Propositions faisant suite aux différentes suggestions des Chefs de Services et du Dr MIRWAIS et aux constatations faites au cours de cette visite.

- Mise à niveau de l'équipement du laboratoire, aménagement des locaux et formation du personnel

- Formation médicale dans le domaine de l'échographie vu les demandes exprimées tant par le service de Médecine Interne que de chirurgie, de l'échocardiographie et de la cardiologie en intégrant bien sûr les compétences locales et tout particulièrement le Dr Rahima Stanekzai formée en France pendant 18 mois mais qui n'a cependant pas été rencontrée au cours des 2 premières missions et

qu'il faudra impérativement contacter avant toutes mise en place de formations dans ces domaines
et de l'antibiothérapie.

Sur le plan chirurgical des formations en chirurgie générale et orthopédique seront à envisager, vu la fréquence élevée de ces pathologies.

La remise à niveau en urologie pourra être effectuée en collaboration avec les Hospices Civils de Lyon qui organisent des formations à l'hôpital Ali Abad à Kaboul.

- Enfin vu les besoins médicaux et de matériels du Service de Pédiatrie et l'importance de l'activité de ce service, une réflexion devra être mis en place lors d'une des prochaines missions sur les possibilités de formation et d'amélioration de fonctionnement de ce service.

PRIORITES PROPOSEES PAR LE CH-RODEZ POUR L'ANNEE 2004

Au vu des propositions ci-dessus, il nous paraît important d'essayer d'atteindre les objectifs suivants en 2004 :

- Résoudre le problème du circuit des déchets, avec mise en place des moyens et de la politique définie par le CHD. L'installation d'un incinérateur est donc une priorité de même que l'ensemble du matériel impliqué dans ce circuit et celui de la prévention des AES.

- Régler le problème de l'approvisionnement d'eau en réhabilitant l'ensemble du circuit de l'établissement et permettre l'application d'une politique du lavage des mains. L'installation de réservoirs d'eau, étape intermédiaire avant la réfection totale du système d'eau, s'avère pour autant rapidement nécessaire dans les chambres d'hospitalisation.

- Travailler sur la mise a niveau du bloc opératoire.

- Aider à la rationalisation de l'organisation des soins et mise en place de véritables salles de soins

- Mise en route d'une collaboration avec l'école para médicale

- Raccordement de l'hôpital à Internet afin de favoriser les échanges entre les professionnels de santé des 2 établissements.

Les missions de formation et d'aide à l'organisation prévues pour cette année devront donc répondre à ces objectifs et être accompagnées d'un certain nombre d'aides matérielles afin de répondre au moins partiellement aux demandes exprimées par l'hôpital de MAZAR.

Sur le plan pratique :

Le CH-Rodez ne peut que s'engager sur de la mise à disposition de personnel, l'accueil de stagiaires afghans et éventuellement de la mise à disposition de matériel réformé mais aucun cas sur du financement direct

Pour le matériel, les professionnels du CH-Rodez peuvent faire des propositions précises sur l'identification du matériel et sa budgétisation en fonction des besoins d'achat ou de disponibilité de matériel réformé.

L'institut de Coopération Aveyron – Afghanistan n'a malheureusement pour le moment trouvé aucune collectivité locale ou régionale acceptant de s'impliquer

financièrement dans ce projet (des démarches sont encore en cours, dans l'attente des résultats des élections régionales et cantonales) et il est également en train de solliciter des financeurs privés. L'ICAA met de plus en place une politique de démarchage systématique d'un certain nombre de firmes biomédicales afin d'obtenir d'éventuelles donation de matériels correspondant au besoins relevés à l'hôpital de Mazar. Une prospection auprès des hôpitaux du département dans le but de récupérer des équipements réformés est également en cours.

En ce qui concerne l'ensemble des propositions de rénovation, le CH-Rodez s'engage à travailler en étroite collaboration avec la direction de l'hôpital de Mazar pour définir au mieux les priorités à proposer au MOH dans le cadre des futures procédures d'appels d'offre de construction / réhabilitation des hôpitaux provinciaux.

Rapport de mission validé 15 mars 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name, possibly "S. Delbes".