



**RAPPORT DE MISSION DU CH-RODEZ
A L'HÔPITAL DE MAZAR-E-CHARIF
04 au 22 JANVIER 2005**

par

Docteur Yves BARES

Médecin Urgentiste

Philippe DELBES

Cadre de Santé

Centre hospitalier RODEZ



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

SOMMAIRE

Présentation des objectifs de la mission :	page 3
Travail aux Urgences :	page 5
Rencontre avec M. MOHAMMADDULLAH :	page 8
Travail en Chirurgie :	page 8
Rencontre Dr ANWARI :	page 11
Suivi projet réfection d'eau :	page 12
Réunion CHD :	page 15
Réunion de travail Direction des Soins :	page 17
Réunion Cost-Sharing :	page 19
Rencontre avec la Présidence :	page 24
Rencontre avec le Doyen de la Faculté :	page 25
Analyse de la mission :	page 29
Fiche de poste Infirmier – Coordinateur	page 32
Dépenses effectuées	page 33

OBJECTIFS DE LA MISSION

Les objectifs de cette mission décidés en collaboration avec l'Ambassade de France étaient centrés sur une prolongation des propositions de réorganisation du travail autour du patient tel que définis avec la Direction de l'hôpital de Mazar.

- Evaluation du fonctionnement du service des urgences tant en ce qui concerne l'organisation que les pratiques de soins ciblant particulièrement la typologie des patients. Travail sur la prise en charge et la gestion des patients aux urgences et dans le service de chirurgie jusqu'à la phase pré-opératoire. Ceci afin de permettre aux futures missions de chirurgie et d'anesthésie de se concentrer sur leurs domaines spécifiques.
- Travail avec la Direction des soins sur l'utilisation des fiches de postes et des fiches d'évaluation au niveau du service de chirurgie.
- Conclusion définitive du dossier canalisation et validation par l'Ambassade du devis définitif des travaux de réfection du système de distribution de l'eau.
- Suivi des missions antérieures.

4 Janvier : Départ de Paris - Arrivée à Bakou 20h30 (HL)

5 Janvier : Arrivée à Kaboul, installation à la guest house, accueil par D. LATIF.

6 Janvier : arrivée à MAZAR 11h sans accueil à l'aéroport.

* * *

08 JANVIER 2005

Rencontre avec Docteur ANWARI, (Directeur adjoint de l'hôpital de Mazar.)

Présentation des objectifs de la mission :

Rappel des missions précédentes et évaluation de l'avancée de la coopération entre l'hôpital de RODEZ et celui de MAZAR.

La mission du mois de janvier 2005 se décline entre trois axes prioritaires :

- Analyse du circuit des patients des urgences jusqu'à la prise en charge dans le service de chirurgie ; travail sur la prise en charge médicale et infirmière du patient, évaluation des outils de travail utilisés, information entre les différents professionnels.
- Mise en pratique au niveau du service de chirurgie des pistes sur l'organisation du travail autour du patient tel que l'a définie la mission management, par le biais du travail au lit du malade avec les équipes médecins – infirmiers.

- Evaluation des différents points d'eau à équiper dans les services (lavabos, sanitaires, paillasses, carrelage, points d'eau chaude) afin de réaliser au plus tôt un devis global et détaillé définitif à présenter à cette ambassade.

Les objectifs sont conjointement validés par les missionnaires et la direction de l'hôpital de MAZAR. L'évaluation des implantations de différents points d'eau sera réalisée en collaboration avec l'ingénieur HOTAK ainsi que des représentants de l'hôpital désignés par la direction (GHULAM ALI Directeur des Soins, Docteur MATIN responsable du CHD, Docteur SHARIQ Chirurgien orthopédiste Chef des Médecins).

Informations délivrées par la Direction :

Le Docteur MIRWAIS était absent, en déplacement à KABOUL, pour rencontrer les nouvelles autorités du MOPH (Ministry of Public Health). Les changements au niveau du MOH amènent le Docteur ANWARI à nous exprimer ses craintes concernant de nouvelles orientations éventuelles de la politique de santé afghane.

Le chef des médecins AMANULLAH a été semble-t-il remplacé par le Docteur SHARIQ.

Les nouvelles répartitions médicales dans l'établissement sont désormais effectives et génèrent des difficultés. En effet des médecins installés sur MAZAR depuis de nombreuses années attendent de connaître leurs nouvelles affectations sur d'autres provinces. Ces nominations seront faites directement par le MOH vers des provinces à ce jour peu pourvues en médecins spécialistes.

Visite du dépôt des déchets et des incinérateurs :

La zone de stockage de déchets est au $\frac{3}{4}$ pleine, mais peu de poches plastiques s'y trouvent (?). Nous constatons également la non utilisation des deux incinérateurs. Des boîtes sécurisées ont été directement jetées au fond. Le Docteur HOTAK qui nous accompagne confirme la mauvaise gestion du circuit des déchets.

Prise de contact et visite du service des urgences :

Nous sommes accueillis par le Docteur SHAEEQ chirurgien de garde ce jour aux urgences. L'infirmier chef MOHAMMAULLAH nous présente l'équipe infirmière.

Actuellement les équipes sont fixes, il n'y a plus de roulement ni chez les infirmiers ni chez les cleaners. Ces affectations ont été faites par la direction de l'hôpital. Nous lui proposons de venir travailler avec eux pour la journée du lendemain.

Rencontre avec M. BASSIR, Directeur adjoint des infirmiers en l'absence de M. GHULAM ALI en déplacement à Kaboul :

Nous rencontrons M. BASSIR à la fin de la réunion quotidienne qu'il a avec l'équipe de cleaners. Son accueil est chaleureux et il souhaite travailler avec nous. Nous lui présentons les objectifs du travail avec les équipes de soins. Nous lui proposons d'observer et travailler avec les équipes (urgences et chirurgie) dans un premier temps avant de les réunir toutes ensemble pour confronter nos observations aux fiches de poste validées lors de la mission précédente.

Nous lui faisons part de nos observations sur la gestion des déchets. Il nous informe que le service logistique n'a toujours pas été créé. Il s'engage à résoudre les problèmes le plus rapidement possible avec l'affectation d'un cleaner chargé d'incinérer les déchets quotidiens. Il nous apprend de plus que le petit nombre de sacs retrouvés dans la zone de stockage s'explique par le vol.

Il formule le souhait que les cleaners soient tous équipés de tabliers de protection en plastique facilement lavables. (Une prospection au bazar nous a permis de trouver les matériaux nécessaires à la réalisation de ces tabliers pour un coût d'environ 60€).

Rencontre avec l'Ingénieur HOTAK :

Comme convenu nous rencontrons l'ingénieur HOTAK à son bureau. Rendez vous est pris avec lui lundi 10 janvier pour commencer l'état des lieux afin qu'il puisse réaliser un plan précis et un devis définitif avant notre départ pour Kaboul.

Commentaires de ce jour :

L'absence de nombreux « dignitaires » de l'hôpital pourrait s'expliquer par les nouvelles nominations au MOH à Kaboul. Beaucoup, à demi-mots laissent entendre une possible évolution au niveau des orientations futures concernant l'hôpital de MAZAR.

09 JANVIER 2005

JOURNEE DE TRAVAIL AU SERVICE DES URGENCES

Description des locaux :

Le service se compose de 3 salles. Deux sont réservées à l'accueil et à la prise en charge des patients, une sert de salle de repos pour le personnel. Les sols sont en béton, irréguliers et sans entretien malgré les dires de l'infirmier chef. Il nous apprend que l'entretien des sols se fait à 8h et à 13h, mais le doute existe !

- Salle accueil n°1 :

Cette salle est ouverte sur l'extérieur et non chauffée avec tout l'inconfort que cela génère surtout en hiver.

On trouve :

- 2 tables d'examen, recouvertes d'une toile cirée non entretenue
- 1 bureau pour le personnel soignant pour noter sur la main courante,
- 1 armoire à pharmacie fermée à clef,
- 1 lavabo,
- 1 poubelle sans sac plastique à notre arrivée

- Salle n°2 :

On trouve :

- 3 tables examen identiques aux précédentes dont une isolée par un paravent,
- 1 chariot roulant pour le transport des malades,

4 brancards fixes type lits picot, en cas d'afflux de malades,
1 armoire à pharmacie qui sert de réserve pour le service,
2 chariots roulants à pansement,
1 « bokhari » ne fonctionnant pas par manque de bois,
2 gros obus d'oxygène,
1 petit scialytique en état de fonctionnement aléatoire,
plusieurs potences à perfusions,
1 poubelle sans sac plastique.

- Salle de garde du personnel :
C'est la seule pièce chauffée du service.
2 lits utilisés par les personnels de garde (1 médecin + 1 infirmier)
1 placard à vêtements fermé à clef.

Matériel :

Les armoires à pharmacie sont équipées de :

Solutés de perfusion (salins, Ringer Lactate et Dextrans), des sondes à intubation hors de leurs sachets, absence de laryngoscope (si intubation nécessaire une personne est détachée pour aller au bloc en chercher un), un masque AMBU, gants latex non stériles, des tambours de compresses « stérilisées ». Différentes drogues : Adrénaline, aminophylline, calcium, primpéran, lidocaïne, analgésiques. Divers solutés antiseptiques : chlorhexidine, bétadine, eau oxygénée.

Petit matériel :

Un tensiomètre, un stéthoscope, un otoscope, seringues et aiguilles UU, quelques perfuseurs stériles, 7 boîtes d'instruments pour petite chirurgie et pansements.

Organisation du travail :

Comme dans tout le reste de l'hôpital le service est ouvert 24 / 24. Le matin de 8h à 13h on trouve l'infirmier chef (M. MOHAMMADULAH) dirigeant une équipe de 5 infirmiers et de 2 cleaners. Depuis un mois c'est une équipe fixe et définitivement affectée au service. Sont également présents un chirurgien et un urgentiste. En garde de 13H jusqu'à 8h le lendemain matin l'équipe est réduite à un infirmier et un médecin. Toutefois en cas de nécessité il est fait appel à du personnel d'astreinte. (liste des numéros de téléphone affichée) Des étudiants médecins sont présents pour une durée de 3 mois dans le service. Des étudiants infirmiers sont semble-t-il aussi en stage mais leur présence reste hypothétique.

Le service étant ouvert sur l'entrée de l'hôpital les personnels renseignent et orientent beaucoup de patients. Par contre en fonction de la pathologie soit les patients sont accueillis directement dans le service, soit adressés vers les consultations de la polyclinique pour les cas bénins. En l'absence de personnel administratif, les infirmiers prennent l'identité des patients à leur arrivée. Les patients sont ensuite examinés par le médecin :

- Le patient ne nécessite pas d'hospitalisation et est indigent : une prescription lui est faite et la délivrance des médicaments sera gratuite à la pharmacie de l'hôpital.

- Le patient ne nécessite pas d'hospitalisation et est accompagné par sa famille ; Cette dernière va se fournir avec la prescription en pharmacie de ville.
- Le patient nécessite une hospitalisation. Sa famille va chercher la prescription (médicaments, matériel de perfusion, suture, pansements ...) en ville. A son retour elle accompagne le patient orienté vers le médecin hospitalier spécialisé compétent.
- Le patient indigent qui nécessite une hospitalisation est pris en charge mais les soins et la délivrance des médicaments seront minimales et sa survie hypothéquée.

Le dossier médical n'est pas ouvert au niveau des urgences. Le dossier administratif est réalisé dans un bureau à l'entrée du service de chirurgie.

Situations particulières observées :

1^{er} Cas : Garçon de 8 ans admis pour une circoncision

L'enfant arrive accompagné par son père, il est installé. Une anesthésie locale est réalisée avec une efficacité relative. Aidé par l'IDE, le médecin en costume de ville et sans gants réalise la circoncision aux ciseaux. L'enfant est maintenu par son père, d'autres personnels et d'autres patients vont et viennent dans la pièce. Le pansement est réalisé par l'IDE sans gants. Une désinfection large à la bétadine est pratiquée puis réalisation d'un pansement avec compresse imbibée de xylocaïne à 2%. L'enfant quitte la pièce, c'est la cleaner qui nettoie la table d'examen avec un chiffon sale et jette seringue et aiguille dans une bassine. Les pinces utilisées sont rangées sans lavage dans un linge et replacées dans l'armoire à pharmacie.

2^{ème} Cas : Plaie du doigt sur enfant de 10 ans.

L'enfant arrive seul au service. Il est installé sur une table d'examen. Il présente une plaie délabrée de la pulpe de l'index droit. Le médecin de garde toujours en costume de ville le prend en charge sans lavage des mains après le premier cas. La plaie est nettoyée largement à l'eau oxygénée. L'anesthésie locale est préparée de manière correcte par l'IDE. Le médecin réalise une anesthésie locale mal adaptée avec une aiguille IM. L'enfant est mal installé le bras dans le vide. Le matériel utilisé par le médecin sort de la boîte à instruments déjà utilisée et non nettoyée après la circoncision. La suture est réalisée dans les règles ainsi que le pansement par l'IDE. L'aiguille et la seringue sont jetées dans la boîte sécurisée aiguille en l'air avec tous les risques de piqûres possibles. L'enfant reçoit ensuite un sérum antitétanique à la dose de 1500UI en IM. Il quitte ensuite seul le service les pansements seront ensuite assurés à la polyclinique ... peut être !

3^{ème} Cas : Douleur abdominale chez un homme de 35 ans.

Le patient arrive accompagné par son frère. Il est installé. Il est examiné par le chirurgien et après 3mn d'un examen succinct le diagnostic d'appendicite est porté. Aucune constantes ne sont prises, ni TA, ni T°, ni pouls. Le TR n'est pas réalisé et ceci est présenté comme une difficulté culturelle. Deux ordonnances sont écrites, une confiée au frère pour aller chercher en ville Ringer Lactate et matériel de perfusion ; l'autre pour la création du dossier administratif et médical en vue de son hospitalisation en chirurgie.

Analyse de ces 3 situations :

Si la prise en charge est chaque fois rapide, il y a peu d'échange entre le médecin et l'infirmier. Il n'y a aucune discussion sur les soins à dispenser. Les malades sont pris en charge de façon brusque sans qu'aucune explication ne leur soit donnée. Il y a une absence d'intimité et les patients sont examinés dans des pièces ouvertes et froides. Des fautes d'aseptie et d'hygiène sont nombreuses et semblent commises par négligence. Quand on les fait remarquer, elles sont rapidement corrigées. Un savon apparaît près du lavabo, les sacs plastiques sont mis dans les poubelles et l'IDE modifie sa façon de jeter l'aiguille dans la boîte sécurisée.

Rencontre avec M. MOHAMMADULLAH infirmier chef des urgences

Nommé par la direction de l'hôpital, il est depuis peu dans le service. Nous lui faisons part de nos observations.

Concernant l'équipe de soins : il est satisfait d'avoir une équipe fixe dans le service. Il insiste sur la spécificité du travail aux urgences.

Concernant le matériel : Il déplore que beaucoup de matériel soit stocké à la Direction des soins sans que les services en connaissent l'existence. Il ignore la présence du linge de bloc donné par le CH Rodez. Nous lui proposons que des champs soient affectés aux urgences ce qu'il accepte avec plaisir. Nous lui précisons que cela implique de sa part la prise en charge et le suivi de l'entretien. Il regrette que la pharmacopée mise à sa disposition ne soit pas suffisante ainsi que l'absence d'un poupinel pour stériliser le matériel sur place.

Concernant les erreurs et les fautes observées : Il nous dit rappeler régulièrement à tout le monde les consignes de bonne utilisation des poubelles ou des boîtes sécurisées. Concernant les fiches de poste ses réponses paraissent embarrassées. Il nous dit qu'il a aussi en charge les jardiniers et qu'il est régulièrement amené à s'absenter du service. Cette activité devrait par contre être confiée au service logistique quand celui ci sera créé.

Infos diverses : Il nous apprend la venue prochaine du nouveau ministre de la santé à l'hôpital de MAZAR.

10 JANVIER 2005

JOURNEE DE TRAVAIL AU SERVICE DE CHIRURGIE

Nous sommes accueillis par M. SHAKHIH JON, Infirmier chef du service qui n'avait pas été prévenu par le Directeur adjoint de notre passage. Il nous présente les différentes salles :

- Salle d'orthopédie
- Salle de chirurgie digestive +/- polyvalente ;
- Salle d'urologie,
- Salle de réveil.

Organisation des soins :

L'équipe est composée de 4 IDE plus l'Infirmier chef. Chaque IDE a la responsabilité d'une salle ou il assure l'accueil, les soins et réalise les prescriptions des médecins. Pourtant cette organisation reste tributaire de la présence réelle des effectifs. Lors de notre passage

deux IDE étaient absents et L'IDE chef assurait leur remplacement. Les tâches étaient alors découpées et sur le même patient plusieurs IDE intervenaient. Les visites quotidiennes sont assurées par les médecins ayant la responsabilité de leurs propres patients. Une grande visite professorale (25 personnes) a lieu deux fois par semaine le lundi et le jeudi matin. La difficulté des équipes infirmières est le suivi des patients. En effet très peu d'échanges existent avec les médecins et les informations nécessaires aux IDE pour effectuer leur travail s'obtiennent avec difficulté. Les programmations de bloc de leurs interventions ne sont pas connues, pas plus que les indications d'hospitalisations. Lors de notre passage l'IDE chef s'est retrouvé face à un enfant sans connaître le motif d'hospitalisation ni la date d'intervention. Nous avons constaté sur les dossiers médicaux une absence de références médicales, des prescriptions et un suivi médical aléatoires. Il existe manifestement un problème dans la transmission des informations.

Le jour de notre passage nous avons été présents à la grande visite. L'équipe médicale passe d'un patient à l'autre sans communiquer avec les IDE ni sans leur demander leur avis sur l'état du patient et son évolution. La visite est réalisée dans une grande effervescence et une grande confusion. Les IDE attendent la fin de toute la visite pour connaître les sorties prévues et les différents actes de soins à réaliser. On ne retrouve aucune trace écrite de leur passage sur le dossier médical.

Les cleaners ont une activité bien définie. Nous avons pu constater qu'ils changent les draps après les sorties, font les lits, lavent les sols, servent les repas, interviennent rapidement quand les patients se souillent. Comme dans le service des urgences ils assurent une importante charge de travail.

Un IDE a été nommé superviseur pour les urgences, le bloc et la salle de réveil. Sa fonction vise à contrôler l'ensemble des différents personnels. Nous lui demandons quelles mesures seront prises à l'encontre des IDE absents ce jour là sans motif particulier. Il restera évasif dans sa réponse mais évoquera un possible avertissement.

Situations particulières observées :

1^{er} Cas : Un homme âgé arrive sur le chariot des urgences accompagné par sa famille.

L'homme est en mauvais état général, il est pris en charge par l'IDE chef. Son fils lui présente le dossier administratif. On y retrouve le billet des Urgences où est portée la suspicion de diagnostic d'occlusion. Aussitôt installé l'homme vomit. Le chirurgien du service prévenu arrive et sans aucun examen clinique préalable prescrit un soluté et matériel de perfusion que la famille s'empresse d'aller acheter en ville. L'IDE chef perfuse avec dextérité mais sans précautions d'hygiène particulières. Le trocart est jeté par le cleaner à la poubelle dans l'indifférence générale. L'IDE prend à ce moment là les constantes d'usage. La prescription est complétée et la famille repart chercher une sonde gastrique avec une poche. La prise de Ta étant impossible les médecins arrivent en groupe autour du patient. Devant l'importance du cas il est fait appel à un chirurgien étranger d'origine coréenne (D. KARIM). C'est le premier médecin à examiner correctement le patient. Il prescrit la pose d'une deuxième voie veineuse ainsi que l'utilisation de drogues (Dopamine). Une fois de plus la famille repart compléter la prescription. L'IDE chef pose la sonde gastrique avec des gants stériles mais avec efficacité. On note l'absence de matériel d'aspiration. Après un temps d'observation la famille retourne encore une fois chercher le matériel nécessaire à un sondage urinaire sur la notion d'une anurie de 48h. La pose est assurée par l'IDE chef sans aucune asepsie et sans lubrification. La

surveillance se fait sous l'unique responsabilité de l'IDE chef, les médecins ayant quitté le service ! Devant l'absence de résultats sur la volémie le chirurgien coréen prescrit une 3^{ème} voie veineuse. Devant la difficulté de la pose il est demandé de l'aide au Cadre IDE de la mission. Ce n'est qu'ensuite qu'un bilan sanguin est réalisé (NFS). Nous quittons la salle.

2^{ème} Cas : Un enfant de 10 ans arrive seul pour une amygdalectomie

L'enfant est installé par le cleaner à coté du patient n°1. L'IDE chef ne connaît ni son motif d'hospitalisation, ni la date de son intervention. L'enfant arrive sans dossier médical. On apprendra par la suite qu'il a été dirigé vers le service après son passage à la polyclinique. L'enfant pleure et semble terrorisé. Personne ne vient le réconforter. Son père arrive au bout d'un moment avec le matériel nécessaire à l'intervention (Anesthésie locale). Durant toute la prise en charge de son voisin l'enfant reste seul, en pleurs. L'IDE chef nous décrit la prise en charge théorique qu'il conviendrait d'appliquer (accueil, douche, prémédication) mais en pratique rien ne sera réalisé. C'est le chirurgien qui viendra lui-même sortant du bloc appeler l'enfant. Il partira accompagné par le cleaner sans aucune autre préparation.

3^{ème} Cas : Réfection de pansement

L'homme présente une plaie suturée du front. Sa sortie a été décidée lors de la grande visite. Deux IDE viennent refaire son pansement. Le matériel est amené sur un chariot de soins. La boîte à pansement est propre, compresses et coton sont rangés dans des tambours. Trois flacons d'antiseptiques sont présents : un de Chlorehexidine, Dakin, Bétadine. Le pansement est réalisé avec dextérité de façon large et énergique et sans faute d'aseptie. L'installation globale de matériel nous laisse supposer qu'il s'agit d'un effort réalisé en notre présence. A la question posée les IDE déclarent pratiquer de la sorte tous les jours ...

Analyse de ces trois situations :

Une organisation théorique semble exister au niveau du service. L'IDE chef sait définir le rôle et les fonctions de chacun. Cependant les difficultés de communication et de reconnaissance des personnels IDE par le corps médical restent très présentes. Comme déjà observé ailleurs dans l'hôpital les IDE du service de chirurgie ont une bonne connaissance théorique de leur travail couplée à une dextérité certaine mais les défauts d'organisation rendent caduque leur efficacité. Notre présence dans le service modifie manifestement leur comportement : apparition de boîte sécurisée, utilisation appliquée des poubelles. Malgré les progrès sur l'hygiène constatés par les différentes missions notamment au niveau des cleaners (entretien des sols), la responsabilisation des équipes dans la réalisation de leur tâches reste à améliorer. La réunion prévue avec la Direction des soins et les équipes des Urgences et de Chirurgie insistera sur ce point et veillera à trouver les solutions pratiques pour le faire progresser.

11 JANVIER 2005

Rencontre avec D.ANWARI Directeur Adjoint

Nous rencontrons le Directeur adjoint, M. MIRWAIS étant toujours absent.

Nous lui présentons les premières observations que nous avons pu faire.

- **Les incinérateurs :**
Ils ne sont pas utilisés et les déchets ne sont pas tous déposés dans la zone de stockage prévue à cet effet. Aucun cleaner n'est affecté à ce travail et la ville de ne vient pas récupérer les déchets. Il nous apprend que les émanations de fumée sont une gêne pour la ville et que l'on ne peut utiliser les incinérateurs dans la journée. Il s'engage à les faire fonctionner la nuit en nommant des personnels pour cette tâche. De plus l'abord de la zone de stockage n'est pas à ce jour accessible aux camions le sol étant très boueux. Des travaux sont en cours de réalisation mais pendant ce temps là le problème demeure.
- **Le service des dénutris :**
La pièce qui accueille lors de notre passage 5 enfants et leurs mères est plongée dans l'obscurité une partie de la journée puisque le système électrique ne fonctionne pas. Nous lui faisons part de notre préoccupation et lui demandons de faire réparer ce système défaillant. Il règle le problème dans l'instant en imposant les réparations nécessaires. Il en profite pour convoquer l'Adjoint du Directeur des soins pour lui signifier un laisser aller dans son manque d'initiative. Le service ne bénéficie d'aucune arrivée d'eau ni de sanitaires et les femmes doivent sortir pour laver les enfants et leurs couches. Cf détails propositions de travaux.
- **Dotation en matériel du service des urgences :**
Nous avons pu constater qu'aucun champ donné par le CH RODEZ n'est à ce jour parvenu au service des urgences. Nous lui demandons de doter ce service d'une partie du stock disponible. Il accepte et demande immédiatement à l'infirmier chef des urgences d'en faire la demande.

Il nous fait part de certaines remarques :

- **Bâtiment EFS :**
Il nous rappelle que l'hôpital a pu réaliser une partie de l'autofinancement du bâtiment, mais souhaite que nous intervenions auprès de l'EFS pour qu'il assume ses engagements. Nous lui rappelons que nous intervenons mandatés par cette ambassade et qu'il s'agit là d'un projet qui n'est pas le sien. Par contre nous l'assurons de transmettre sa requête.
- **Réunion du Cost Sharing :**
Le D. AFZAL membre du Cost sharing, présent lors de notre rencontre nous fait part d'une réunion prévue pour le mercredi 12 et nous y invite gracieusement.

Visite de l'hôpital :

- Zone de stockage des déchets :

Nous nous rendons sur la zone des déchets dans le cadre de suivi des missions antérieures. Les incinérateurs n'ont jamais été utilisés. Les fosses creusées servent en fait de stockage pour des ordures. Depuis le premier jour de notre arrivée, la zone de décharge s'est encore remplie, tout autour nous retrouvons seringues, aiguilles, sachets protéines pour dénutris périmés, résidus alimentaires ... Autant d'informations que nous pourrions utiliser lors de notre réunion avec le CHD et les équipes infirmières sur l'organisation du travail et la définition des tâches de chacun. Nous insisterons sur l'importance des procédures d'hygiène et sur l'impérieuse nécessité de la création d'un service technique et logistique.

- Buanderie :

La buanderie dans l'attente de son déménagement est dans un état extrêmement précaire et les conditions de travail particulièrement difficiles. Il n'existe aucun point d'eau fonctionnel et le personnel utilise toujours une lessiveuse à l'extérieur pour avoir de l'eau chaude. Elles disent assurer leur travail malgré une absence de salaire depuis quatre mois. Le déménagement vers la nouvelle buanderie ne semble pas à ce jour programmé bien que les locaux visités soient quasiment terminés.

- Les couturières :

Elles travaillent sur le matériel acquis par cette ambassade. Nous leur parlons des tabliers à réaliser pour les cleaners. Elles nous donnent des conseils sur le type de matériaux à acquérir. Par contre comme cela avait été signalé lors de la précédente mission l'acquisition d'un transformateur s'avère indispensable pour faire fonctionner plusieurs machines à coudre à la fois.

SUIVI DU PROJET DE REFECTION DU SYSTEME D'EAU

Les propositions qui suivent sont celles qui nous semblent prioritaires et les plus opportunes compte tenu des contraintes des bâtiments et de l'état des locaux existants. Nous demandons à l'ingénieur HOTAK de réaliser un descriptif précis de l'ensemble de ces travaux avec un devis chiffré. Toutefois nous ne prenons aucun engagement et ce devis devra être validé par cette ambassade avant toute réalisation.

Lundi 10 JANVIER 2005

Travail d'évaluation des besoins dans le bloc et dans le service de chirurgie. Un recensement des sanitaires et des points d'eau a été effectué en présence de l'ingénieur HOTAK et de son associé. Le D. CHAREK sollicité reste à notre disposition mais absent lors de la visite.

- Le bloc opératoire :

La présence des sanitaires (WC et douche) au sein même du service face aux blocs n'est pas compatible avec les mesures d'hygiène préconisées.

L'amélioration de la prévention du risque infectieux ne peut se passer de la création de nouveaux locaux. Une étude avec le personnel du bloc présent nous amène à faire la proposition d'une extension sur la cours pour y loger WC et douche avec un accès hors des sites opératoires en supprimant un vestiaire existant. Ce vestiaire pourra être transféré sur les anciens sanitaires réaménagés. Les lavabos chirurgicaux seront déplacés à l'extérieur des salles et le local de lavage des instruments ne sera plus réservé qu'à cet effet.

- Le service de chirurgie :

Les besoins de sanitaires et de postes de lavage de mains réservés aux soignants sont primordial. Certains existent mais doivent être remis en état. La préparation de l'opéré est à ce jour irréalisable. Elle ne pourra être proposée qu'en dehors des salles communes en intégrant le contexte culturel et le problème de la pudeur. Toutefois à condition que des douches dignes de ce nom soient installées.

Côté Hommes (hors salle de réveil prise en charge par une dotation iranienne) :
La réfection totale des douches et des WC avec reprise des faïences, des sols, des portes et équipement d'un ballon d'eau chaude.

Équipement des trois salles d'hospitalisation de lavabos intérieurs et de deux lavabos dans le couloir.

Secteur salle de soins et WC personnel :
Réfection sanitaire et lavabo existant et équipement d'un ballon d'eau chaude.
Équipement dans la salle de soins d'une seule paillasse.

Secteur bureau médecins :
Équipement d'un lavabo dans le couloir

Côté Femmes :
Équipement des cinq salles d'hospitalisation d'un lavabo intérieur. Équipement d'un lavabo dans le couloir. Réfection d'un lavabo existant dans le bureau des médecins. Réfection totale de deux WC, deux douches, deux lavabos et d'un ballon d'eau chaude avec reprise totale des faïences, sols et portes.

Mardi 11 JANVIER 2005

Poursuite du travail d'évaluation.

- Service des Urgences :
Il existe deux salles dans le service.
1^{ère} Salle : remplacement du lavabo existant par une paillasse et équipement d'un ballon d'eau chaude, pose de faïences.
2^{ème} Salle : Équipement d'un lavabo.
Reprise complète des sols pour les deux salles. L'exiguïté du service ne permet pas de prévoir l'installation de douche ni de WC sans engendrer des travaux très importants.

- Service des dénutris (PFC) :
 Nous avons proposé la possibilité d'occuper une partie de la salle de conférence (à ce jour réservée à entreposer du matériel) pour installer de nouveaux sanitaires à créer. Nous avons soumis notre proposition à la direction qui a opposé un veto formel. La solution retenue consiste à créer une extension sur la cours pour y loger WC et douches. Cette extension permet de conserver un accès direct sur l'extérieur pour le service. Ce projet devra être soumis à l'approbation de la direction de l'hôpital.

- Service de médecine interne :
 Bien que préalablement non inscrit dans ce projet nous avons évalué les travaux de réfection qui seraient envisageables dans le service de médecine interne.
 Coté Hommes et Coté Femmes : Réfection complète des sanitaires, douches et ballons d'eau chaude.
 Ces propositions seront intégrées au devis de l'ingénieur HOTAK.

- Service infectieux :
 Réfection complète des WC, d'une douche, d'un lavabo, des sols. Equipement d'un ballon d'eau chaude.

- Points d'eau dans la cours de l'hôpital :
 Le plan de l'ingénieur HOTAK prévoit 6 points de distribution d'eau dans les cours de l'hôpital. Nous lui faisons remarquer les risques d'utilisations exagérées qui pourraient épuiser rapidement les réserves. A cet effet il prévoira des valves de sécurité.

- La morgue :
 Réfection des sols, arrivée d'eau à installer et équipement d'un lavabo.

- Création des fosses septiques :
 Le devis prévoit la réalisation de 4 fosses septiques.

ANALYSE DES PERSPECTIVES DE TRAVAUX

Tous les travaux à réaliser relèvent de priorités telles qu'elles avaient été identifiées dès la première mission de janvier 2004. Pour autant ces investissements ne pourront s'entendre que s'il existe de la part de la Direction de l'hôpital de Mazar un engagement fort dans l'entretien des locaux réhabilités. Cet engagement devra se concrétiser par la mise en place d'une équipe logistique et d'entretien. Cette équipe devra être capable d'assurer une gestion correcte des locaux et des installations. L'hôpital aura tout à gagner pour son entretien et sa maintenance à disposer de plans de masse, plans détaillés des différents bâtiments, des infrastructures techniques (circuit électrique, circuit de distribution d'eau, circuit des eaux usées). Un autre engagement des afghans devra voir le jour dans la responsabilisation de tous les acteurs de l'établissement. Ces travaux sont à concevoir avec un accompagnement durable des équipes de soins pour rendre pérennes les différentes mises en place des recommandations sur l'hygiène, les circuits et l'élimination des déchets.

PREVISION ET UTILISATION DE MATERIEL

Type de matériel	Prévisions	Stock mai 04
Siphons		48
Petits joints		100
Lavabos	25	50
Valves pour lavabo		4
Robinets		70
Douche	9	
Pommeaux douche		80
Lunettes WC		42
Mitigeurs pour douche		19
Eviers inox	2	20
Valves ½ inch		6
Robinets pour lavabos		20
Joints siphon		32
Mitigeurs pour lavabos		77
WC à la turque (complets)	14	44
Valves pour lavabo		14
Robinets mitigeurs		24
Robinets nickel		10
Coudes		47
Joints pour canalisations		65
Urinoirs pour hommes		40
Tuyaux métalliques pour douche		15
Ballons d'eau chaude	8	0
Coudes 1 inch		13

Mercredi 12 JANVIER 2005

Visite avec le D. ANWARI du service des dénutris pour lui expliquer ce que nous proposons d'organiser. Les différentes propositions sont envisagées sur site. Dans un premier temps il refuse l'idée de bâtir une extension sur la cours, prétextant une atteinte à l'harmonie du bâtiment. Mettant en avant la fonctionnalité des futurs locaux, il consent à notre proposition mais avec réticence. Il envisage même éventuellement un transfert du service dans les nouveaux locaux de l'EFC mais dans un lointain futur ...

Réunion du CHD

Présents :

- D. ANWARI, Directeur adjoint
- D. MATIN
- Infirmiers chefs de Med. Interne, Bloc, Dénutris, 2 IDE de Gynéco,

- Chef du laboratoire
- D. Hamida HELMI Médecin Gynécologue

Dix personnes étaient absentes en déplacement sur Kaboul.

Thèmes abordés :

Le Directeur adjoint prend la parole et souligne les différents points que nous lui avons soumis : incinérateurs, dysfonctionnement électrique du service des dénutris, circuit des déchets.

Incinérateurs :

Tout le monde constate que l'utilisation promise des incinérateurs n'est pas effective et renvoie la faute sur la Direction des soins. Le coût engagé par la construction des incinérateurs pour l'hôpital s'élève à 18.000 afghanis. Le Dr ANWARI renvoie chacun à sa propre responsabilité devant informer la Direction de l'hôpital des dysfonctionnements pour qu'elle puisse les résoudre. Plusieurs fois le Directeur adjoint essaie d'appeler M. BASSIR Directeur adjoint à la Direction des soins, sans succès. Le D. MATEEN nous fait remarquer l'absence d'une direction forte à l'hôpital capable d'imposer ses directives ! Le Directeur adjoint signale qu'il a imposé que les incinérateurs fonctionnent la nuit pour éviter les nuisances dans le quartier. Il regrette que ces tâches qui relèvent de la Direction des soins n'est pas été prise plus tôt. Le D. MATEEN va dans le même sens et demande que les déchets soient incinérés quotidiennement pour éviter le stockage sauvage.

Utilisation des sandales dans l'hôpital :

L'IDE chef du bloc déplore la non observance par les médecins du changement de chaussures lorsqu'ils rentrent à l'hôpital. Il évoque la difficulté qu'ont les IDE à imposer des choses aux médecins et demande au D. ANWARI de prendre des mesures dans ce sens. Celui ci répond qu'il s'agit là de la responsabilité des chefs de service. Cette problématique semble commune à plusieurs services de l'hôpital et met une fois de plus en avant les difficultés relationnelles qui existent entre les différents personnels. De plus le prêt des sandales ne fonctionne que le matin puisque l'après midi tout est mis sous clef et donc inaccessible. Nous mettons en avant la nécessité que chacun soit responsable de ce qu'il fait et que c'est pour le bien commun et l'image de l'hôpital qu'il faut continuer à faire appliquer les mesures d'hygiène retenues par le CHD.

Problème de distribution d'eau en gynécologie :

Le médecin gynécologue rapporte un problème de distribution d'eau dans le service et confirme le mauvais état des canalisations. Elle déplore que personne ne s'occupe de l'entretien et dit avoir été obligée de payer quelqu'un pour qu'il apporte de l'eau dans le service. Elle nous demande de venir visiter son unité. Le D. MATIN insiste sur la possibilité de sanctions à l'encontre de ceux qui ne font pas leur travail. Nous soulignons que la réfection du système d'eau par l'Ambassade ne peut s'envisager sans un engagement de l'hôpital à assurer l'entretien de ce qui sera rénové. La création d'un service logistique s'avère plus que nécessaire pour mieux authentifier les responsabilités.

Les problèmes électriques :

Le Directeur adjoint reprend les remarques que nous avons faites sur l'état du système électrique du service des dénutris. Les réparations sont en cours. L'IDE chef du bloc nous fait part du problème de surtension survenu deux jours plus tôt ayant endommagé une partie de l'éclairage des scialytiques. Le CH RODEZ propose de remplacer les ampoules défailantes lors d'une prochaine mission.

Synthèse de la réunion par le D. ANWARI :

Tous les problèmes évoqués mettent pour lui en avant un problème de responsabilité individuelle dans le travail. Avec 110 infirmiers et 75 cleaners, il estime le personnel largement suffisant pour faire fonctionner correctement les services. Il rapporte l'exemple d'un service où les robinets d'eau restent ouverts alors que le personnel passe devant et que personne ne prend la peine de les fermer.

Dotation en linge des Urgences

En accord avec le D.ANWARI et l'IDE chef du bloc nous allons récupérer à la réserve 18 champs troués et 2 grands champs pour en équiper les urgences. Lors de notre prochain passage prévu pour samedi matin nous prévoyons avec l'IDE une « formation » à l'utilisation de ces champs.

JEUDI 13 JANVIER 2005

REUNION DE TRAVAIL DIRECTION DES SOINS / EQUIPE INFIRMIERE

Personnes présentes :

- M. BASSIR Adjoint directeur des soins
- IDES chefs des Urgences, du bloc, de la médecine Interne, de Pédiatrie
- M. KABIR Superviseur Réveil, Urgences, Chirurgie

Objectifs de la réunion :

Evaluation de l'organisation du travail dans les services.
Bonne pratique des fiches de poste
Circuit et élimination des déchets

On nous apprend la nomination de 4 IDE superviseurs (équivalent de Cadre supérieur) :

- 1 Réveil, urgences, chirurgie
- 1 med . Interne , maladies infectieuses,
- 1 Gynécologie,
- 1 Pédiatrie et service de dénutris.

Reprenant les propositions de la mission GUERIN/GARDE, ils ont été désignés par la Présidence et travaillent en collaboration avec la Direction des soins. Leur mission consiste à suivre les équipes dans leur travail quotidien en évaluant la « qualité » de la prestation fournie. Ils ont également un rôle de contrôle sur l'absentéisme et font remonter à la Direction des soins tous les dysfonctionnements observés. Toutefois s'ils semblent au clair avec leur mission il apparaît que les équipes ne semblent pas les reconnaître comme tels. Nous leur précisons que leur mission est loin d'être facile et qu'elle demande de leur part un engagement personnel important. Nous prenons l'exemple de l'élimination des déchets. Ils nous précisent qu'ils avaient tous demandé à la direction des soins que les déchets soient incinérés mais qu'ils ne se sentaient pas responsables du fait que cela n'ait pas été fait. Nous rappelons que leur mission consiste à suivre leurs demandes jusqu'à exécution et à insister si cela n'aboutit pas. La place qu'occupe le CHD dans l'établissement et la reconnaissance dont ils disposent auprès de la Présidence peut leur venir en aide pour appuyer leurs demandes et les faire appliquer. Nous leur proposons de rédiger avec eux une fiche de poste pour que les personnels de l'hôpital connaissent leurs champs d'activités (Annexe 1). Cette fiche devra être retravaillée avec eux lors d'une prochaine mission.

Pendant notre réunion M. BASSIR quitte la pièce un long moment. L'atmosphère se fait plus sereine et la parole se libère. Sans le nommer directement les IDE chefs déplorent ne pas être suivis par leur Direction dans leurs demandes, problème couplé à une absence d'autorité et de reconnaissance de cette Direction. Pour eux, même le CHD qui a effectivement un réel pouvoir manque de courage dans certaines positions à prendre.

Ils connaissent tous l'existence des fiches de postes. L'IDE chef des Urgences nous confirme qu'il existe des fiches d'évaluation des services par rapport à l'hygiène (check list). Elles ont pour but de contrôler les services et sont remplies par 2 à 3 membres du CHD. Pourtant il est difficile pour eux de faire respecter les protocoles en hygiène convenus. (Cf état des sanitaires femmes dans le service de med. Interne du D. MATEEN ...) Quand nous parlons de l'exemple des poches poubelles qui n'étaient pas installées aux Urgences et qui l'ont été rapidement en notre présence et après notre remarque, l'IDE chef des Urgences renvoie cette défaillance sur les cleaners. Nous utilisons cet exemple pour leur faire comprendre que leur place nécessite obstination et ténacité si des résultats tangibles veulent être observés. L'utilisation des fiches de postes a permis l'affectation d'un cleaner à la distribution des sandales à l'entrée et à la surveillance de la bonne application de cette mesure.

Nous profitons du retour de M. BASSIR pour l'interpeller sur la confiance mutuelle qui doit exister entre les différents personnels. Nous en profitons pour reparler de l'élimination des déchets et de la responsabilité de chacun dans les missions qui lui sont confiées. Aucune réaction de sa part. Il oriente le débat sur l'existence d'un service d'entretien sans que nous puissions apprendre qui sont ses responsables ni qu'elles sont ses attributions. Le débat s'engage entre les différents membres du groupe et personne ne semble d'accord sur la réelle existence de ce service. Nous insistons sur l'importance de la création effective d'un tel service pour permettre à la Direction des soins de se recentrer sur la pratique des soins et leur évaluation ainsi que sur la prise en charge des malades. M. BASSIR sans réagir quitte à nouveau la pièce.

Intéressé par nos propositions l'IDE chef des Urgences nous invite à venir travailler avec son équipe sur l'organisation des locaux et du fonctionnement de son unité. Rendez vous est pris pour le samedi 15 janvier. Nous associons à cette démarche le Superviseur afin qu'il puisse initier une continuité entre les urgences et la chirurgie.

A ce moment là le D. MATEEN nous rejoint, semble-t-il prévenu de cette réunion en nous demandant quel en est l'objet ? Il nous informe des directives qu'il a prises lors de la réunion quotidienne avec l'ensemble des médecins. Il demande qu'avant la prochaine réunion du CHD ces mesures soient effectives :

- Lavage des mains avant et après chaque geste,
- Gestion et élimination des déchets,
- Changement de tenues (blouses et sandales) à la prise de poste.

Il demande à chaque chef de service de s'engager à faire respecter ces directives.

M. BASSIR nous rejoint alors pour conclure cette réunion sans autre intervention de sa part.

REUNION DU COST-SHARING

Membres présents:

- D. ANWARI Président Adjoint,
- Représentants de BRAC
- Représentant de la Chambre de Commerce
- Représentant du Gouvernement Régional,
- D. AFZAL, Chirurgien Ortho, Responsable du CS
- M. HADJI HABIB Trésorier de l'hôpital
- Représentants du CH RODEZ.

La réunion prévue à 11H débute avec retard, le D. AFZAL nous précise ses difficultés à mobiliser les participants.

Il s'agit en fait de la 1^{ère} réunion depuis la création du Cost-Sharing. BRAC demande si le corum est atteint afin de pouvoir valider d'éventuelles décisions.

BRAC se présente comme bailleur de fonds de la Banque Mondiale pour les 2000,00 dollars alloués mensuellement. Rapidement le débat s'engage sur les dépenses effectuées avec ces dotations et BRAC exige des factures justifiant les sommes dépensées. On apprend ainsi que sur les 4000,00 dollars US versés dont 2000,00 comme avance, 3700,00 ont été dépensés en décembre (achat de médicaments, néons électriques, essence ?) sans que le D. AFZAL ne puisse fournir le détail de ces achats. BRAC lui apprend que la dotation mensuelle s'élève à 2000,00 dollars et qu'à ce titre il exige les justificatifs ! BRAC précise qu'avant d'engager une dépense sur les sommes versées par la Banque mondiale celle ci doit être soumise à l'approbation d'au moins 3 membres du CS. Le D. AFZAL déclare ne pas être au courant de cette disposition. BRAC présente alors un document qui reprend tout le règlement de fonctionnement du CS et dont il distribue un exemplaire à chaque participant (cf. annexe). BRAC présentera à la prochaine réunion des documents du MOH sur le fonctionnement du Cost-Sharing. L'utilisation de ces 2000,00 dollars doit être clairement identifiée mais ne doit pas couvrir les compléments de salaires des personnels. Le D. ANWARI valide les propositions de BRAC et rappelle au D. AFZAL qu'elles avaient déjà été discutées lors de la création du CS.

Concernant le Cost-Sharing, M. HABIB présente les comptes. 110.000 afghanis ont été encaissés depuis la création en décembre. Il lui est demandé de fournir pour la prochaine réunion un exercice comptable détaillé par service. Cet argent est à ce jour disponible sur l'hôpital mais aucun compte bancaire n'a été ouvert ce qui permettrait pourtant un suivi des recettes/dépenses plus transparent. A ce jour il n'existe qu'un seul compte où BRAC verse ses dotations et seul le D. MIRWAIS peut effectuer des prélèvements. Ses absences répétées depuis un mois ne favorisent pas la gestion de ce compte....

Après discussion il est décidé l'ouverture d'un 2^{ème} compte où l'argent du cost-sharing sera versé. Ce compte ne sera ouvert qu'après l'accord du Gouverneur de la province qui pourra intervenir en tant que représentant des finances et par la même être informé des investissements de l'hôpital. BRAC n'interviendra pas sur cette gestion.

Les compléments de salaires destinés aux cleaners n'ont pas à ce jour été distribués. Ils seront effectifs lors de la prochaine réunion du CS. Le Directeur adjoint valide ces deux propositions. Le CH RODEZ pense qu'on pourrait intégrer aux compléments de salaires les personnels travaillant à la buanderie.

La réunion se termine à 13h15 sans qu'une date ne soit retenue pour la prochaine rencontre.

SAMEDI 15 JANVIER 2005

JOURNEE DE TRAVAIL AUX URGENCES

Comme convenu nous nous rendons aux urgences dès 8h30. L'IDE chef nous attend et son équipe est installée près du bokhari ... Nous échangeons avec eux autour des possibilités de réorganisation des locaux du service.

A la question : « Que voyez-vous comme amélioration à apporter ? » peu d'idées réalistes sont avancées. Nous leur expliquons comment un service des urgences doit fonctionner en France et leur proposons quelques modifications pour une meilleure fonctionnalité. Nous nous engageons avec eux dans un déménagement et une réorganisation de service. Nous insistons sur le fait qu'il est important de pouvoir aborder les patients des deux cotés et qu'à ce titre les tables d'examen ne doivent pas être plaquées contre les murs. C'est l'occasion de déplacer les armoires et de faire un grand ménage ... !!

L'enthousiasme de l'équipe retombe vite dès lors qu'on demande une aide pour déplacer du mobilier ou faire le ménage. Seul l'IDE chef et surtout le cleaner nous aident dans cette tâche. Les IDE et le médecin de garde partent s'installer dehors au soleil ! Nous rappelons à l'IDE chef que son travail consiste à impliquer toute son équipe. C'est pour lui une chose difficile mais notre entrain est communicatif.

L'exiguïté des locaux pose beaucoup de problème et des choix sont à réaliser. L'IDE chef souhaiterait compléter ses équipements avec une table supplémentaire. Il est surpris quand nous lui proposons le retrait de matériel inutile. Nous organisons la 2^{ème} salle du service de telle façon que 3 tables d'examen soient installées de telle manière qu'on puisse examiner les patients avec suffisamment de place. Cela nécessite la suppression d'un bureau médical, le déplacement du bokhari qui était au milieu de la pièce, le déplacement de l'armoire à pharmacie, le rangement des brancards lits picots, et surtout un grand nettoyage des sols. Après 2 heures de travail le résultat semble satisfaire le personnel.

Comme lors de missions précédentes nous constatons que l'implication est inversement proportionnelle à la position hiérarchique. Durant tout notre travail et malgré nos sollicitations nous n'avons reçu aucune aide de la part des médecins présents.

L'exiguïté de la 1^{ère} salle ne nous permet pas de modifier son organisation, rend l'accueil du patient souvent difficile (porte ouverte en hiver) et son entretien quotidien très aléatoire. Un sas d'entrée serait sûrement une possibilité à envisager. Cela permettrait une hygiène plus correcte avec changement de sandales, une zone de stockage du brancard de transport et assurerait une intimité des salles d'examens.

Le problème du chauffage du service demeure pour autant. Actuellement le bokhari n'est pas utilisé par manque de bois. Par contre au moment de son déménagement, un examen attentif nous a permis de découvrir qu'il était rempli de matériel de soins usagé. Cela nous a permis de redéfinir la fonction du cleaner et de demander à l'IDE chef de faire incinérer les déchets tous les jours.

Nous terminons la matinée à l'utilisation des champs troués. Pour cela l'équipe infirmière est présente et intéressée. Nous lui rappelons que le stock est accessible mais que la technique ne doit pas prendre le pas sur les procédures d'hygiène.

Nous leur donnons également 4 attelles de Zimmer dont nous leur expliquons l'utilisation. Nous engageons l'IDE chef dans sa responsabilisation de l'entretien de ces attelles et l'assurons que les prochaines missions s'assureront de leur présence et de leur bon usage. Nous leur laissons également des blouses, 2 tenues de bloc, des masques, des calots, des gants stériles et non stériles. Malgré le faible nombre de déchoquages réalisés nous leur offrons un laryngoscope avec 2 lames. L'IDE chef le range sous clef par crainte de le voir disparaître rapidement.

Nous apprenons que l'hôpital va être doté par la Pologne de 4 ambulances équipées qui porteraient ainsi à 5 le parc de l'hôpital. Celle existante ayant été offerte il y a quelques mois par l'hôpital de HERAT. Une formation est donc en cours pour 23 personnes (10 médecins, 6 infirmiers, 4 infirmières, 3 chauffeurs). Cette formation porte sur le matériel d'urgence embarqué dans les véhicules. Il semblerait que cela permette à moyen terme de créer un « SMUR » capable d'aller chercher des patients ou des blessés uniquement sur la ville de MAZAR.

RENCONTRE AVEC L'IDE CHEF DU BLOC

Nous nous rendons au bloc pour remettre du matériel de nettoyage et de désinfection. Cette rencontre nous permet d'obtenir des informations sur l'activité de traumatologie. Il nous confirme la réorganisation de l'équipe médicale. Il y a à ce jour 4 orthopédistes présents. Ce chiffre va être porté à 13 très prochainement. Ces chirurgiens seront recrutés en partie auprès de l'hôpital militaire. Des choix stratégiques à l'hôpital militaire font que désormais les civils n'y sont plus pris en charge d'où la ventilation des chirurgiens sur d'autres centres hospitaliers.

Nous consultons avec lui le cahier de bloc et constatons la faible activité orthopédique. Il l'explique par un manque de formation des chirurgiens dans la spécialité (tous formés en Afghanistan) et nous demande la possibilité d'avoir une mission médicale spécifique à cette spécialité axée sur la formation.

Nous évoquerons sa demande lors de la prochaine réunion avec la Présidence.

DIMANCHE 16 JANVIER 2005

VISITE DU SERVICE DE GYNECO OBSTETRIQUE

Comme convenu nous nous rendons à notre rendez vous et nous sommes accueillis par le Docteur Hamida HELMI. Elle nous présente le service. Comme dans le service de Chirurgie la réorganisation médicale a aussi touché le service de gynéco, le nombre de praticiens passant de 45 à 23. Les équipes de soins sont réparties avec une responsabilité par chambre, il y a 3 médecins et une IDE responsables par salle.

Nous visitons le service. Dès l'entrée l'organisation et la distribution des sandales sont efficaces. Les couloirs sont propres et rangés. Tout le monde est à son poste et les rôles sont très bien répartis.

Il existe deux salles d'hospitalisation une de 6 l'autre de 8 lits, tous les lits sont occupés. Les lits sont propres, le linge changé. Quand nous rentrons dans la 1^{ère} salle les équipes travaillent, les cleaners changent les draps, les IDE s'occupent des patientes et les médecins examinent des dossiers bien tenus. Les boîtes sécurisées sont à leurs places, bien utilisées, les poubelles sont propres toutes équipées de poches C'est le premier service où tout fonctionne avec une réelle organisation et un engagement de tous.

La salle de réveil composée de 8 lits où les patientes transitent en post-partum est totalement occupée. Les berceaux sont propres avec des enfants emmitouflés. Il y règne un sentiment de quiétude où même avec du monde toutes les tâches sont réalisées avec calme et professionnalisme.

La salle d'accouchement avec 6 tables est en pleine activité. C'est le seul endroit où nous voyons des baignoires pour désinfecter les gants après leur nettoyage. Les sage-femmes portent masques, calots et gants stériles. Elles dénoncent l'absence d'autoclave pour stériliser les 10 boîtes d'instruments. Il existe un autoclave neuf, offert par les Japonais, à ce jour n'ayant jamais servi à cause de sa puissance par rapport aux possibilités électriques de

l'établissement. Les 20 accouchements quotidiens annoncés, nécessitent un turn-over important de matériel que la stérilisation centrale du bloc ne prend pas forcément en charge. Le docteur HELMI nous parle du stock de champs au quel elle n'a pas eu accès malgré ses demandes répétées. Une intervention du CH RODEZ auprès de l'IDE chef du bloc résout facilement le problème.

Nous nous rendons au bloc gynéco. Il ne fonctionne pas par manque de respirateur, toutes les césariennes sont réalisées sous anesthésie générale au bloc central. La présence d'un bokhari dans le bloc lui même nous est présentée comme une aberration tant sur le plan de l'hygiène que du risque infectieux. L'hôpital a équipé le bloc d'un chauffage électrique mais qui n'est pas utilisé à cause de sa surpuissance. Dans le bloc tout est propre faïence murale, sol, la table opératoire bien équipée. Il n'y a pas par contre de scialytique au plafond et le seul qui soit présent a les 5 ampoules grillées depuis plusieurs mois.

Il existe des couveuses au niveau du service de pédiatrie mais les prématurés ne peuvent en bénéficier à cause d'une méconnaissance de leurs fonctionnements de la part des équipes médicales. De plus le service de pédiatrie attendant à celui de gynéco n'est accessible qu'en passant par l'extérieur. Le D. HELMI nous précise qu'il s'agit d'un choix pour contenir les problèmes infectieux tels que ceux liés aux méningites existantes.

La participation du D. HELMI au CHD et les réalisations sur la prévention des risques infectieux sont pour la première fois de la mission en concordance totale. Ce médecin avec le docteur HAMIDA, a participé à un séminaire sur l'hygiène de 2 mois au Japon. Elle déplore pourtant un manque de suivi de la part de la Présidence pour les demandes qu'elle a pu faire. Il en serait de même pour les orientations et les directives que le CHD propose. Elle nous parle alors de l'incinération des déchets qui n'a toujours pas commencé à ce jour.

Après notre visite de nombreux services de l'hôpital, nous avons avec la gynéco l'exemple que seule l'appropriation des mesures d'hygiène par les acteurs afghans et l'engagement des équipes médicales pourront faire progresser l'ensemble des unités d'hospitalisation.

RENCONTRE AVEC M. BASSIR / DIRECTION DES SOINS

Nous évaluons avec M. BASSIR les stocks de consommables depuis la dernière mission.

Il nous demande la possibilité d'acheter :

- 10 balais raclettes
- 50 paires de gants de ménage
- poudre à récurer
- Bidons d'acide sulfurique

Le stock des poches poubelles est actuellement suffisant. Il souhaite également équiper les cleaners de bottes caoutchouc. Ce sera à revoir lors de la prochaine mission.

RENCONTRE AVEC LA PRESIDENCE DE L'HOPITAL

Nous apprenons ce matin le retour du Docteur MIRWAIS de Kaboul. L'ambiance dans la cours de l'hôpital est différente des autres jours ; autour de la Présidence chacun se presse pour venir le saluer et faire « allégeance » !

Nous le rencontrons avec le D. ANWARI. Nous lui rappelons les objectifs de la mission et l'état actuel de son avancée.

Notre perception globale de son établissement :

- Le travail réalisé par l'IDE chef du bloc nous paraît excellent. Il aurait par contre besoin d'un soutien réel dans ses actions notamment de la part des chirurgiens. Actuellement il n'est pas suivi dans ses remarques :
 - Les plannings des interventions n'existent pas et chacun amène son patient quand il le souhaite.
 - Le port des sandales est parfois difficile à obtenir des chirurgiens,
 - Il existe de réels problèmes de communication entre les médecins et les IDE ...
- En service de chirurgie il nous semble que la qualité du travail fourni varie en fonction de notre présence. Les IDE disent être en difficulté et manquent de reconnaissance, ils ont besoin d'être soutenus. Ils risquent de se décourager.
- L'excellence du service de gynécologie nous a ravi et pourrait présenter un modèle pour les autres services de l'hôpital.
- Au service des Urgences nous avons travaillé à une amélioration de la fonctionnalité. Pourtant des investissements à réaliser par l'hôpital nous semblent nécessaires en particulier la réalisation d'un sas d'entrée.
Le Docteur MIRWAIS prend acte de notre remarque. L'hôpital voulait rénover la salle de réveil. Comme des subventions iraniennes vont s'en charger, il propose d'utiliser des fonds propres pour rénover les Urgences.

L'avancée des objectifs de la mission :

- La réfection du système de distribution d'eau :
Nous lui exposons les différents aménagements possibles prévus avec l'ingénieur HOTAK, notamment les extensions du bloc et du service des dénutris. Il oppose un refus catégorique prétextant une atteinte à l'esthétique des bâtiments ! Pour le service des dénutris, il souhaite une installation complète dans un bâtiment vétuste existant à l'extérieur des locaux du PFC. Quand au bloc il propose un local inoccupé attendant ?
A la question sur les stocks des lavabos (cf. Mission Viard / Huckert) pas de réponse.
Le Docteur MIRWAIS nous quitte pour rejoindre une formation donnée sur la contraception !!!!

Les invités pour une réunion suivante arrivent, nous obligeant à remercier le Docteur ANWARI et à quitter la Présidence. Un nouveau rendez vous est pris.

LUNDI 17 JANVIER 2005

RENCONTRE AVEC LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE **PROFESSEUR ABDUL GHAFUR SEDIQI**

Nous sommes reçus par le Doyen et accompagnés par le Docteur QAYOM chirurgien à l'hôpital. Nous lui remettons les ouvrages édités par l'Ambassade. Son accueil est courtois. Il se dit intéressé par une coopération entre l'Ambassade et son université. Celle ci devrait porter sur trois points :

- une aide matérielle permettant de doter l'université d'une connexion Internet et de PC,
- des actions de formations médicales même ponctuelles dispensées par les médecins du CH RODEZ lors de leurs missions à MAZAR,
- éventuellement des investissements financiers permettant la réalisation ou l'aménagement de locaux notamment pour des salles de TP.

Nous prenons acte de ses demandes et les transmettons à l'Ambassade lors de notre retour à Kaboul. Nous terminons notre passage à l'université par une visite guidée des locaux. Ils sont bien entretenus mais les salles de cours sont exiguës.

La faculté à ce jour compte 900 étudiants médecins dont 120 terminent leur cursus chaque année. Le D. QAYOM nous fait part de son expérience et regrette surtout que le tutorat en fin d'études ne soit assuré que par les médecins formés sur place ceci n'étant pas favorable à des apprentissages performants. Il renforce la demande de formation type compagnonnage souhaitée par le Doyen. Une coopération hospitalo-universitaire à Mazar serait-elle envisageable ? Elle nécessiterait la participation d'un centre universitaire tel que Toulouse et pourrait déboucher sur des missions de formations médicales. Elles pourraient être assurées soit par des enseignants universitaires de Toulouse, soit par des praticiens hospitaliers de Rodez. Il est important que la mise en place d'une telle coopération s'intègre dans le cadre de l'enseignement pratique assuré par le CH Rodez en lien avec la convention qui lie cet établissement à l'hôpital de Mazar.

ACHATS DES DIFFERENTS CONSOMMABLES

Comme convenu avec l'IDE de la Direction des soins nous lui remettons les différents consommables achetés au bazar. (Cf. détails en annexe).

RENCONTRE AVEC LA PRESIDENCE DE L'HOPITAL

Nous nous rendons à la Présidence afin de rencontrer le D. MIRWAIS pour terminer l'entretien qu'il a écourté la veille. Nous sommes conduits dans son salon d'attente où après 45 minutes nous ressortons sans l'avoir vu. Rendez vous est pris pour le lendemain matin 9H...

MARDI 18 JANVIER 2005

RENCONTRE AVEC LA PRESIDENCE DE L'HOPITAL

Nous reprenons la conversation là où nous l'avions laissée. Docteur MIRWAIS s'excuse pour ses différentes absences.

Stock de matériel:

Il nous confirme que tout le stock (cf. Mission VIARD / HUCKERT) est bien présent à l'hôpital et parfaitement utilisable pour les travaux prévus. Il se soucie de la qualité de ce matériel mais rassuré par l'évaluation de VIARD / HUCKERT, il le met à notre disposition.

Cost-sharing :

Nous l'interpellons sur la nécessité de faire suivre les comptes rendus de réunion au D. GUERIN. Nous lui rappelons que la voix de RODEZ n'est que consultative mais que nous souhaiterions que les compléments de salaires prennent en compte les employées de la buanderie.

Il valide notre proposition. Les 20% de recettes du cost-sharing s'élevant à 20.000 afghanis environ, représentent un faible complément de salaire pour les cleaners. Il préfère utiliser cet argent pour sa majeure partie pour les employées de la buanderie ainsi que pour les employés du bureau des entrées. Concernant ce service il argumente son choix en disant vouloir éviter des tentations pour ces agents à faibles revenus. En effet nous avons pu constater que les encaissements au bureau des entrées se font en liquide. Il est remis aux patients un reçu rempli à la main de la somme versée. Un talon est également complété attestant de l'argent encaissé sans que personne ne puisse le vérifier.

Circuit des déchets :

Nous l'informons que depuis le début de cette mission et pendant son absence, nous avons maintes fois demandé que soient utilisés les incinérateurs. Ce matin encore nous sommes allés constater que rien n'avait bougé ! Nous insistons sur la nécessité d'identifier les responsabilités à chaque étape du circuit.

Dans sa réponse il nous indique que faisant suite à la mission GUERIN/GARDE, la création d'un service logistique est effective.

La Direction des soins a été scindée en deux :

M. Ghulam ALI a été nommé responsable de la partie technique et logistique,
M. BASSIR de la partie soins et IDE.

Il confirme aussi la nomination de 4 IDE superviseurs.

Depuis son retour il reconnaît les soucis prétextant l'absence de M. Ghulam ALI à Kaboul. Il nous assure de la désignation d'un responsable pour les incinérateurs.

Organisation du travail :

La fin des rotations des équipes IDE dans les unités est appliquée à tout l'hôpital selon les préconisations des missions précédentes. Il s'agit là d'une « révolution » dans les habitudes du personnel. Il nous demande une certaine indulgence avant que cette nouvelle organisation ne porte ses fruits.

Nous l'interpellons sur la question de l'absentéisme et sur les sanctions applicables.

La délégation de pouvoir a été donnée aux superviseurs mais bien qu'initiés, ces changements prendront du temps.

Nous reparlons alors des fiches de postes qui peuvent être des outils de références utiles pour permettre à chacun de se positionner dans sa mission. Nous donnons l'exemple du travail que nous avons réalisé aux Urgences durant lequel l'absence d'initiative des IDE a été manifeste.

Selon lui nous touchons là un problème culturel qui lui aussi mettra du temps à évoluer.

Projets missions 2005 :

A été ensuite discutée la planification des prochaines missions. Pour le D. MIRWAIS deux axes sont prioritaires :

- 1 : renforcer une aide au management et un travail sur les organisations dans le service de pédiatrie,
- 2 : développer les échanges autour des formations chirurgicales notamment en orthopédie.

1 : Les avancées constatées dans les services ayant travaillé sur l'organisation sont réelles et visibles. Le service de gynéco a été soutenu par différents intervenants. La pédiatrie par contre doit pouvoir bénéficier d'un soutien organisationnel ainsi que d'une aide technique.

Nous précisons que toute aide technique ne pourra s'envisager sans avoir fait en amont un travail sur l'organisation du service, s'appuyant notamment sur les fiches de postes. Il valide notre remarque.

2 : La nomination des 13 « orthopédistes » est effective même s'ils ne sont pas tous encore en poste à l'hôpital. Ces chirurgiens doivent selon lui être accompagnés par un enseignement théorique et pratique afin d'augmenter la qualité de la prestation dans cette spécialité à l'hôpital de Mazar. L'avenir de l'hôpital militaire et de la coopération jordanienne reste à ce jour mal défini et le D. MIRWAIS souhaite anticiper leur départ possible. De plus, comme nous l'évoquions ci dessus, de nouvelles directives ne permettent plus aujourd'hui aux civils de profiter de ces installations.

Concernant les actions en cours, nous rappelons au D. MIRWAIS que des missions successives ne doivent pas faire abandonner les axes de progrès déjà amorcés. Il s'agira de s'engager à finaliser toute la chaîne du circuit des déchets, d'assurer le bon entretien des aménagements et des rénovations prévues. Il approuve notre remarque et cite pour exemple l'appareil de radio « flambant neuf » donné par les Japonais et inutilisé par manque de formation des personnels.

Nous le quittons après deux heures de réunion.

RENCONTRE AVEC LE RESPONSABLE DU BUREAU DES ENTREES

Afin d'évaluer le nombre de passage aux Urgences et la ventilation des patients vers le service de chirurgie (viscéral + ortho) nous avons demandé au responsable d'établir pour nous un relevé chiffré. Nous retranscrivons ici les résultats de ses recherches en sachant qu'il nous a fallu les affiner avec lui pour les rendre un tant soit peu cohérents. Nous ne pouvons malheureusement pas certifier leur validité.

Il n'y a pas de service de gestion administrative, et selon ses dires près de 60% des dossiers sont difficilement exploitables par manque de références fiables.

Mois de Novembre 2004

	Admission aux Urgences	Hospitalisations en Chirurgie	Hospitalisations en orthopédie	Interventions en orthopédie	DC en Chirurgie
HOMMES	450	161	16	11	2
FEMMES	65	50	4	1	0
TOTAL	515	211	20	12	2

ANALYSE DE LA MISSION

Au vu du travail effectué, l'analyse des résultats de cette mission peut se diviser en 4 parties :

- Résultats sur la réfection du système de distribution d'eau de l'hôpital.
- Filière Urgences – Chirurgie
- Suivi des actions des missions précédentes.
- Orientations et demandes pour 2005.

1 - Résultats sur la réfection du système de distribution d'eau de l'hôpital

Le travail réalisé avec l'ingénieur HOTAK nous a permis de rapporter à l'Ambassade un descriptif précis des travaux de réhabilitation à réaliser. Nous pouvons présenter 6 plans détaillés des différents sites à réhabiliter. Des devis propres à chacun des plans proposés reprennent les détails des travaux.

Les coûts des devis présentés s'élèvent à ce jour à 67.141,00 \$ US, soit le double du premier devis. Des choix stratégiques devront être proposés à l'Ambassade. Pour les missionnaires du CH RODEZ la priorité devrait être mise sur la filière Urgences, Chirurgie, Bloc. En effet, cette démarche pourrait renforcer les acquis déjà développés et conforter les personnels dans les efforts fournis.

Si on retenait ces propositions le devis s'élèverait alors à :

- Urgences :	2.898,00 \$
- Chirurgie :	11.219,00 \$
- Bloc :	27.385,00 \$
	<hr/>
TOTAL :	41.502,00 \$

Cette proposition, à faire à la Direction de l'hôpital de Mazar, devra être validée par son représentant le Dr MIRWAIS afin de l'engager personnellement dans le suivi des travaux ainsi que dans l'entretien et la maintenance des améliorations apportées. Une modification du plan n°2 sera toutefois à évoquer avec lui concernant la localisation des sanitaires du Bloc. Cette modification ne devrait pas engendrer un surcoût au devis proposé. Il s'agira de bâtir sur l'arrière l'extension initialement prévue sur le devant du bâtiment

Concernant la qualité des travaux prévus, le fait que le frère de l'ingénieur HOTAK soit médecin à l'hôpital peut être considéré comme « caution morale ». Enfin, il est important de rappeler que toutes ces propositions d'amélioration ont été faites, après discussions et avec l'aval des personnels concernés.

2 – Filière Urgences – Chirurgie

Le travail réalisé au cours de cette mission nous a permis de mettre en avant :

2.1 : Aux Urgences :

La mise en place d'une nouvelle organisation, touchant tout à la fois l'arrêt de la rotation des équipes et un positionnement d'un Infirmier-Chef, est effective. Toutefois, si des orientations concernant la gestion des équipes ont été abordées lors d'une précédente mission, à ce jour elles restent encore théoriques. En effet, l'IDE-Chef exprime des difficultés à « motiver » ses troupes dès lors qu'il s'agit de repenser les organisations de travail. Il en est de même dans sa fonction contrôle, et les rappels répétés sur les procédures d'hygiène à suivre restent souvent sans effet. On se retrouve dans ce service avec un médecin-chef absent, plus préoccupé par le service de chirurgie, ce qui ne facilite pas le positionnement hiérarchique de l'IDE-Chef. De plus ce dernier assure encore à ce jour des missions touchant la supervision de problèmes logistiques (les jardiniers par exemple) qui l'amènent à s'absenter régulièrement de son unité.

2.2 : En Chirurgie :

Les accompagnements successifs de ce service par les missions du CH RODEZ sont tout à fait perceptibles. En un an les locaux sont plus propres et les tâches des cleaners exécutées régulièrement. Lors de notre travail dans le service les équipes infirmières nous ont exprimé leurs demandes de soutien dans les techniques de soins. Notre observation nous permet de confirmer une attention portée par les équipes à l'aseptie. Toutefois l'approche du contexte culturel permet de mesurer combien le temps est un facteur incontournable pour que des modifications durables de comportement professionnel s'enracinent profondément.

3 – Suivi des missions précédentes

- BLOC :

L'engagement de l'IDE-Chef du bloc est important. C'est sur lui que repose la réussite du travail sur l'hygiène et l'organisation de ce service. Il assume pleinement sa fonction et sait faire passer auprès de son équipe sa motivation et bénéficie de reconnaissance de la part de cette dernière. La gestion du stock de linge donné par le CH-Rodez est assurée avec sérieux et réflexion. Pourtant cette rigueur poussée à l'extrême a demandé une intervention des missionnaires de RODEZ pour que le stock puisse être ouvert aux services des Urgences et de Gynéco.

- HYGIENE :

Il y a une nette amélioration de la propreté des locaux. Sans reprendre la totalité des points abordés par la mission de Nov. / Dec. 2004, nous centrerons nos observations sur le circuit des déchets. A ce jour l'utilisation des incinérateurs n'est pas effective. Tout le circuit est embolisé par le stockage des déchets sans que ceux-ci ne soient correctement éliminés. Les interventions répétées que nous avons pu faire à différents niveaux de l'hôpital n'ont pas abouti. Cela met en avant une problématique majeure et transversale sur tout l'hôpital : l'absence de délégation réelle dans l'organisation hospitalière actuelle. En l'absence du Dr MIRWAIS les décisions ne sont pas prises. Malgré la bonne volonté et implication du directeur-adjoint le Dr ANWARI, des demandes importantes restent sans effet. Cette délégation était, l'an passé, beaucoup plus effective dès lors que le Dr MIRWAIS avait

nommé lui-même les collaborateurs assurant l'intérim pendant ses absences. Ils étaient alors reconnus par l'ensemble de l'hôpital et leurs orientations étaient suivies. Même nommé par le MOH, le Dr ANWARI, et malgré sa disponibilité importante et son intérêt pour cette coopération, il ne bénéficie pas, de la part des responsables de l'hôpital de MAZAR, d'une reconnaissance de son pouvoir décisionnel en l'absence du Dr MIRWAIS.

- CHD :

Le CHD se réunit de façon hebdomadaire. Le Dr MATEEN prend son rôle à cœur. Cet investissement personnel en fait un interlocuteur important pour le développement futur de l'hôpital. De la même façon l'engagement des médecins gynécologues est tout à fait remarquable et efficace. Pourtant comme dans d'autres structures hospitalières occidentales la voix du corps infirmier a des difficultés à se faire entendre. Seul l'engagement fort des médecins pourra rendre visibles et pérennes des avancées dans le domaine de l'hygiène. Peut être que la promesse de dotations en matériel techniques pourrait servir de levier pour encourager le corps médical à s'engager réellement dans la démarche. Toutefois l'évolution de cet établissement ne sera réelle sans des changements profonds que nos partenaires afghans devront s'approprier : finalisation du circuit de déchets, amélioration continue des mesures d'hygiène et en premier lieu du lavage des mains avant et après chaque geste.

4 – Orientations pour 2005

Le D. MIRWAIS reste à ce jour l'interlocuteur prioritaire sur l'hôpital. Il tient compte des conseils en organisation et veille à appliquer les orientations proposées par les différentes missions du CH RODEZ. Son absence pendant une partie de la mission nous a permis de mesurer combien nous étions dans une dynamique pyramidale de management ; où une absence totale de délégation freine réellement des progressions possibles. Instaurer un management où une délégation effective des pouvoirs serait visible pourrait être un levier fort à la restauration d'une confiance professionnelle entre les différents acteurs hospitalier.

Outre les missions déjà envisagées pour 2005, il serait important d'axer une mission management vers une assistance d'organisation administrative permettant d'aborder l'indispensable nécessité de la délégation pour les managers. Cette mission serait à construire avec un Directeur administratif hospitalier et un médecin afin de faire les liens entre les orientations globales d'un établissement et les applications concrètes au niveau des unités . Elle permettrait aussi de conforter la place de M. Ghulam ALI dans ses nouvelles fonctions sur le service technique et logistique. Enfin elle pourrait servir à réduire une problématique déjà citée à savoir l'implication et la responsabilisation des équipes dans la réalisation de leur tâches.

**Rapport de mission validé le 19 mars 2005
par l'Ambassade de France à Kaboul**

- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



André Tilot

Fiche de poste de l'Infirmier-Coordinateur

<i>TACHES REALISEES</i>	<i>TACHES A DEVELOPPER</i>
Fonction Soins	
<ul style="list-style-type: none"> → organisation du travail des Infirmiers-Chefs et des équipes dans les services → supervision des distributions des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> → réunion hebdomadaire avec les Infirmiers – chefs des différentes unités → Contrôle de l'organisation du travail en équipe Infirmiers(ères) - Cleaners et répartition des tâches par catégories professionnelles → vérification de la qualité des prestations
Gestion des équipes	
<ul style="list-style-type: none"> → vérification de la présence du personnel sur les différentes unités 	<ul style="list-style-type: none"> → réalisation des roulements du personnel, harmonisation des postes de garde et d'astreintes → faire respecter la discipline et les horaires → faire remonter l'information à la Direction des Soins en cas de problème
Gestion du matériel	
<ul style="list-style-type: none"> → fourniture du matériel nécessaire pour la semaine → contrôle de l'état du matériel, lien avec le service logistique et d'entretien à la Direction des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> → anticipation sur les besoins en matériel avec demande de moyens à la Direction des Soins
Relation – Communication - Formation	
	<ul style="list-style-type: none"> → organisation de rencontres (réunions de service) avec les professionnels Médecins – Infirmiers-Chefs → évaluation / notation des agents avec les IDE Chefs et la Direction des Soins

DEPENSES EFFECTUEES AU COURS DE LA MISSION DE JANVIER 2005
(Validation et financement par l'ambassade de France)

Gants ménages : 48 à 35 afghanis	33 \$
Balais raclettes : 10 à 110 afghanis.....	22 \$
Multiprise :.....	3 \$
Acide sulfurique : 4 bouteilles à 80 afghanis.....	6.5 \$
Transformateur pour machine à coudre :	30 \$
Tissus plastifiés pour tabliers cleaners	72\$
Tissus coton pour bordures tabliers	20\$
Fil de couture	1\$
TOTAL :.....	187.5 \$

DONS DU CH-RODEZ

Scoth britt : 40

Lingettes désinfection : 2 paquets

Laryngoscope : 1 + 2 lames

Attelles de ZIMMER : 4

Gants non stériles taille 7/8 : 1boîte

Gants stériles taille 7,5 : 15 unités

Masques chirurgicaux UU : 1 boîte

Calots de bloc UU : 1 boîte

Tenues IDE (blouses, casaques et pantalons) : 3 tenues complètes