

UNIVERSITE DE RENNES I  
FACULTE DE PHARMACIE

**THESE**

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2006

Par

**Mademoiselle Morgane ROUXEL**

Née le 26 mars 1979

A Vannes

\*\*\*\*\*

**MISSION HUMANITAIRE EN AFGHANISTAN :  
MISE EN PLACE ET ORGANISATION DE LA  
PHARMACIE D'UN HOPITAL DE KABOUL**

\*\*\*\*\*

JURY

Monsieur Jean-Charles CORBEL, Maître de Conférences  
Monsieur Jean-Jacques BLEAS, Maître de Conférences  
Mr Jean-Luc CAMELOT, docteur en pharmacie

**FACULTE DE PHARMACIE**  
**CORPS ENSEIGNANT**  
**Faculté de Pharmacie de Rennes I**  
**Année universitaire 2006-2007**

Monsieur le Professeur honoraire Jean-Pierre ANGER

Monsieur le Professeur honoraire Pierre-Louis BIGET

Monsieur le Professeur honoraire Jean HUET

Monsieur le Professeur honoraire Pierre JOUAN

Monsieur le Professeur honoraire Jean-Yves LEBORGNE

Monsieur le Professeur honoraire Bernard RAULT

Madame le Professeur honoraire Armelle SAULEAU

Monsieur le Professeur honoraire Guy TAIEB

Monsieur le Professeur honoraire Louis TREBAUL

Madame le Professeur Liliane ACAR

Monsieur le Professeur Joël BOUSTIE

Madame le Professeur Gwénola BURGOT

Monsieur le Professeur Jean-Louis BURGOT

Madame le Professeur Josiane CILLARD

Monsieur le Professeur Pierre CILLARD

Monsieur le Professeur Michel CORMIER

Monsieur le Professeur Jean DEUNFF

Monsieur le Professeur Olivier FARDEL

Monsieur le Professeur Brice FELDEN

Madame le Professeur Noëlle GENETET

Monsieur le Professeur André GUILLOUZO

Monsieur le Professeur Vincent LAGENTE

Monsieur le Professeur Pascal LE CORRE

Monsieur le Professeur Alain LEGRAND

Monsieur le Professeur Roger LEVERGE

Madame le Professeur Isabelle MOREL

Monsieur le Professeur Pierre SADO

Monsieur le Professeur Alain SEGUI

Monsieur le Professeur Philippe URIAC

Monsieur le Professeur Laurent VERNHET

Monsieur le Professeur Associé Didier FONTANEL

Monsieur le Professeur Associé Denis GIBASSIER

Madame Marie-Laurence ABASQ-PAOFAI, Maître de Conférences

Mademoiselle Caroline ANINAT, Maître de Conférences

Madame Laurence BUNETEL, Maître de Conférences

Mademoiselle Marylène CHOLET-KRUGLER, Maître de Conférences

Monsieur Xavier COLLIN, Maître de Conférences

Monsieur Jean-Charles CORBEL, Maître de Conférences

Madame Michel DAVID, Maître de Conférences

Madame Elisabeth DELAGE, Maître de Conférences

Monsieur Gilles DOLLO, Maître de Conférences

Monsieur Reynald GILLET, Maître de Conférences

Monsieur David GILOT, Maître de Conférences

Monsieur Nicolas GOUAULT, Maître de Conférences

Madame Anne GOUGEON, Maître de Conférences

Madame Annie GUILLER, Maître de Conférences

Monsieur Nabil HANNOUCHE, Maître de Conférences

Monsieur Eric HITTI, Maître de Conférences

Monsieur Alain HOUEIX, Maître de Conférences

Madame Elisabeth LAGENTE, Maître de Conférences

Monsieur Eric LE FERREC, Maître de Conférences

Madame Marie LE FLOCH, Maître de Conférences

Madame Béatrice LEGOUIN-GARGADENNEC, Maître de Conférences

Madame Valérie LECUREUR-ROLLAND, Maître de Conférences

Madame Brigitte LEROY, Maître de Conférences

Madame Françoise LOHEZIC-LE DEVEHAT, Maître de Conférences

Madame Corinne MARTIN-CHOULY, Maître de Conférences

Monsieur Didier MEILLARD, Maître de Conférences

Monsieur Laurent METZINGER, Maître de Conférences

Monsieur Jacques MINET, Maître de Conférences

Mademoiselle Liza MOURET, Maître de Conférences

Madame Christine OLLIVIER, Maître de Conférences

Monsieur Jacques RENAULT, Maître de Conférences

Madame Françoise SAUVAGER, Maître de Conférences

Mademoiselle Odile SERGENT, Maître de Conférences

Madame Lydie SPARFEL-BERLIVET, Maître de Conférences

Mademoiselle Sophie TOMASI, Maître de Conférences

Mademoiselle Anne-Sophie LE LAMER, ATER

## **REMERCIEMENTS**

A Jean-Charles CORBEL, président de jury,  
Maître de Conférence à la Faculté de Pharmacie de Rennes,  
Pour m'avoir suivie et soutenue lors de ce travail,  
Et pour l'enseignement rigoureux qu'il m'a apporté au cours de mes études.

A Jean-Jacques BLEAS, directeur de thèse,  
Président de Pharmacie et Aide Humanitaire,  
Pour avoir accepté de me suivre sur le terrain et dans mon travail malgré ses nombreuses occupations, et qui m'a énormément appris sur le monde de l'humanitaire.

A Jean-Luc CAMELOT, membre du jury  
Pharmacien d'officine, président de Pharmacie Humanitaire Internationale 35,  
Pour m'avoir soutenue durant mes études et lors de mes stages officinaux,  
et pour m'avoir initiée à l'engagement humanitaire.

A tous mes amis et membres de ma famille, qui se sont montrés intéressés tant à mon sujet qu'à l'évolution de mon travail, et aux activités associatives que je mène en parallèle, pour le soutien moral qu'ils ont su m'apporter.

A Jean-Louis MACHURON et tous mes amis de la promotion KABOUL, soutiens essentiels lors des moments de doute en Afghanistan, avec qui j'ai eu la joie de partager une aventure exceptionnelle.

A Frédéric TISSOT, malgré une rencontre tardive, pour son regard éclairé sur la situation en Afghanistan, qui a su me révéler l'intérêt de la santé publique.

A tous les acteurs de l'Institut Médical Français pour l'Enfant, Français, Pakistanais et Afghans, avec qui j'ai partagé de merveilleux moments.

A Kaëlig, pour m'avoir toujours encouragée à poursuivre mes rêves.

## TABLE DES MATIERES

1 <sup>ère</sup>	PARTIE : CONTEXTE GENERAL	p. 13
I.	SITUATION GEOGRAPHIQUE	p. 14
II.	POPULATION	p. 20
	A. LES DIFFERENTES ETHNIES	p. 21
	B. LES LANGUES ET DIALECTES DU PAYS	p. 25
III.	HISTORIQUE	p. 25
IV.	ECONOMIE	p. 44
V.	RELIGION	p. 47
2 <sup>ème</sup>	PARTIE : SYSTEME DE SANTE AFGHAN	p. 48
I.	INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES	p. 49
II.	LA POLITIQUE DE SANTE EN AFGHANISTAN	p. 52
	A. HISTORIQUE	p. 52
	1. DEFINITION	p. 53
	2. LE CONTENU DU BPHS	p. 53
	B. LES STRUCTURES DE SANTE	p. 54
	1. LE POSTE DE SANTE	p. 54
	2. LE CENTRE DE SANTE PRIMAIRE	p. 55
	3. LE CENTRE DE SANTE POLYVALENT	p. 55
	4. L'HOPITAL DE DISTRICT	p. 55
	C. LES CRITERES	p.56
	D. LES IMPACTS	p.56
	E. LE SYSTEME HOSPITALIER EN AGHANISTAN	p. 57
	1. LES HOPITAUX DE DISTRICT	p. 58
	2. LES HOPITAUX DE PROVINCE	p. 60
	3. LES HOPITAUX REGIONAUX	p. 61
III.	SYSTEME PHARMACEUTIQUE	p. 61
	A. UTILISATION DES MEDICAMENTS EN AFGHANISTAN	p. 61
	1. UTILISATION RATIONNELLE DES MEDICAMENTS	p. 62
	2. MODE DE VIE ET MEDICAMENTS	p. 63

3.	HISTORIQUE DE LA PRODUCTION ET L'IMPORTATION DES MEDICAMENTS	p. 64
B.	LES ACTEURS PRINCIPAUX DU MARCHE PHARMACEUTIQUE PRIVE	p. 65
1.	LES PRODUCTEURS	p. 65
2.	LES INVESTISSEURS ETRANGERS	p. 66
3.	LES IMPORTATEURS ET LES GROSSISTES	p. 67
4.	LES FRAUDEURS	p. 68
5.	LES PHARMACIES	p. 68
6.	VENDEURS DE RUE, EPICERIES ET VENDEURS DE PLANTES MEDICINALES	p. 70
7.	LE SYSTEME DE DISTRIBUTION DANS LE SECTEUR PRIVE	p. 71
C.	LES PRIX ET LES ROUTES D'IMPORTATION DES MEDICAMENTS	p. 72
1.	LES PRIX	p. 72
2.	LES ROUTES D'IMPORTATION	p. 73
D.	LES CONTROLES DU GOUVERNEMENT	p. 74
1.	LES PROCEDURES DOUANIERES	p. 74
2.	LE ROLE DU MOPH	p. 74
3.	LE CONTROLE QUALITE : ELIMINATION DES MEDICAMENTS PERIMES, CONTRE-FAITS ET INTERDITS	p. 75
3 <sup>ème</sup>	PARTIE : INSTITUT MEDICAL FRANÇAIS POUR L'ENFANT	p. 77
I.	GENERALITES	p. 78
A.	UNE GRANDE MOBILISATION	p. 78
B.	HISTORIQUE	p. 79
C.	FONCTIONNEMENT GENERAL DE L'HOPITAL	p. 80
II.	MISSION DE PHARMACIEN HOSPITALIER	p. 81
A.	FORMATION DES PHARMACIENS ET DU PERSONNEL HOSPITALIER	p. 81
1.	FORMATION UNIVERSITAIRE	p. 81
2.	REMISE A NIVEAU A L'HOPITAL	p. 83
B.	FONCTIONNEMENT DE LA PHARMACIE	p. 84
1.	APPROVISIONNEMENT	p. 84
a)	GENERALITES	p. 84

b)	LES DIFFERENTES FILIERES	p. 86
(1)	CENTRALES D'ACHAT INTERNATIONALES	p. 86
(2)	CENTRALES D'ACHAT NATIONALES	p. 86
c)	DEVELOPPEMENT DES CIRCUITS D'ACHAT A L'HOPITAL	p. 87
2.	DISPENSATION	p. 88
a)	DISPENSATION AUX PATIENTS EXTERNES	p. 88
b)	DISPENSATION AUX PATIENTS INTERNES	p. 89
(1)	PHARMACIE SATELLITE	p. 89
(2)	PHARMACIE DE GARDE	p. 90
(3)	DISPENSATION NOMINATIVE ET JOURNALIERE	p. 91
3.	GESTION DE STOCK	p. 92
a)	GESTION MANUELLE	p. 92
b)	GESTION INFORMATIQUE	p. 92
4.	CONTROLE QUALITE	p. 92
C.	AUTRES RESPONSABILITES	p. 93
1.	CONSOMMABLES ET MATERIEL MEDICAL	p. 93
2.	STERILISATION	p. 94
a)	CONTROLE DE STERILISATION	p. 94
b)	MODE D'UTILISATION	p. 95
3.	FLUIDES MEDICAUX	p. 96
4.	NUTRITION	p. 96
5.	LABORATOIRE DE BIOLOGIE	p. 98
a)	FONCTIONNEMENT GENERAL	p. 98
b)	BACTERIOLOGIE	p. 99
(1)	TECHNIQUE DE DETECTION	p. 100
(2)	RESULTATS	p. 101
(a)	DEPISTAGE DES BLSE	p. 101
(b)	LES BLSE PARMIS LES INFECTIONS	p. 102
c)	ETUDES COMPLEMENTAIRES	p. 104
(1)	ETUDE PHENOTYPIQUE	p. 105
(a)	MATERIEL ET METHODES	p. 105
(b)	RESULTATS	p. 106
(2)	ETUDE PAR BIOLOGIE MOLECULAIRE	p. 107
(a)	MATERIEL ET METHODES	p. 107
(b)	RESULTATS	p. 107
(3)	FAMILLE DES CTX-M	p. 107
(a)	LES CTM-X	p. 107
(b)	DISSEMINATION A TRAVERS LE MONDE	p. 108
(4)	DISCUSSION DES RESULTATS	p. 109
6.	CREATION D'UN CLIN	p. 110

**ABREVIATIONS**

AKUH : Aga Khan Univesity Hospital (Hôpital universitaire de l'Aga Kahn)

ASC : Agent de Santé Communautaire

BLSE : Bêta-Lactamase à Spectre Elargi

BMR : Bactérie Multi-Résistante

BPHS : Basic Package for Health Services

CHMP: Centrale d'Achat Médico-Pharmaceutique

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CMI : Concentration Minimale Inhibitrice

FIAS : Force Internationale d'Assistance à la Sécurité

FMIC : French Medical Institute for Children (IMFE)

IMFE : Institut Médical Français pour l'Enfant

IM : Intra-musculaire

IV : Intra-veineux

MANUA : Mission d'Assistance des Nations Unies en Afghanistan

MEG : Médicament Essentiel Générique

MOPH : Ministry Of Public Health : ministère de la santé publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PEVD : Pays en Voie de Développement

TMM5 : Taux de Mortalité des Moins de cinq ans

USD : United States Dollar (dollar américain)

## **DEFINITIONS**

Charia : lois islamiques coraniques

Hezb-e-islami : parti islamique fondé en 1975 par Hekmatyar

Jihad : guerre sainte

Khad : services secrets afghans

Madrassa : école coranique

Mig : avion de combat soviétique

Talib : étudiant en théologie

### **Note sur l'orthographe des noms et mots persans**

Il n'existe pas de système de transcription du persan (langue écrite en caractères arabes) en français qui fasse l'objet d'un large consensus. La lecture de différents ouvrages spécialisés sur l'Afghanistan et de la presse française en témoigne. La graphie utilisée est la plus usuelle, utilisant le sh (prononcé ch) s'opposant au ch (prononcé tch), de même le j de jihad se prononcera dj, le kh de khan se lira comme un r roulé. Par ailleurs, certains pluriels tels que taliban ou de moujahiddin ne prendront pas de s, étant les pluriels respectifs de taleb et de moujahid.

# INTRODUCTION

Depuis le début de mes études, mon intérêt pour l'action associative dans mes activités extra-scolaires a toujours été très présent. Après avoir participé à diverses associations étudiantes en développant notamment un forum des métiers au sein de la faculté, mon attention s'est tournée vers l'action humanitaire, permettant de mettre au service des populations les plus défavorisées mes compétences professionnelles.

L'intégration du Diplôme Universitaire de « Pharmacie et Aide Humanitaire » de Caen m'a permis de faire mes premiers pas dans l'action humanitaire, au sein d'une ONG de renommée nationale, La Chaîne de l'Espoir. J'ai ainsi pu participer à la mise en place de la pharmacie d'un hôpital pédiatrique en Pays en Voie de Développement, l'Afghanistan.

Ceci m'a orienté vers l'écriture d'une thèse, décrivant les diverses facettes de la mise en place d'une pharmacie hospitalière, corrélées à la situation particulière de l'Afghanistan.

Nous resituerons tout d'abord l'Afghanistan, dans son contexte historique, économique et géopolitique, démarche indispensable à la compréhension de l'environnement de travail et permettant une première approche de la population afghane.

Nous étudierons ensuite le système de santé afghan dans sa globalité, en décrivant les structures de santé actives dans le pays, et plus particulièrement le fonctionnement du système pharmaceutique, les politiques de santé nationales mises en place révélant une réelle volonté du gouvernement d'améliorer la situation sanitaire du pays.

Enfin, nous analyserons mon expérience personnelle, en développant les diverses tâches allouées au pharmacien hospitalier, les adaptations qui doivent être réalisées dans le contexte particulier des pays en voie de développement et les découvertes faites notamment au niveau bactériologique, tout en mesurant l'impact que peut avoir une telle structure hospitalière sur une population dont les besoins demeurent primaires.

1<sup>ERE</sup> PARTIE :  
CONTEXTE  
GENERAL DE  
L'AFGHANISTAN

## I. SITUATION GEOGRAPHIQUE

### L'Afghanistan, carrefour de l'Asie.



Carte géographique de l'Afghanistan (31)

L'Afghanistan est un pays de 647 500 km<sup>2</sup> situé en Asie centrale, bordé par 6 pays qui ont tous une importance stratégique dans cette région (1) :

- ✓ Au nord, d'est en ouest, les anciennes républiques d'URSS, membres de la Communauté des Etats Indépendants : le Turkménistan (744 km de frontières communes), l'Ouzbékistan (137 km) et le Tadjikistan (1 206 km) ;
- ✓ A l'extrême est, la Chine (76 km)
- ✓ A l'est et au sud le Pakistan (2 430 km);
- ✓ A l'ouest, l'Iran (936 km).

Ces frontières ne représentent aucune réalité géographique, elles ont été décidées au 19<sup>ème</sup> siècle afin de réaliser un état tampon entre les empires britannique et russe. L'Afghanistan est le produit de l'histoire moderne et non de la géographie. Privé d'accès à la mer, l'Afghanistan se situe au carrefour du Moyen Orient, de l'Asie centrale et de la péninsule indienne. Totalement enclavé, il a 5991 kilomètres de frontières terrestres.

L'Afghanistan est donc un passage obligé des steppes d'Asie Centrale à l'Océan Indien. C'est cette position stratégique de première importance qui a fait de ce pays le centre d'empires immenses et de civilisations resplendissantes dans l'antiquité et au Moyen Âge. (2)

A une époque plus proche de nous, ce pays devient un des enjeux principaux de ce que Rudyard Kipling appela « Le Grand Jeu »(3)



**Un relief austère, un climat continental, des communications difficiles.**

### Carte du relief de l'Afghanistan (31)

L'Afghanistan est un pays de hautes terres et de montagnes : 10% du territoire se situe à une altitude inférieure à 600 m et 40% à plus de 1800m. Certains sommets atteignent 7000m dans la chaîne du Pamir Afghan. On trouve un grand contraste entre l'aridité des hauteurs et la verdure des vallées et oasis (4).

Le massif de l'Hindou Kouch (la montagne qui tue les Hindous) constitue le noyau de ce pays continental et le début occidental de la chaîne de l'Himalaya en s'étendant vers le Pamir. Quatre régions principales en forment l'ossature : au sud, la région de Kandahar, pays pashtoun originel ; à l'ouest l'oasis d'Herat, qui faisait partie jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle de la province iranienne de Khorasan ; au nord des massifs montagneux (Hindou kouch et Koh-i-baba) une partie de l'ancienne Bactriane, jusqu'au fleuve Amou Daria ; enfin, la région de Kaboul (à 1 800m d'altitude) qui occupe une position cruciale en commandant l'accès d'une

part à la Bactriane par le tunnel du Salang, et d'autre part au Pakistan par la passe de Khyber. En plus de ces quatre régions principales, d'autres zones plus reculées sont à signaler : au nord-est de Kaboul le Nouristan et au centre du pays le Hazaradjat, avec les lacs suspendus de Band-e Amir et la ville de Bamiyan en sont les plus marquantes. A propos de cette dernière, Joseph Kessel écrivait :

*« Dans la vertigineuse muraille qu'ils côtoyaient, roc dressé à pic, lisse, et comme teint du sang le plus pur, ils découvrirent une ouverture aux dimensions prodigieuses. Et l'entaille n'était pas hasard naturel, mais œuvre d'homme. Elle avait la forme d'un cube que dominait une sorte de coupole. Au fond, adossé à l'ombre, veillait un être colossal. Sa stature dépassait la hauteur de trois tours de guet, l'une sur l'autre posées. Son corps emplissait tout l'abri. La tête occupait toute la coupole. L'ovale en était rond et doux et sans visage. Il avait disparu, comme tranché. Le front, dans le clair-obscur de la niche, semblait cependant, vivre et penser. Par les récits que les voyageurs, conteurs, caravaniers en avait fait de siècle en siècle, ...(ils) savaient qu'existait à Bamiyan des monuments immenses, élevés pour un ancien Dieu du nom de Bouddha. »*

Aujourd'hui, après la destruction définitive des statues par les taliban le 20 mars 2001, il ne reste que des cavités béantes, impressionnantes, entourées de troglodytes peuplées par des Afghans, qui laissent tout son loisir à l'imaginaire...

D'une façon générale, les précipitations sont rares, se produisent sous forme de violentes averses au printemps. Cependant, ces précipitations ajoutées à la quantité de neige dans les montagnes, constituent une réserve d'eau importante, permettant l'irrigation des plaines et des vallées pendant l'été ; cette irrigation est la condition vitale du développement agricole.

Toutefois, une sécheresse sévit depuis 1998 sur l'Afghanistan. *« Le 25 juillet dernier, le gouvernement afghan et les Nations Unies ont lancé un appel pour réunir 76,4 millions de dollars afin de combler les besoins urgents des populations touchées par la sécheresse dans le pays. »* (5) Action Contre la Faim souligne également : *« 2006 est la septième année de sécheresse sur les 8 dernières années. Ce dysfonctionnement climatique est chronique en Afghanistan et tend à s'accélérer. Cette année encore, le manque d'eau et de nourriture se fait sentir et l'hiver s'annonce difficile pour de nombreuses familles des zones les plus affectées. Les estimations annoncent qu'environ 2,5 millions de personnes risquent de souffrir de cette sécheresse, ce qui s'ajoute aux 6,5 millions d'Afghans qui se trouvent déjà dans une situation d'insécurité alimentaire ».*

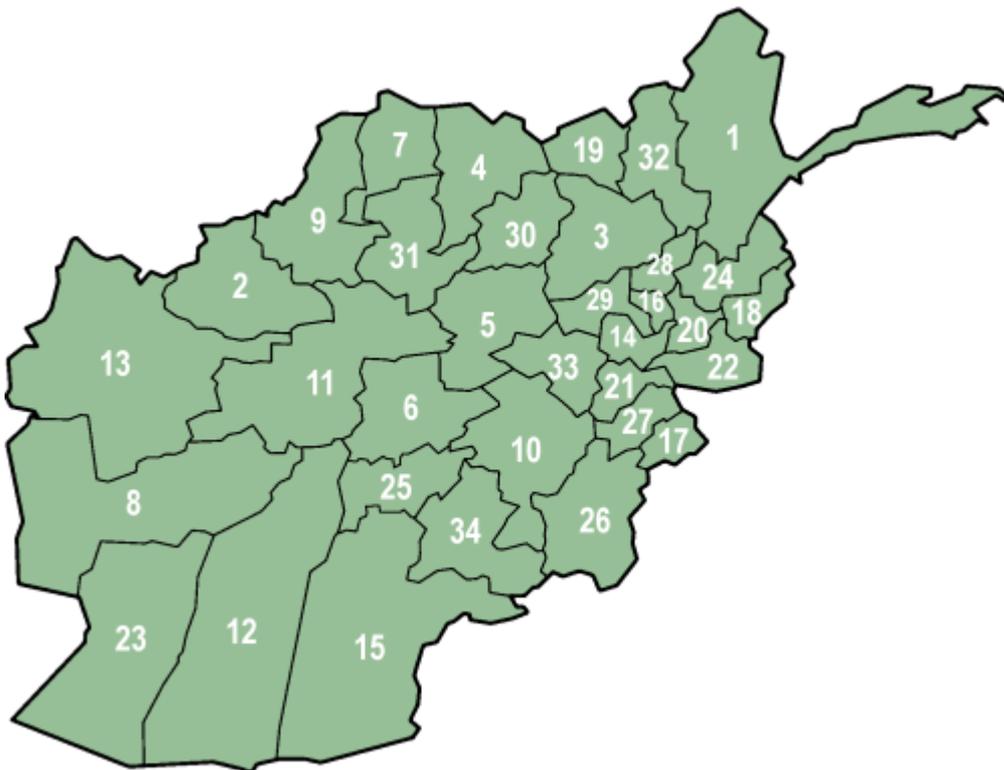
L'Afghanistan est d'accès difficile. Lorsque le premier représentant de la France, Alfred Foucher, arrive en Afghanistan avec son épouse en mars 1922, il met trois mois pour rejoindre Kaboul depuis Herat, en 31 étapes à cheval! (le récit de son voyage est consigné dans un rapport au Ministère des Affaires Etrangères, daté du 10 juin 1922)

Ce n'est que dans les années 1970 qu'un axe routier macadamisé forme l'axe Iran-Afghanistan-Pakistan. Ce n'est qu'en 1964, avec l'ouverture d'un tunnel à 3 500m d'altitude dans l'Indou Kouch, que les communications entre le Nord et le Sud sont possibles en toutes saisons.

Ce manque de voies de communications non seulement entre l'Afghanistan et ses voisins mais également à l'intérieur même du pays, n'est pas dû uniquement aux difficultés du relief mais à une volonté délibérée des gouvernements successifs de limiter les voies d'accès, donc de pénétration, dans ce pays : c'est cette raison qui avait poussé l'Emir Abdul Rahman - ayant régné de 1881 à 1901 - à refuser l'offre par l'Empire Britannique de construction d'une voie ferrée de Kandahar à Herat, ainsi qu'une ligne de télégraphe (6) :

« La plus grande sécurité de l'Afghanistan est constituée par sa situation naturellement imprenable. Dieu nous a donné dans chacun de nos sommets montagneux, une forteresse naturelle, et les étrangers savent que les Afghans sont nés guerriers, qu'ils peuvent continuer à se battre toujours et toujours, tant qu'ils peuvent se cacher derrière leurs rochers et ne pas affronter l'ennemi en terrain découvert...L'heure n'est pas aux chemins de fer, car ce ne pourrait être que des chemins d'invasion. Déjà le chemin de fer construit par les Anglais jusqu'à la frontière sud me pénètre comme un poignard dans les entrailles » (7).

Les craintes de Abdur Rahman ne sont pas infondées et ses paroles ont un caractère prémonitoire, lorsqu'on sait que c'est par la route qui relie Kaboul à l'ex-URSS – axe construit par les soviétiques – que l'Armée Rouge envahit le pays en 1969.



Carte des provinces de l'Afghanistan (31)

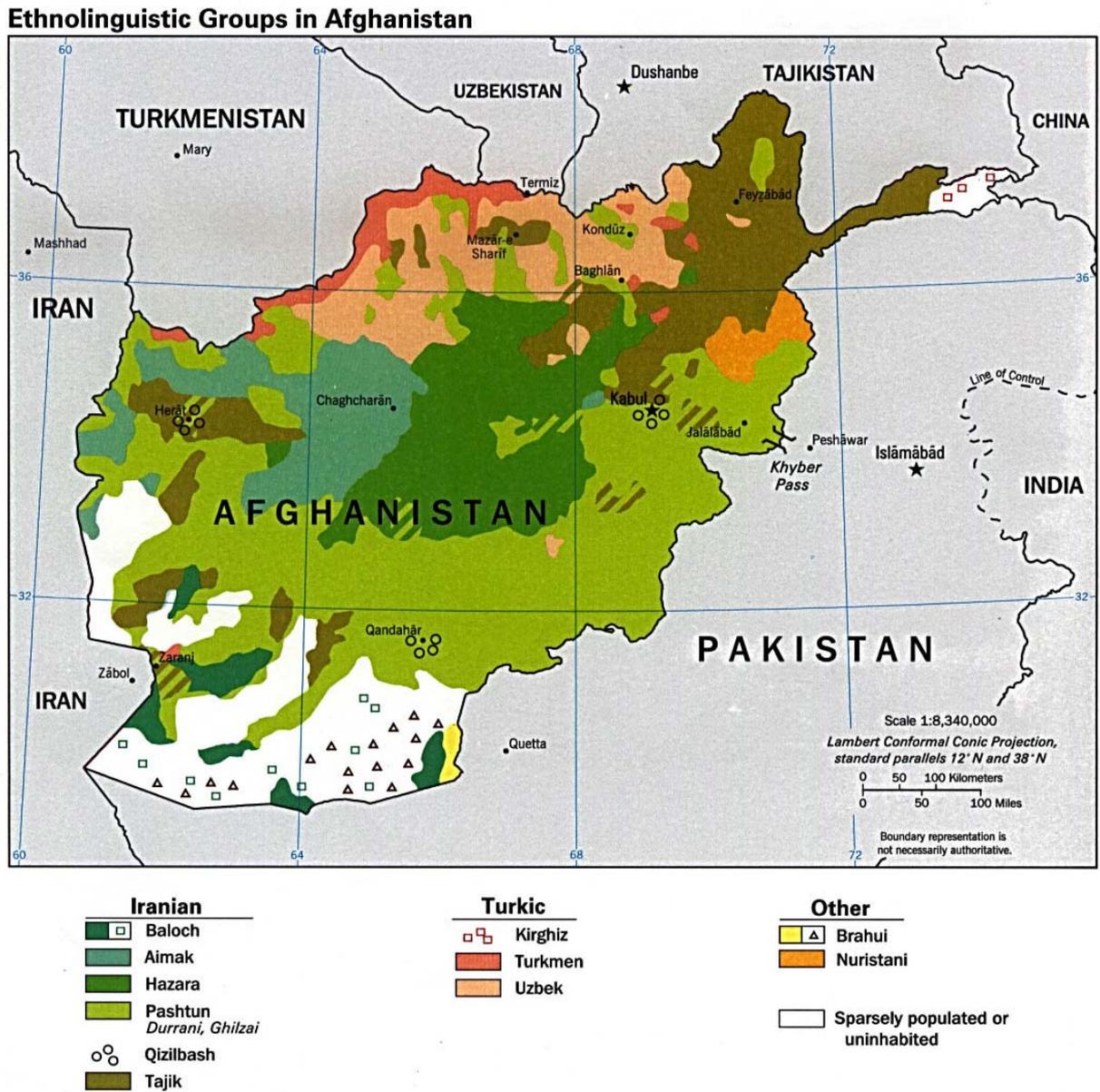
L'Afghanistan est divisé en 34 provinces ou velayat :

Numéro	Province	Capitale	Superficie	Densité de population
1.	Badakchan	Faïzabad	44 059	16,2
2.	Bâdghis	Qal'a-yé Nao	20 521	14,7
3.	Baghlân	Pol-e Khomri	21 118	35,3
4.	Balkh	Mazar-e Sharif	17 249	51
5.	Bâmiyân	Bâmiyân	14 175	25,1
6.	Deykandi	Khadir	8 088	NA
7.	Djôzdzân	Cherberghan	11 798	37,4
8.	Farâh	Farâh	48 471	7
9.	Fâryâb	Maïmana	20 293	38,5
10.	Ghazni	Ghazni	22 915	40,6
11.	Ghôr	Tchaghtcharân	36 479	13,3
12.	Helmand	Lachkargâh	58 584	12,7
13.	Hérât	Hérât	54 778	21,6
14.	Kaboul	Kaboul	4 462	742,7
15.	Kandahâr	Kandahâr	54 022	16,4
16.	Kâpissâ	Mahmoud-e Râqi	1 842	195,2
17.	Khôst	Khôst	4 152	72,3
18.	Kounar	Assadâbâd	4 942	65
19.	Kondôz	Kondôz	8 040	102
20.	Laghmân	Mehtarlâm	3 843	97,1
21.	Lôgar	Pol-e Alam	3 880	75,3
22.	Nangarhâr	Jalalabad	7 727	140,9
23.	Nimrôz	Zarandj	41 005	3,6
24.	Nourestân	Nourestân	9 225	12,1
25.	Orozgân	Tarin kôt	22 696	27,6
26.	Paktikâ	Charan	19 482	18,1
27.	Paktiyâ	Gardêz	6 432	64,5
28.	Panshir	Rokha	3 610	NA
29.	Parwân	Tchârikâr	5 974	121,5
30.	Samangân	Samangân	11 262	33,6
31.	Sar-e Pol	Sar-e Pol	15 999	29,3
32.	Takhâr	Tâloqân	12 333	60,8
33.	Wardak	Meydân Chahr	8 938	46,2
34.	Zâbol	Qalât	17 343	14,9

Tableau récapitulatif des provinces de l'Afghanistan (32)

Les densités de population sont effectivement très différentes d'une province à l'autre. Les plus grandes densités sont situées dans les provinces de la région de Kaboul et des autres grandes villes telles que Ghazni, Mazar-e Sharif et Tâloqân.

## II. POPULATION



Carte représentant les différents groupes ethnolinguistiques peuplant l’Afghanistan (10)

La population est de 28 574 000 habitants en 2004 dont 53% de moins de 18 ans et 18,6% de moins de 5ans.

## A. LES DIFFERENTES ETHNIES

L’Afghanistan est un paradis pour les ethnologues, tant il existe de groupes ethniques différents, eux-même divisés en sous-groupes et grandes familles. L’index *d’Istoriya Afganistana* comprend plus de 200 noms d’ethnies (8). Le caractère tribal de la société afghane revêt une grande importance et sous-entend toute l’histoire du pays :

*« Le mot nationalité est abstrait et n’évoque rien pour la majorité des habitants de l’Afghanistan : (...) Il est très peu de contextes où un habitant de l’Afghanistan se dit afghan s’il n’est pas précisément membre d’une tribu afghane, c’est à dire un pashtoun (...). A la question portant sur l’origine ou l’appartenance, on répond : « je suis ouzbek », « je suis herati », (...). Se dire « afghan » à l’intérieure de l’Afghanistan lorsqu’on n’est pas de langue et de culture pashtoues n’est le fait que de fonctionnaires, de politiciens affirmant un idéal nationaliste ou de membres de groupes décriés utilisant le mot « afghan » comme camouflage. »(9)*

<b>Ethnie</b>	<b>Nombre approximatif</b>	<b>Langue</b>	<b>Région</b>
<b>Pashtouns</b>	7 000 000	<b>pashtou</b>	Sud et Sud-Est; Kaboul
<b>Tadjiks</b>	3 500 000	<b>dari</b>	Nord et Nord-Est; Kaboul
<b>Hazaras</b>	1 500 000	<b>hazara</b>	Centre (Hazarajat) et Kaboul
<b>Ouzbeks</b>	1 300 000	<b>ouzbek</b>	Nord
<b>Farsiwan/Herati</b>	600 000	<b>herati</b>	Ouest et Sud
<b>Aïmaks</b>	480 000	<b>aimak</b>	Ouest
<b>Turkmènes</b>	300 000	<b>turkmène</b>	Nord
<b>Brahuis</b>	200 000	<b>brahui</b>	Sud-Ouest
<b>Baloutches</b>	100 000	<b>baloutchi</b>	Ouest et Nord-Ouest
<b>Nouristanis</b>	100 000	<b>nouristani</b>	Est

Description globale des principales ethnies en Afghanistan (10)

Les Pashtouns, parlant le pashtou ou l'ourdou, ils sont musulmans sunnites ; ils représentent 38% de la population afghane ; ils viennent majoritairement des villages situés dans le sud du pays, à cheval sur la frontière pakistano-afghane. Ils sont cultivateurs et éleveurs. Ils constituent une population fragmentée en une myriade de tribus, clans et patrilignages, dont les deux principaux sont les Doranni et les Ghilzai. La famille royale était originaire des Doranni. Le coup d'Etat de 1978 a amené temporairement au pouvoir les Ghilzai. Par la suite, les Taliban, qui ont dirigé le pays, étaient des Pashtouns sunnites ultra-orthodoxes, issus de la tribu des Doranni. L'un des grands principes séculaires qui anime les Pashtouns est la vengeance qu'elles pratiquent entre elles ou contre les autres ethnies du pays.

Les Tadjiks parlent le farsi, qui est la deuxième langue officielle du pays avec le pashtou ; c'est la langue du commerce, de la littérature et de la poésie. Les Tadjiks représentent 25% de la population afghane. Ils ne sont pas organisés en tribus comme les Pashtouns, ils peuplent le nord-est du pays et vivent de l'agriculture et du commerce. Ils ne représentent plus aujourd'hui une véritable ethnie, mais plutôt un ensemble de peuples ayant une culture et une langue commune, d'origine iranienne de l'Ouest ; autrement dit, le mot Tadjik désigne en Afghanistan tous les persanophones sunnites du pays. On trouve des Tadjiks en Afghanistan, mais aussi au Tadjikistan, en Ouzbékistan, au Kazakhstan, en Iran et en Chine, pour un total de 11 millions de personnes, dont sept en Afghanistan.

Comme beaucoup de groupes persanophones, les Hazaras, représentant 19% de la population, un peuple d'agriculteurs et d'éleveurs, se considèrent parfois comme des Tadjiks. Ce sont, comme les Aïmaks, des descendants des Mongols issus de la conquête à la fin du XIV<sup>e</sup> siècle et restés isolés en Afghanistan avec la fin de l'Empire mongol. C'est ce qui expliquerait pourquoi les Hazaras présentent des traits nettement mongoloïdes. Mais leur principale caractéristique identitaire est d'être des musulmans chiites dans un pays majoritairement sunnite. Souvenons-nous que le chiisme est né au VII<sup>e</sup> siècle de notre ère, après la mort du prophète Mahomet, d'une contestation qui portait sur la désignation du guide des musulmans : les chiites affirmaient que ce rôle revenait à Ali, le gendre de Mahomet, ainsi qu'à sa descendance, alors que les sunnites pensaient que le chef de la communauté musulmane devrait être désigné parmi les fidèles. Pourchassés par les Pashtouns sunnites, les Hazaras chiites ont fini par se cantonner dans les plateaux et les vallées des provinces centrales qui constituent leur patrie et qu'on appelle le Hazaradjat.

Les Ouzbeks, 6% de la population, minorité turcophone, sont divisés entre nomades, éleveurs de chevaux et de moutons, ou sédentaires, artisans ou cultivateurs. Ils habitent le nord du pays et parlent l'ouzbek.

Les Turkmènes, d'origine similaire aux Ouzbeks, forment un peuple d'éleveur estimé à environ 500 000 personnes. Ils parlent le turkmène et sont arrivés de Russie pendant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Ils habitent aujourd'hui tout au nord de l'Afghanistan, mais la plupart des Turkmènes résident au Turkménistan, au nord-est de l'Iran, en Turquie, en Russie et en Chine.

Les Aïmaks forment une vingtaine de tribus vivant dans les montagnes de la province de Ghowr, au centre-ouest de l'Afghanistan. Ce sont des musulmans sunnites semi-nomades parlant de nombreuses variétés dialectales de l'aïmak de filiation iranienne.

Les Nouristanis se définissent par leur village de résidence et leur langue propre. Leur territoire, appelé anciennement le Kafiristan (de Kâfir « païen », c'est à dire non musulman), est désigné aujourd'hui comme le Nouristan, la « terre de lumière ». Les Nouristanis afghans sont de religion musulmane sunnite, mais beaucoup d'entre eux continuent de pratiquer leurs cultes ancestraux d'avant la conquête pashtoune en 1895.

Les Brahuis, représentant 1% de la population, d'origine dravidienne, habitent dans le Sud-Ouest, dans les provinces de Kandahar, Hellmand et Nimruz, près de la frontière pakistanaise.

Les Baloutches (0,5% de la population) vivent dans le sud-ouest de l'Afghanistan et au Pakistan. Ils parlent un dialecte appartenant au groupe des langues iraniennes. Ils sont éleveurs de moutons et fabricants de tapis.

Mais on ne peut ignorer le fait que le pays abrite une trentaine de petites ethnies comptant chacune moins de 10 000 personnes, voire moins de 2 000 ou 1 000 : Arabes, Ashkun, Darwazi, Grangali, Gujari, Jakati, Kamviri, Karakalpat, Kati, Kazak, Kirghiz, Malakhel, Mongols, Munji, Pashayi, Prasuni, Sanglechi, Savi, Sgughni, Shumashti, Tangshewi, Tregami, Ouïgour, Waïgali, Wakhi, Warduji et Wotapuri-Kartaqalai. Si l'on fait

exception des « grandes ethnies », les Pashtouns et les Tadjiks, la plupart, des petites ethnies du pays vivent comme au Moyen Âge, isolées, enclavées, dans une immense pauvreté, analphabètes pour plus de 90% de la population, mal soignées, sans savoir ce qui se passe dans le monde.

## **B. LES LANGUES ET DIALECTES DU PAYS**

On compte autant, sinon davantage, de langues que d'ethnies en Afghanistan. La plupart des langues de ce pays appartiennent au groupe indo-iranien (famille indo-européenne) et sont répartis sur les deux tiers de la superficie du pays. Quelques autres

langues, telles que le turkmène, le kirghiz, le kazakh, l'ouïgour et le karakalpak font partie de la famille altaïque et sont concentrées davantage au nord.

En Afghanistan, tous les groupes ethniques constituent des minorités linguistiques du point de vue strictement numérique. Dans les faits, ceux qui parlent le pashtou ou le dari font partie des groupes traditionnellement dominants, mais depuis le régime des Taliban le pashtou a gravi des échelons dans la hiérarchie des langues. Quelques précisions s'imposent sur les deux langues officielles du pays.

La langue pashtou, dans laquelle on distingue le pashtou du nord et le pashtou du sud. Ces langues s'écrivent avec les caractères de l'écriture arabe, mais de nombreux signes supplémentaires ont dû être ajoutés pour tenir compte des phonèmes particuliers au pashtou. En fonction des besoins de la langue, les Pashtouns utilisent un alphabet modifié appelé alphabet arabo-persique.

La langue dari est parlée par la plupart des Afghans persanophones dans leurs communications avec les autres ethnies. On distingue trois variétés de farsi : le farsi parlé en Iran, le dari parlé en Afghanistan et le tadjik parlé au Tadjikistan. Le dari et le farsi sont des langues très proches l'une de l'autre, mais le dari est la forme littéraire traditionnelle et plus archaïsante, le « persan de la cour ».

### **III. HISTORIQUE**

L'Afghanistan est un pays qui n'a jamais été colonisé, il a longtemps servi de zone tampon entre l'empire britannique, asiatique et l'empire russe. Bien que complexe, l'histoire de ce pays mérite d'être rappelée afin de mieux comprendre la situation actuelle de l'Afghanistan. Cette synthèse a été réalisée à l'aide de divers documents dont les thèses de B. Halbert (11) et de S. Belmont (12), et les livres de A. Labrousse (13) et de C. de Ponfilly (14).

- ✓ Les plus anciennes traces de civilisation dans la région remontent à 30 000 ans avant notre ère. En 3 000 avant Jésus-Christ (J.C.), il existe une civilisation proche de celles de l'Iran et de la Mésopotamie.

- ✓ Au VII<sup>o</sup> siècle avant J.C. : Zoroaste, fondateur de la religion Mazdéenne, naît à Balkh (nord de l'Afghanistan actuel).
- ✓ De 560 à 530 avant J.C. : Cyrus le Grand conquiert la région.
- ✓ De 520 à 480 avant J.C. : Darius Ier construit Persépolis et Susa, ainsi qu'une longue route à travers l'empire pour faciliter le commerce.
- ✓ De 331 à 323 avant J.C. : Alexandre le Grand écrase l'empire Achéménide et fonde des colonies grecques, notamment à Herat, Kandahar et Ghazni. Les royaumes grecs se succèdent alors jusqu'au I<sup>o</sup> siècle de notre ère.
- ✓ De 268 à 233 avant J.C. : règne d'Ashoka, dynastie indienne de Mauryens. Naissance de la civilisation greco-bouddhique.
- ✓ Les Yue-Tché, nomades d'origine chinoise, fondent l'empire Kouchan, dont la prospérité aux I<sup>o</sup> et II<sup>o</sup> siècles après Jésus-Christ s'étend de la vallée du Gange au désert de Gobi.
- ✓ Au II<sup>o</sup> siècle, c'est l'époque des grands échanges commerciaux entre les césars romains et les empereurs chinois, le temps de la « Route de la Soie ». C'est aussi l'époque de l'expansion du bouddhisme dans l'ensemble de l'Asie centrale et de la construction des grands Bouddhas de Bamiyan, lieu spirituel de recueillement des bouddhistes.
- ✓ Les Perses sassanides puis les Huns achèvent de démanteler cet empire devenu décadent au III<sup>o</sup> siècle.
- ✓ En 651, la Perse Mazdéiste disparaît en tant qu'entité de civilisation et tombe sous la dépendance politique et spirituelle des califes. Osman, le troisième calife, pousse des expéditions jusqu'à Herat en 651 et Balkh en 652.
- ✓ C'est au VII<sup>o</sup> siècle que les arabes propagent l'Islam, lors du déclin des sassanides. Les dynasties se succèdent alors, participant à la prospérité et à la renommée de la

région grâce à la « Route de la Soie » : Samanides, Ghaznévides, Seldjoukides turcs, Ghourides et Khorezms.

- ✓ De 959 à 1150, la dynastie Ghaznévide, d'origine turque, fonde un empire s'étendant de l'Inde du Nord à la mer Caspienne. Ghazni est la capitale la plus brillante de l'Islam, accueillant de riches marchands ainsi que des intellectuels comme le poète persan Firdousi.
- ✓ De 1150 à 1220, la dynastie Ghouride, persanophone, première dynastie vraiment afghane, règne sur un pays plongé dans des guerres incessantes.
- ✓ En 1212, Gengis Khan, chef d'une tribu tartare mongole, conquiert la Chine. Devenu Khan, il envoie ses troupes vers l'Afghanistan et prend Balkh et Herat. Il règne par la terreur, massacre les populations. Lorsqu'il meurt en 1227, l'Afghanistan est coupé entre deux Khans mongols.
- ✓ Au XIV<sup>e</sup> siècle, le Turc Tamerlan (Timour Leng) crée un empire qui s'étend sur toute la Perse. Ses descendants font de Herat leur capitale et un centre intellectuel et artistique prestigieux. L'Afghanistan actuel reste sous domination mongole jusqu'au début du XVIII<sup>e</sup> siècle.
- ✓ En 1722, Ispahan est prise par Mahmoud Khan, chef afghan des Ghilzay et la Perse est gouvernée jusqu'en 1732 par deux monarques afghans.
- ✓ En 1747, un chef de tribu pachtoune, Ahmed Khan Durrani, est proclamé roi par ses pairs à Kandahar. Il fonde son royaume sur les ruines des empires mongols de l'Inde et saffaride de Perse. Pour la première fois de l'histoire, des chefs afghans ne vont plus se contenter de royaumes limités aux zones d'influence autour des grandes villes, mais ils vont essayer d'inclure Kaboul, Balkh, Herat et Kandahar dans une entité plus vaste. Plusieurs rois vont se succéder. La prise de conscience nationale sera grandement favorisée par un réflexe d'autodéfense face à l'influence des Britanniques et des Russes qui essaient de s'implanter sur le territoire.

- ✓ De 1793 à 1818, les Britanniques ont obtenus des rois afghans l'interdiction pour tout étranger non-anglais de pénétrer en Afghanistan, tandis que Dost Mohammad, fondateur de la dynastie des Mohammadjais (1826-1973), signe un pacte de non-ingérence et d'amitié avec les Russes. Trois guerres anglo-afghanes ont été nécessaires pour libérer le royaume afghan de la tutelle britannique :
  - 1838-1842 : les Anglais ont vaincus. En 1885, un traité anglo-afghan délimite les frontières actuelles de l'Afghanistan, en faisant un état tampon entre les empires britannique et russe ;
  - 1858 : la deuxième guerre anglo-afghane se termine par une victoire britannique et par le traité de paix dans lequel la Grande-Bretagne contrôle la politique étrangère de l'Afghanistan. En 1893, la commission Mortimer-Durand fixe le tracé de la frontière afghane. Ce tracé sera à l'origine de la troisième guerre anglo-afghane. Le territoire enclavé du Wakhan est créé pour isoler l'Empire russe de l'Empire des Indes. La ligne séparant l'Afghanistan de l'Empire des Indes, partageant la région pashtoune, est encore aujourd'hui objet de litige avec le Pakistan. Le roi Abdurrahman est le véritable artisan de l'unité afghane. Il réussit à réunifier les tribus et fonde l'Etat afghan. Kaboul n'est la capitale d'un état indépendant que depuis 1901.
  - 1919-1921 : La troisième guerre anglo-afghane est déclenchée par Amanullah Khan, petit-fils du précédent, qui voulait libérer totalement l'Afghanistan de la tutelle britannique. Cette guerre se termine par le traité de Rawalpindi, qui accorde en matière de politique extérieure, une indépendance totale à l'Afghanistan. Mais en contre-partie, celui-ci ne reçoit plus aucune aide de la part de la Grande-Bretagne.
- ✓ L'Afghanistan s'ouvre alors au monde extérieur. Mais Amanullah Khan, roi progressiste qui met en place des réformes hardies, comme celle permettant l'émancipation des femmes, se heurte aux mollahs et doit abdiquer en 1929. Il est remplacé par Nadir Khan. En 1933, il est assassiné, son fils Muhammad Zamir Chah lui succède, il restera au pouvoir jusqu'en 1973.

- ✓ En 1934, l'Afghanistan entre à la Société des Nations. Pendant la deuxième Guerre Mondiale, le roi proclame la neutralité de l'Afghanistan.
- ✓ Pendant la guerre froide, Etats-Unis et URSS tentent tous deux d'étendre leur influence sur ce territoire. Alors que Daoud est premier ministre en 1953, un accord de coopération est signé entre l'URSS et l'Afghanistan pour la construction de la route Kandahar-Herat.
- ✓ En 1964, l'Afghanistan devient une monarchie constitutionnelle et le roi Zaher Shah promulgue la nouvelle constitution de l'Afghanistan, crée un parlement, autorise les partis politiques et instaure la liberté de la presse.
- ✓ La première assemblée nationale est élue en 1965. Le parti Démocratique du Peuple Afghan (PDPA) est créé, son secrétaire est un nommé Taraki. Ce parti, communiste, se scinde en deux tendances en 1966 : le Partchâm autour de Babrak Karmal, à majorité persanophone, et le Khalq, autour de Nour Mohammad Taraki, à majorité pashtoune.
- ✓ En 1968, la crise occidentale arrive jusqu'à Kaboul et les étudiants manifestent pour critiquer le pouvoir du roi Zaher Shah ; l'organisation des jeunes musulmans voit le jour.
- ✓ A partir de 1969, la situation économique dégénère et l'instabilité politique grandit. Les milieux religieux commencent à réagir contre les marxistes et l'occidentalisation des mœurs.
- ✓ En 1972, une sécheresse entraîne une famine qui fait environ 100 000 morts. Cet évènement accentue le mécontentement de la population face au pouvoir de Kaboul.
- ✓ Daoud prend le pouvoir le 17 juillet 1973 avec le soutien de l'armée, secrètement soutenu par les Soviétiques via le parti communiste afghan. Il établit la première république afghane. Moderniste et laïc, il n'est pas apprécié des islamistes et quelques révoltes éclatent dans le pays. Elles sont sévèrement réprimées. Il cumule

les fonctions de Président, Premier Ministre et Ministre de la Défense. De nombreuses arrestations ont lieu, beaucoup d'intellectuels disparaissent. En 1977, une nouvelle constitution établit un régime présidentiel fort, fondé sur un parti unique. Les assassinats et arrestations continuent.

- ✓ Le 27 avril 1978, un coup d'état communiste, lui reprochant sa politique de réforme et son ouverture sur vers les pays musulmans, renverse Daoud, il est assassiné. Taraki prend le pouvoir, il devient Président de la République et Premier Ministre. Babrak Karmal devient vice-Président et vice-Premier Ministre. Ce nouveau régime multiplie les arrestations et les exécutions sommaires : membres de l'ancien régime, hauts fonctionnaires, intellectuels, étudiants islamistes, etc.... Environ 50 000 personnes auraient été tuées sommairement. De grandes réformes sont entreprises à travers tout le pays : réforme agraire, campagne d'alphabétisation, campagne des droits des femmes. Ces réformes sont menées par des fonctionnaires antireligieux, formés par les Soviétiques. Ils sont habillés à l'occidentale au milieu de villages vivants selon un mode coranique vieux de 1 000 ans. Ils méprisent souvent les paysans illettrés, ils effacent toute référence à la religion et font entrer de force les filles dans les écoles mixtes. Ces réformes mal préparées et peu adaptées au cas de l'Afghanistan sont appliquées avec brutalité. Ce qui donne lieu aux premières révoltes paysannes auxquelles le gouvernement communiste répond par la force.
- ✓ Le Jihad (guerre sainte) est alors proclamé. La rébellion se généralise dans le courant de l'année et se transforme en guerre civile. Le climat d'insécurité augmente, ainsi que la répression des milieux intellectuels et religieux. Le 15 mars 1979, la population de Herat se soulève, sous la conduite des mollahs. La riposte gouvernementale est magistrale : l'aviation afghane, aidée des Migs soviétiques, bombarde la ville. Il y aurait eu 24 000 morts en une semaine. En juin, une révolte a lieu à Kaboul. L'armée intervient de nouveau, violemment.
- ✓ Taraki démissionne en septembre, puis il est assassiné, il est remplacé par Hafizullah Amin.

- ✓ En décembre, devant les révoltes, mutineries, attentats qui se répètent dans les provinces, l'URSS décide de l'envoi de troupes en Afghanistan. Le 25 décembre 1979, un pont aérien militaire amène les troupes (85 000 soldats) et du matériel militaire sur Kaboul. Amin est assassiné par un commando soviétique et la capitale est sous contrôle soviétique le 27 décembre. Babrak Karmal annonce alors à la radio qu'il a pris le pouvoir.
- ✓ Les Soviétiques justifient cette intervention comme un service rendu à l'Afghanistan à la demande de ses responsables politiques. Ils vont procéder en Afghanistan à une guerre de désertification, détruisant tout sur leur passage. Plusieurs manifestations à Kaboul, s'opposant au régime communiste, se heurteront à une répression sévère.
- ✓ Les partis politiques de résistance afghane s'installent au Pakistan pour aboutir, le 2 juin 1980, à la formation de l'Union des Moujahiddin d'Afghanistan à Peshawar.
- ✓ Grâce à son courage et sa très bonne connaissance du terrain, le peuple afghan va réussir à tenir en échec la plus grande armée du monde. Tandis que le gouvernement contrôle les villes et les routes, le reste du pays est aux mains des Moujahiddin. Pour les neutraliser, l'armée soviétique détruit les villages, entraînant un exode massif de la population.
- ✓ En octobre 1980, le nombre de réfugiés afghans au Pakistan a atteint le chiffre de 1 million. Ce chiffre n'a cessé d'augmenter dans les années qui ont suivi, atteignant 5 millions de réfugiés au Pakistan et 1 million en Iran.
- ✓ Du 27 août au 7 septembre 1982, une offensive soviétique dans le Panjshir est lancée contre les troupes de Massoud.
- ✓ En Avril 1984, une nouvelle offensive soviétique contre le Panjshir est évacuée par Massoud. Dans le même temps, des émissaires spéciaux des Nations Unies sont envoyés en Afghanistan à la suite de témoignages accablants sur les violations des droits de l'homme.

- ✓ Karmal démissionne en 1986, il est remplacé par le docteur Najibullah, ancien responsable du Khad, services secrets afghans. Au cours de cette période la résistance est renforcée par l'envoi de missiles sol-air Stinger, qu'elle reçoit des Etats-Unis.
- ✓ Le 3 janvier 1987, Najibullah lance la politique de réconciliation nationale.
- ✓ Avec l'arrivée de Gorbatchev et le début de la perestroïka, les négociations s'engagent sous l'égide de l'ONU, l'URSS va progressivement se désengager du bourbier afghan.
- ✓ Le 14 avril 1988, les accords de Genève sont signés, impliquant le retrait de l'Armée rouge d'Afghanistan, rejetés par la Résistance afghane.
- ✓ 15 février 1989, les derniers soldats soviétiques quittent l'Afghanistan. L'aide matérielle de Moscou au gouvernement de Najibullah ne cessera complètement qu'en septembre 1991, suite à un accord signé entre la Russie et les Etats-Unis le 13 septembre pour ne plus livrer d'armes à leurs alliés afghans à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1992.
- ✓ Les Moujahiddin continuent la lutte contre le gouvernement afghan communiste et réussissent à s'emparer du pouvoir en 1992 : du 16 au 21 avril, ils libèrent Ghazni, Herat, Kunduz, Jalalabad et Kandahar ; le 26 avril 1992 : prise de Kaboul, le président Najibullah se réfugie dans les locaux des Nations Unies. Mais les différentes factions, d'origine ethnique et religieuse différentes, ne vont cesser de se combattre pour obtenir le pouvoir. Kaboul connaît les pires heures de son histoire, les bombardements des uns et des autres en font un champ de ruine. Les querelles incessantes, alliances, revirements, trahisons, entre les Pashtounes de Hekmatyar, les Tadjiks du commandant Massoud, les Ouzbeks du général Dostom, les Hazaras, font qu'aucun gouvernement stable ne réussit à prendre le contrôle du pays. Les exactions commises par les Moujahiddin sont nombreuses (vols, viols, assassinats...) et la destruction de Kaboul par les tirs de roquette est quasi-totale.
- ✓ 28 avril 1992 : Mojaddedi est nommé président intérimaire de l'Afghanistan.

- ✓ 28 juin : Rabbani lui succède à la présidence.
  
- ✓ 10 - 29 août : première bataille de Kaboul opposant Massoud à Hekmatyar.
  
- ✓ 20 janvier 1992 - 15 février 1993 : seconde bataille de Kaboul opposant la coalition gouvernementale et le Hezb-e Islami. Les combats font 10 000 morts dans la population civile.
  
- ✓ 28 juin 1994 : Rabbani, soutenu par Massoud, décide de prolonger sa présidence de six mois.
  
- ✓ Dans ce contexte, on voit apparaître sur la scène afghane, les fameux « Taliban », des étudiants en théologie d'origine pashtoune, formés dans les madrasas, écoles coraniques situées de part et d'autre de la frontière pakistano-afghane. Ils vont s'imposer presque sans combattre dans les deux-tiers sud du pays. Soutenus militairement par les Américains et les Pakistanais, qui ont fini par abandonner Hekmatyar, ils prennent progressivement le contrôle du pays : Kandahar, leur fief, en 1994 ; Herat en septembre 1995 ; Kaboul en septembre 1996.
  
- ✓ Le 4 avril 1996, le mollah Omar est intronisé émir de l'Afghanistan à Kandahar.
  
- ✓ 24 mai 1996 : Rabbani et Hekmatyar signent un accord prévoyant l'entrée du Hezb-e Islami au gouvernement.
  
- ✓ 26 septembre 1996 : les Taliban prennent Kaboul, Najibullah est pendu, Massoud se retire dans le Panjshir. Ils imposent un régime islamique dur surtout à l'égard des femmes et instaurent la loi islamique.
  
- ✓ 8 octobre 1996 : les Taliban tentent vainement de prendre le Panjshir.
  
- ✓ Au printemps 1997, ils réussissent à prendre le contrôle des régions du nord, jusque-là tenues par les forces de Dostom et de Massoud.

- ✓ Du 19 au 28 mai, les Taliban alliés aux forces du général Malik, prennent Mazar-e Sharif. Ismael Khan est livré aux Taliban. Révolte de la population contre les occupants, les milices hazaras et celles de Malik reprennent la ville et 1 500 Taliban sont assassinés.
- ✓ Le 24 mai 1997, le Pakistan, les Emirats Arabes Unis et l'Arabie saoudite reconnaissent les Taliban.
- ✓ Le 12 août, le président Rabbani est confirmé dans ses fonctions.
- ✓ En octobre 1997, le pays devient Emirat islamique d'Afghanistan.
- ✓ Le 8 août 1998, les Taliban reprennent Mazar-e Sharif, massacrent des milliers de ses habitants, principalement des Hazaras et tuent 11 diplomates iraniens. Leur avancée rapide et sans grande opposition peut s'expliquer par la lassitude de la population vis-à-vis de la guerre civile. Les Taliban font alors régner leurs lois islamiques. La sécurité censée être apportée par ces lois se fait au détriment des libertés individuelles, c'est une succession d'interdits et d'obligations. C'est ainsi que le ministère le plus important, ministère de « la propagation de la vertu et de la prohibition du vice », édite et fait appliquer des lois en accord avec leur propre interprétation de la charia (lois islamiques coraniques). Ce ministère vient d'être d'ailleurs rétabli en septembre 2006.
- ✓ A ce propos, l'Association Révolutionnaires des Femmes Afghanes RAWA luttant pour les droits de l'homme et la justice sociale en Afghanistan (15) écrit :

*« La liste suivante n'est qu'un résumé de la vie épouvantable que mènent les Afghanes sous le régime taliban et ne peut refléter le profond dénuement et les souffrances endurées par les femmes. Les Taliban ont plus de considération pour les animaux que pour les femmes. En effet, alors qu'ils déclarent illégal de maintenir les oiseaux en cage, ils emprisonnent les femmes à l'intérieur de leurs propres maisons. Selon les Taliban, les femmes n'ont aucun autre rôle à jouer que celui de procréer, satisfaire les besoins sexuels des hommes ou de s'atteler aux tâches domestiques. Les fondamentalistes moudjahidin, tels que Gulbaddin, Rabbani, Masood, Sayyaf, Khalili,*

*Akbari, Mazari et leur complice criminel Dostum ont commis les crimes les plus odieux et les plus perfides qui soient contre les femmes afghanes. Et, tandis que de plus en plus de zones tombent sous le contrôle des Taliban, même si le nombre de viols et de crimes contre les femmes baisse, les restrictions imposées par les Taliban-- comparables à celles qui existaient au Moyen Âge-- continueront à anéantir l'esprit des femmes en les privant de toute existence humaine. Nous considérons que les Taliban sont plus perfides et plus ignorants que les moudjahidin. Selon les femmes afghanes, "les moudjahidin nous tuaient avec des fusils et des épées, tandis que les Taliban nous tuent avec du coton."*

*Les restrictions et brutalisations des Taliban incluent:*

*1- L'interdiction totale du travail des femmes hors de chez elles, y compris pour les enseignantes, les ingénieurs et la plupart des professions. Seules quelques femmes médecins et infirmières sont autorisées à travailler dans quelques hôpitaux de Kaboul.*

*2- L'interdiction totale de l'activité des femmes hors de chez elles si elles ne sont pas accompagnées par un mahram (parent masculin).*

*3- L'interdiction pour les femmes de traiter avec les marchands masculins.*

*4- L'interdiction pour les femmes de se faire soigner par un médecin homme.*

*5- L'interdiction d'aller à l'école, à l'université ou dans quelque autre organisme éducatif. (Les talibans ont converti les écoles de filles en séminaires.)*

*6- L'obligation de porter un long voile (Burqa), les recouvrant de la tête au pied.*

*7- Les femmes qui ne portent pas ce voile ou ne sont pas accompagnées d'un mahram sont fouettées, battues et insultées.*

*8- Les femmes dont on voit les chevilles sont fouettées en public.*

*9- La lapidation publique des femmes accusées de relations sexuelles extra-maritales. (Nombre d'entre elles ont été lapidées jusqu'à la mort).*

*10- L'interdiction de se maquiller. (On a tranché les doigts de beaucoup de femmes aux ongles vernis).*

*11- L'interdiction de parler ou de serrer la main d'hommes autres que les mahram.*

*12- L'interdiction de rire de manière audible. (Aucun étranger à la famille ne doit pouvoir entendre la voix d'une femme).*

*13- L'interdiction de porter des chaussures à talons, pour ne pas faire de bruit en marchant. (Un homme ne doit pas entendre les pas d'une femme.)*

- 14- *L'interdiction de se déplacer en taxi sans un mahram.*
- 15- *L'interdiction d'être présentes à la radio, à la télévision ou lors d'événements publics d'aucune sorte.*
- 16- *L'interdiction de faire du sport ou d'entrer dans un club ou un centre sportif.*
- 17- *L'interdiction de faire de la bicyclette ou de la mobylette, même accompagnées d'un mahram.*
- 18- *L'interdiction de porter des habits aux couleurs vives. Les talibans sont d'avis qu'il s'agit de "couleurs qui incitent au sexe."*
- 19- *L'interdiction de se rassembler lors de fêtes populaires ou pour tout motif récréatif.*
- 20- *L'interdiction de laver le linge près des rivières ou en public.*
- 21- *La modification de tous les noms de lieux comportant le mot "femmes." Par exemple, "jardin des femmes" a été renommé "jardin printanier".*
- 22- *L'interdiction d'apparaître au balcon de leur maison ou appartement.*
- 23- *L'obligation de peindre toutes les fenêtres, pour éviter que les femmes soient vues de l'extérieur.*
- 24- *L'interdiction pour les tailleurs hommes de prendre les mensurations d'une femme ou de lui coudre des habits.*
- 25- *L'interdiction pour les femmes de se baigner en public.*
- 26- *La séparation des hommes et des femmes dans les transports en commun. Les bus portent la mention "réservé aux hommes" ou "réservé aux femmes".*
- 27- *L'interdiction de porter un pantalon large, même sous la burqa.*
- 28- *L'interdiction de photographier et de filmer les femmes.*
- 29- *L'interdiction d'imprimer des photos de femmes dans les journaux et les livres ou d'en accrocher sur les murs des maisons ou des magasins.*

*À part ces restrictions sur les femmes, les talibans ont:*

- Interdit d'écouter de la musique, pour les hommes comme pour les femmes.*
- Interdit de regarder des films, la télévision et des vidéos pour tout le monde.*
- Interdit de célébrer le nouvel an traditionnel (Nowroz) le 21 mars, qui a été proclamé jour férié non islamique.*

- *Abrogé la fête du travail (le 1er mai), qu'ils ont qualifiée de "fête communiste".*
- *Exigé que les personnes ne portant pas un nom islamique changent de nom.*
- *Imposé des coiffures pour les jeunes afghans.*
- *Exigé que les hommes portent des habits islamiques et se couvrent la tête.*
- *Exigé que les hommes ne se rasent pas et ne se taillent pas la barbe tant qu'elle ne descend pas de la largeur d'un poing à partir de l'extrémité du menton.*
- *Exigé que tout le monde assiste aux cinq prières quotidiennes dans les mosquées.*
- *Interdit de garder des pigeons et de jouer avec les oiseaux, car c'est une attitude non islamique. Les fauteurs seront emprisonnés et les oiseaux tués. Il est aussi interdit de jouer au cerf-volant.*
- *Exigé des spectateurs de manifestations sportives qu'ils encouragent en incantant Allah-o-Akbar (Dieu est grand) et a interdit les applaudissements.*
- *Interdit certains jeux, comme le cerf-volant, considérés comme "non-islamiques" par les Taliban.*
- *Toute personne en possession d'écrits répréhensibles sera exécutée.*
- *Tout musulman qui se convertira à une autre religion sera exécuté.*
- *Tous les écoliers et étudiants (masculins) doivent porter un turban. "Pas de turban, pas d'éducation".*
- *Les minorités non musulmanes doivent porter un badge distinctif ou coudre un morceau de tissu jaune sur leurs habits. Exactement comme les nazis l'ont exigé des juifs.*

*Etc... »*

- ✓ Le 20 août 1998, les Etats-Unis, en représailles aux attentats contre leurs ambassades du Kenya et de Tanzanie, lancent des missiles de croisière sur deux bases d'Al-Qaida en Afghanistan.
- ✓ 13 septembre : les Taliban prennent Bamiyan.
- ✓ 25 juin 1999 : lancement du processus de Rome qui doit appeler au retour du roi Zaher Shah au pouvoir.

- ✓ 16 octobre 1999 : le conseil de sécurité des Nations Unies a décidé d'imposer des sanctions financières aux Taliban (qui contrôlent 80% du territoire) tant qu'ils n'auront pas extradé Ben Laden que Washington accuse d'être le commanditaire des attentats contre les ambassades américaines du Kenya et de Tanzanie en août 1998 et qui avaient fait 224 morts. La résolution 1238 de l'ONU interdit à tout avion appartenant aux Taliban de décoller ou d'atterrir dans un état membre. Les comptes des fondamentalistes vont également être gelés.
- ✓ 8 avril 2000 : début d'un programme de rapatriement d'un million et demi de réfugiés afghans mis en place par l'ONU et l'Iran.
- ✓ 28 juillet 2000 : le mollah Omar annonce l'interdiction de la culture du pavot.
- ✓ 6 septembre 2000 : chute de Taloqan. La route d'approvisionnement de Massoud en provenance du Tadjikistan est coupée.
- ✓ 26 février 2001 : les Taliban annoncent qu'ils vont détruire toutes les statues du pays dont les bouddhas géants de Bamiyan, classés patrimoine mondial par l'UNESCO. La communauté internationale s'insurge contre cette décision.
- ✓ 9 septembre : Massoud est assassiné dans son fief de Khwaja Bahaouddine. Il est remplacé par Mohammad Fahim à la tête des troupes de l'Alliance du Nord.
- ✓ 12 septembre 2001 : par l'intermédiaire de la presse pakistanaise, Oussama Ben Laden a remercié Allah tout-puissant et s'est incliné devant lui « en apprenant la nouvelle » de l'attentat contre le World Trade Center. Il a toutefois déclaré ne pas être à l'origine de ces attaques. L'ONU évacue tout son personnel du territoire afghan.
- ✓ 20 septembre 2001 : les chefs religieux islamiques réunis depuis deux jours à Kaboul ont invité Ben Laden à quitter le pays « de son plein gré ». Ils ont par ailleurs précisé que la guerre sainte serait déclarée aux Etats-Unis et aux pays alliés s'il y avait des frappes. Le Haut Commissariat aux Réfugiés de l'ONU lance alors un appel à tous les gouvernements pour qu'ils ouvrent leurs frontières aux

réfugiés afghans qui fuient leur pays afin de leur apporter une protection temporaire.

- ✓ 22-24 septembre : les Emirats Arabes Unis puis l'Arabie saoudite rompent avec les Taliban.
- ✓ 27 novembre-5 décembre : conférence de Bonn conclue par les accords de Bonn sur les institutions intérimaires de l'Afghanistan et la formation d'un gouvernement transitoire. Le Conseil de Sécurité de l'ONU repousse toutefois la formation d'une force spéciale de maintien de la paix.
- ✓ Le 8 octobre, une série de frappes américaines débutent, et une action commune avec l'Alliance du Nord s'installe. Cette dernière parvient à libérer Kaboul le 14 novembre et poursuit son offensive pour reprendre peu à peu tous le pays : Mazar-e Sharif, Kunduz et enfin Kandahar le 8 décembre.
- ✓ 22 décembre : Hamid Karzaï devient président intérimaire de l'Afghanistan.
- ✓ 30 janvier 2002 : le drapeau national afghan flotte de nouveau sur Kaboul après 23 ans d'absence. C'est le drapeau noir, rouge et vert, introduit par le roi Amanullah en 1928 et interdit en 1978 par le pouvoir communiste.



- ✓ Janvier 2002 : conférence à Tokyo des pays donateurs. Déploiement à Kaboul de la FIAS (Force Internationale d'Assistance).

- ✓ Le 14 juin 2002, Hamid Karzaï est élu chef de l'état pour une période de transition de 18 mois, son gouvernement est composé de 29 ministres.
- ✓ 30 juillet 2002 : lors de la première conférence mondiale contre les mines anti-personnel qui s'est déroulée à Kaboul, le ministre des affaires étrangères Abdullah Abdullah a déclaré que l'Afghanistan allait signer le traité d'Ottawa de 1996 sur l'interdiction de production, utilisation, stockage et transfert des mines anti-personnel. Il lance un appel à la communauté internationale pour financer et aider au nettoyage des 10 millions de mines dispersées sur le territoire.
- ✓ 23 décembre 2002 : les représentants des pays frontaliers de l'Afghanistan (Chine, Iran, Pakistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan) signent le « Déclaration de Kaboul », un « pacte solennel de non agression ».
- ✓ 15 janvier 2003 : les autorités afghanes adhèrent à la Cour Pénale Internationale, « *Cour indépendante permanente devant laquelle sont jugées les personnes accusées des crimes les plus graves qui touchent la communauté internationale, à savoir les crimes de génocides, les crimes contre l'humanité et les crimes de guerre.* »(16) 85 pays sont déjà signataires.
- ✓ 27 janvier 2003 : L'UNICEF a lancé un vaste programme de rattrapage scolaire destiné à mettre à niveau l'éducation de 12 000 jeunes filles qui avaient été interdites de scolarité sous le régime des Taliban.
- ✓ 28 mars 2003 : Le Conseil de Sécurité adopte à l'unanimité la résolution 1471 renouvelant pour un an la Mission d'Assistance des Nations Unies en Afghanistan (MANUA). Il confirme le rôle central des Nations Unies dans l'appui international aux autorités et au peuple afghan. Le mandat de la MANUA a été en outre étendu afin de lui donner les moyens d'appuyer la préparation des élections générales de juin 2004, prévues par les accords de Bonn. En un an, l'administration transitoire afghane, la communauté internationale et la MANUA ont permis des progrès très importants : le calendrier politique fixé par les accords de Bonn a pu être respecté, un million et demi de réfugiés et 500 000 personnes déplacées sont retournés dans

leurs foyers, trois millions d'enfants afghans ont retrouvé le chemin de l'école, une nouvelle monnaie a été lancée, le gouvernement a développé un budget global et aucun combat majeur n'est intervenu. Le processus de paix demeure fragile et les Afghans continuent à être touchés par l'insécurité et les difficultés économiques. Entre 80 et 150 personnes sont victimes chaque jour des mines anti-personnel.

- ✓ Août 2003 : la FIAS passe sous commandement de l'OTAN. C'est la première fois que l'OTAN effectue une mission hors de l'Europe.
  
- ✓ 15 octobre 2003 : Le Conseil de Sécurité de l'ONU adopte à l'unanimité la résolution 1510 qui étend le mandat de la FIAS en dehors de Kaboul.
  
- ✓ 4 novembre 2003 : selon un rapport de l'Office contre la drogue et le crime de l'ONU (UNODC), la production d'opium en Afghanistan a atteint 3 600 tonnes en 2003, pour 3 400 tonnes en 2002 et s'étend de façon alarmante à toutes les régions, au-delà des provinces traditionnellement productrices de l'est et du sud. La production touche désormais 28 provinces sur 32 contre 18 en 1999. Malgré une augmentation « modérée » de 6%, la surface consacrée à la culture du pavot a augmenté de 8%, passant de 74 000 hectares en 2002 à 80 000 en 2003 faisant de l'Afghanistan le premier fournisseur mondial d'opium avec 77% de la production internationale. Le rapport précise que la production locale dans certaines provinces (où la hausse de la production est considérable avec + 40% dans la province centrale d'Oruzgan et + 72% à Ghor) n'est aucunement liée à la présence de Taliban ajoutant que les forces et structures pro-gouvernementales à tous les échelons (chefs militaires, responsables administratifs et gouvernementaux) sont ainsi impliquées dans la production et le trafic de drogue, qui a généré en 2003 un chiffre d'affaires de quelque 2,3 milliards de dollars, l'équivalent de la moitié du Produit Intérieur Brut (PIB) du pays.
  
- ✓ 10 décembre 2003 : 500 membres de la *Loya Jirga* sont élus pour former la grande assemblée traditionnelle. Les factions des Moujahiddin remportent le plus de sièges face aux réformateurs du président Hamid Karzaï.

- ✓ 4 janvier 2004 : la *Loya Jirga* (grande assemblée traditionnelle) constitutionnelle approuve la constitution qui conserve au président un « rôle fort ». Le rôle du parlement est également renforcé avec notamment un pouvoir de veto sur un nombre important de nominations. La constitution est composée de 160 articles et 12 chapitres, elle affiche clairement l'Afghanistan comme « *une République islamique, indépendante, unie et indivisible* » et stipule que « *la religion de l'Afghanistan est la religion sacrée de l'Islam. Les adeptes d'autres religions sont libres de pratiquer leurs rites religieux dans les limites de la loi* » ajoutant « *qu'en Afghanistan, aucune loi ne peut être contraire à la religion sacrée de l'Islam et aux valeurs de cette constitution.* » Elle instaure un régime présidentiel où le président est élu pour 5 ans par le suffrage universel et à la majorité des voix, et une seule fois renouvelable. C'est lui qui détermine la politique fondamentale du pays. Il est commandant en chef des forces armées et a le pouvoir de nommer les membres du gouvernement, les juges ainsi que les principaux responsables de l'armée, de la police et de la sécurité nationale. Le gouvernement ne dispose pas de premier ministre. Le texte prévoit également que « *toutes les formes de discriminations et de privilèges entre les citoyens d'Afghanistan sont interdites. Les citoyens d'Afghanistan ont des droits et des devoirs égaux devant la loi.* »
  
- ✓ 9 octobre 2004 : 10,5 millions d'électeurs dont 40% de femmes sont appelés aux urnes pour élire leur président pour les premières élections présidentielles libres et démocratiques depuis son indépendance en 1919. 18 candidats sont en lice dont le président sortant Hamid Karzaï.
  
- ✓ 25 octobre 2004 : Après le dépouillement de près de 90% des bulletins, la victoire semble assurée pour le président sortant Hamid Karzaï qui obtiendrait dès le premier tour plus de 55% des suffrages, malgré de nombreuses contestations de la part des rivaux du président dénonçant des irrégularités lors du scrutin présidentiel.
  
- ✓ 7 décembre 2004 : Hamid Karzaï est intronisé comme président élu de l'Afghanistan.(17)
  
- ✓ 18 septembre 2005 : élections législatives et provinciales.

- ✓ Le nouveau parlement est inauguré le 17 décembre 2005, il est composé de deux chambres, la *Meshrano Jirga* (sénat), composé de 102 membres élus par les collectivités locales et de personnalités nommées par le Président, et la *Wolesi Jirga*, chambre basse comprenant 249 députés élus pour 5 ans, comme le président.

De nombreux députés sont d'anciens Moujahiddin. Un peu plus du quart des sièges de députés et de sénateurs est occupé par des femmes. Des groupes politiques sont en formation, mais jusqu'à présent, la représentation parlementaire est très fragmentée et aucune majorité ne semble se dégager. Le président Karzaï n'est pas soutenu par un parti ou une coalition en particulier. C'est son principal opposant, M. Yunus Qanouni, qui a été élu Président de la *Wolesi Jirga*, alors qu'un ancien résident afghan, M. Sebghatullah Modjadeddi, a été élu à la tête de la *Meshrano Jirga*.

Les premiers mois de vie parlementaire ont été consacrés pour l'essentiel à l'examen des nominations présidentielles et du budget (pour l'année fiscale afghane débutant le 21 mars dernier), adopté en juin ; ils se sont déroulés dans un contexte de malaise politique et social, nourri par la lenteur de la reconstruction, l'insécurité croissante dans le sud et l'est et la mauvaise gouvernance dans de nombreuses provinces. Le malaise s'est notamment exprimé par des émeutes violentes à Kaboul le 29 mai dernier (bilan officiel de 17 morts et environ 200 blessés), à la suite d'un accident de la route impliquant un convoi militaire américain, ou encore cet hiver au moment des affaires des caricatures du Prophète Mahomet ou de l'affaire Abdul Rahman (Afghan risquant une condamnation à mort pour conversion au christianisme).

La liste d'un nouveau gouvernement a été soumise par le Président à la Chambre basse fin mars, en remplacement du gouvernement en place depuis le 23 décembre 2004. Il a prêté serment le 2 mai 2006 après les votes des députés en avril. Le nouveau gouvernement ne présente pas de nouveauté significative, à l'exception du remplacement, à la tête de la diplomatie afghane, du Dr Abdullah Abdullah par M. Rangin Dadfar Spanta. Aucune femme ne fait partie du nouveau gouvernement. Cet automne, les décrets, lois et réformes adoptés pendant la transition politique devraient être réexaminés.

#### IV. ECONOMIE

Malgré des taux de croissance très élevés (28,6% en 2002, 15,7% en 2003, 8% en 2004 et 11% estimés en 2005) (22), de nombreux pans de l'économie afghane sont encore à reconstruire.

L'agriculture, qui occupe 85% de la population, a été profondément sinistrée. Aux conséquences de la guerre (champs minés, diminution de la qualité des semences et du cheptel, systèmes d'irrigation endommagés) se sont ajoutées plusieurs années de sécheresse, qui perdure dans le sud du pays et touche durement le pays Hazara. L'agriculture est cependant l'un des rares secteurs qui connaisse, depuis deux ans, une forte reprise grâce à une bonne pluviométrie dans le nord du pays et l'aide internationale.

Les ressources naturelles de l'Afghanistan ne sont peu ou pas exploitées, il est en outre difficile d'en connaître la composition exacte. Le plus grand problème vient du fait que la majorité des ressources sont toujours sous contrôle des seigneurs de guerre et leur exploitation est totalement illégale.

*« L'Afghanistan recèle en effet des gisements de 300 types de minerais, en particulier de charbon, de cuivre, de marbre, d'émeraude et de lapis-lazuli. Il existerait également des gisements d'uranium et de plutonium. (...) Mais pour que ces réserves soient exploitées, un certain nombre d'obstacles doivent être levés. Il conviendrait en premier lieu que le gouvernement en reprenne le contrôle. (...) Selon l'US Energy Information Administration, l'Afghanistan aurait des réserves de pétroles estimées à 95 millions de barils et 5 trillions de mètres cubes de gaz. L'absence d'une loi sur les hydrocarbures empêche pour le moment les compagnies étrangères de s'engager. »(13)*

L'industrie (agroalimentaire, textile, énergie) entame à peine son redressement. L'artisanat, 13% du PIB en 1981, a quasiment disparu. Le secteur du bâtiment est en revanche en pleine expansion.

Au niveau du secteur tertiaire, les transports et la téléphonie mobile tirent la croissance du secteur des services. La reprise du tourisme dépendra d'un retour à la stabilité et de la mise en place d'un secteur hôtelier digne de ce nom.

Malgré de nombreuses difficultés, le commerce connaît une reprise depuis la chute des Taliban. Les principaux partenaires commerciaux de l'Afghanistan sont l'Inde, le Pakistan et l'Iran. La construction d'un gazoduc trans-afghan qui permettrait l'exportation du gaz turkmène vers le Pakistan en passant par l'ouest afghan est à nouveau à l'ordre du jour. La conférence de Kaboul (4-5 décembre 2005) sur la coopération économique régionale a permis aux Etats de la région d'examiner les questions d'intérêt communs (gestion des frontières, transports, énergie). New Delhi accueillira une deuxième conférence sur ces thèmes en fin d'année.

La relance de l'économie afghane se heurte à de nombreux handicaps structurels tels que le peu de ressources propres dont bénéficie l'Etat (l'Etat ne contrôle directement que 23% de l'aide internationale), l'insuffisance des systèmes de communication, le déficit énergétique, la corruption, l'absence quasi-complète de système bancaire et de cadre juridique. La seule véritable réforme économique a été le changement de monnaie nationale, fin 2002. L'afghani est désormais stable face au dollar américain et à l'euro, mais il est aussi surévalué. La monnaie métallique a été réintroduite, avec l'aide de la France, en avril 2005, après trente ans d'absence. Le développement économique du pays est visiblement confronté à de nombreux obstacles, dont le système monétaire est un des chefs de file :

*« Ouvrir des comptes pour des afghans dans une banque est problématique parce qu'il est difficile de vérifier l'identité du client, étant donné que les registres d'état civil ont été détruits pendant la guerre. (...) La banque centrale de l'Afghanistan s'efforce de créer un marché pour l'afghani, la monnaie nationale, introduite en octobre 2002. Jusqu'ici, il n'existe pas de taux d'intérêt pour la monnaie nationale, ce qui empêche les banques de payer des intérêts sur les comptes en afghani. »(13)*

En effet, actuellement les rues sont envahies d'enfants, les « biggers » avec les mains remplies de liasses de billets, faisant office de banque de change, vous proposant de 45 à 52 afghanis pour un dollar américain.

Plus inquiétant pour l'avenir du pays, l'Afghanistan est menacé de se transformer en narco-économie. La production afghane d'opium représente près de 87% de la production mondiale. Les cultures d'opium occupent 7% des terres cultivables et sont présentes dans toutes les provinces du pays, avec des concentrations plus importantes dans les provinces du Helmand, du Nangarhar et du Badakchan. L'économie de la drogue représente toujours plus de 60% du PIB licite afghan et ferait vivre 2,3 millions d'Afghans, générant des ressources d'une valeur de 2,5 milliards de dollars. En 2006, une nouvelle augmentation des surfaces cultivées consacrées au pavot, après une légère diminution en 2005, est annoncée. Il existe de nombreux autres trafics lucratifs (armes, antiquités, êtres humains) qui contribuent à la dégradation de la sécurité.

Campagne de lutte contre la culture et la consommation du Pavot affichée le long des routes.

L'Afghanistan représente seulement 2% des exportations françaises en Asie du Sud, mais de nombreuses marchandises françaises sont réexportées depuis le Pakistan ou Dubaï. Parmi les entreprises françaises présentes en Afghanistan, on peut citer Thalès (aéroports), Alcatel (télécommunications), Bouygues (immobilier).

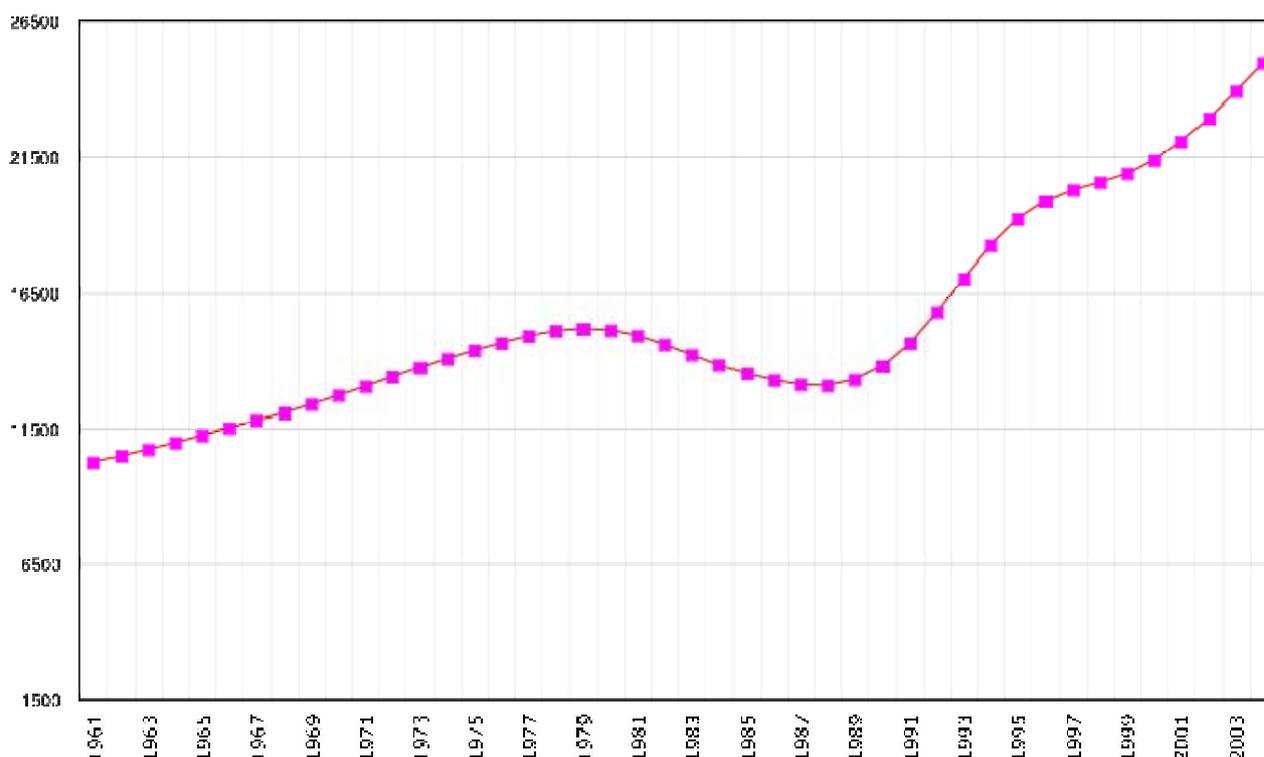
## V. RELIGION

La seule unité que l'on pourra accorder à ce pays issu d'un brassage d'ethnies, de cultures, de langues reste la religion. L'Islam est omniprésent dans les mœurs et la vie quotidienne. La majorité de la population est sunnite de rite hanafite à 85 %, les autres sont chiites avec une minorité émergente d'ismaélien. La religion ismaélienne, dirigée par son altesse l'Aga Khan, se propage petit à petit, notamment grâce à la volonté de leur chef spirituel d'aider à la reconstruction du pays en développant de nombreux hôpitaux, écoles, entreprises de service telles que la téléphonie mobile (Roshan), le conseil en communication (Altaï), etc... D'autre part, le développement du marché du travail qui en découle crée une immigration en provenance du Pakistan d'une population à majorité ismaélienne.

2<sup>EME</sup> PARTIE : LE  
SYSTEME DE  
SANTE AFGHAN

## I. INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES

En 2006, l'Afghanistan recense 31 056 997 d'habitants (32), pour une superficie de 647 500 km<sup>2</sup> (32), soit une densité de population de 43 habitants au km<sup>2</sup>. La proportion de population urbanisée est de 24% en 2004 (19), c'est un chiffre important, sachant la faible superficie qu'occupent les villes dans le pays, et cette situation tend à augmenter, en particulier à Kaboul comptant 1,5 millions d'habitants. En effet, le taux moyen annuel d'accroissement de la population urbaine entre 1990 et 2004 est de 6,7 (19). Cette situation est due aux migrations de population vers les villes au cours de la dernière décennie, d'une part à cause de l'insécurité qui régnait dans les campagnes lors des combats et d'autre part en raison de la sécheresse sévissant depuis une dizaine d'années et rendant l'agriculture difficile.



Evolution de la population en milliers d'habitant de 1961 à 2003 (33).

L'espérance de vie à la naissance est de 43 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes en 2006 (32). L'indice synthétique de fécondité en 2004 est de 7,4 enfants par femme (19) et de 6,5 en 2005 (32). Le taux de natalité est en faible décroissance, il est passé de 53‰

en 1970 et 52‰ en 1998 et 49‰ en 2004(19). Le taux de mortalité diminue également, 27‰ en 70, 21 ‰ en 1998, 19‰ en 2004 (19). La répartition de la population dans la pyramide des âges montre une population très jeune, avec 44,6% d'individus de moins de 14 ans, 53% d'individus entre 15 et 64 ans et seulement 2,4% de plus de 65 ans (32). D'autre part, le taux de mortalité infantile était de 205 ‰ en 1978 et de 165 ‰ en 2004 (19). Malgré une amélioration apparente, cette situation place l'Afghanistan au 4<sup>ème</sup> rang mondial de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, selon le classement du TMM5 (Taux de Mortalité des Moins de 5 ans), avec un taux de 247‰ (19). Plus clairement, **un enfant sur 5 n'atteint pas l'âge de 5 ans.**

Au niveau de la santé qui sera développé par la suite, 39,3% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition (18) et on obtient un taux d'immunisation contre la rougeole pour les enfants de 12 à 23 mois de 61% (18).

D'un point de vue économique, la croissance annuelle est en pleine évolution sur les dernières décennies :

- ✓ Le taux d'accroissement entre 70 et 90 est de 0,4% (19).
- ✓ Le taux d'accroissement entre 90 et 98 est de 4,6% (19).

Malgré tout, l'indice de développement humain place l'Afghanistan au 173<sup>ème</sup> rang sur 177 pays (19). Le PIB (Produit Intérieur Brut) par habitant est de 200 USD (Dollar américain) par an soit 110 fois moins qu'en France (19). Il faut noter que 77% de la population n'a pas accès à l'eau potable (20). Les ressources naturelles, bien que présentes, ne sont pas exploitées et engendrent une dépendance vis à vis des pays limitrophes, comme le démontre une étude du Fond Monétaire International (21) :

*« Le prix de l'électricité pour les industries est de 6 Af par kwh, comparé à 2-4 Af au Pakistan, Iran et Tadjikistan. Le prix est élevé car le système d'approvisionnement afghan est obsolète et inefficace, résultant de sérieuses dégradations causées par des années de guerre...En conséquence, seulement 10% de la population ont un accès à l'électricité et pour de courtes périodes chaque jour. »*

Indicateurs de base	Afghanistan	Pakistan	Tadjikistan	Ouzbékistan	Iran	Turkménistan
Classement selon le TMM5	4	47	38	62	83	46
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990	260	130	128	79	72	97
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2004	257	101	118	69	38	103
Taux de mortalité infantile (moins d'un an), 1990	168	100	99	65	54	80
Taux de mortalité infantile (moins d'un an), 2004	165	80	91	57	32	80
Population (milliers) d'habitants, 2004	28 574	154 794	6 430	26 209	68 803	4 766
Nombre annuel naissances (milliers), 2004	1395	4729	186	611	1 308	107
Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers), 2004	359	478	22	42	50	11
RNB par habitant (\$EU), 2004	250	600	280	460	2 300	1 340
Espérance de vie à la naissance (années), 2004	46	63	64	67	71	63
Taux net d'inscription/fréquentation à l'école primaire (%), 1996-2004*	53	56	81	80	86	85

Tableau de comparaison de l'Afghanistan avec ses pays voisins à l'aide d'indicateurs de base du développement humain (19).

A la lecture de ce tableau, on peut clairement constater la précarité de la situation de la population afghane face à celle des pays limitrophes, notamment l'Iran. L'amélioration de ces indicateurs de base et en conséquence des conditions de vie des Afghans passe avant tout par le développement du secteur de la santé, dont les structures actives nécessitent en grand soutien matériel et intellectuel afin d'y parvenir.

## II. LA POLITIQUE DE SANTE EN AFGHANISTAN

### A. HISTORIQUE

En mars 2002, le ministère de la santé afghan a commencé le processus de définition des priorités pour la reconstruction du système de santé. Cet ensemble de services de santé minimums et indispensables fut appelé le « Basic Package of Health Services » (BPHS) (23), le forfait de base de services de santé. Les éléments clés inclus dans le BPHS étaient :

- ✓ Les services ayant le meilleur impact sur les problèmes majeurs de santé,
- ✓ Les services ayant une plus grande rentabilité,
- ✓ Les services pouvant être délivrés dans un égal accès des populations rurales et urbaines.

Le concept du BPHS est que tous les services inclus devraient être disponibles en un ensemble intégré, au lieu d'être uniquement présents dans quelques structures isolées ou dans les programmes verticaux. Un processus de collaboration fût élaboré afin de permettre aux parties prenantes de faire partager leurs idées et expériences. Le résultat de la version fût de présenter un consensus entre le MOPH, les ONG, les agences internationales des Nations Unies, les donateurs et les autres partenaires du secteur de la santé.

Lors de la mise en place du BPHS, le Ministère de la Santé attendait des ONG et autres institutions dispensant des services de santé en Afghanistan qu'ils utilisent ce document comme la base d'implémentation de leur programme de santé. Le BPHS représente la police officielle de l'Etat de Transition Islamique d'Afghanistan, et les structures délivrant des services de santé aux Afghans doivent mettre en place le BPHS avant d'ajouter tout autre service. Ainsi, les parties prenantes peuvent être assurées que le noyau de service défini par le BPHS serait largement disponible et les services additionnels n'en faisant pas partie pourraient être ajoutés, mais ne pourraient en aucun cas se substituer aux services du BPHS.

### *1. DEFINITION*

Le BPHS a deux buts :

- ✓ D'apporter un ensemble de services standardisés formant le noyau de services dispensés dans les centres de santé primaire,
- ✓ De promouvoir une redistribution des services de santé en assurant un accès équitable, spécifiquement dans les régions jusqu'alors délaissées.

Le BPHS contient une liste compréhensible de services pouvant être délivrés dans quatre différents niveaux de structure de santé au sein du système de santé : le poste de santé, le centre de santé de base, le centre de santé polyvalent et l'hôpital de district. Les noms de ces structures remplacent les nombreuses nomenclatures utilisées et aideront à créer un système uniforme de classification des structures de santé. En effet, durant les dernières années, le Ministère de la Santé et les ONG ont utilisé de nombreux noms différents, induisant une confusion dans l'offre des services et la place de la structure au sein du système.

## **2. LE CONTENU DU BPHS**

Le BPHS pour l'Afghanistan est composé des éléments suivants :

- ✓ Santé maternelle et du nouveau-né
  - Soin anténatal
  - Soin d'accouchement
  - Soin post-partum
  - Planning familial
  - Soin du nouveau-né
  
- ✓ Santé de l'enfant et vaccination
  - Programmes de vaccination
  - Gestion intégrée des maladies infantiles
  
- ✓ Nutrition
  - Apports de micro-nutriments
  - Traitement de la malnutrition clinique

- ✓ Maladies contagieuses
  - Contrôle de la tuberculose
  - Contrôle du paludisme
  
- ✓ Santé mentale
  - Gestion communautaire des problèmes mentaux
  - Traitements de base pour les patients internes et externes
  
- ✓ Handicap
  - Physiothérapie intégrée dans les services des centres de santé primaires
  - Services orthopédiques adaptés aux niveau des hôpitaux
  
- ✓ Approvisionnement en médicaments essentiels (voir annexe 1)

## **B. LES STRUCTURES DE SANTE**

Le BPHS est développé au niveau de quatre structures de santé types, dont la gestion est assurée par des agents de santé communautaire, incluant les patients externes dans les centres de soin primaires aux services d'hospitalisation dans les centres de santé polyvalents et les hôpitaux de district.

### ***1. LE POSTE DE SANTE***

A l'échelle locale, les services de soin de base seront dispensés par des agents de santé communautaire (ASC) et des accoucheuses, hors de leur propre maison, fonctionnant comme des postes de santé communautaires. Les ASC offriront des soins curatifs limités, incluant le diagnostic et le traitement du paludisme, des diarrhées et des infections respiratoires aiguës ; la distribution de préservatifs et de contraceptifs oraux ; la distribution de micro-nutriments. De plus, l'ASC est responsable du traitement des maladies communes et de l'état physique des enfants et des adultes. Les accoucheuses prodiguent les soins pour les accouchements sans complication, identifient les signes de danger, et réfèrent les femmes vers les centres de santé

primaire. Un poste de santé emploie un ASC et une accoucheuse pour une région de 1 000 à 1 500 personnes, équivalent à 100 à 150 familles.

## **2. LE CENTRE DE SANTE PRIMAIRE**

Le centre de santé primaire est une petite structure, offrant les mêmes services que le poste de santé, mais avec des soins plus complexes. Les services dispensés incluent : les soins anténatal, d'accouchement et de post-partum, le planning familial, les programmes de vaccination, le suivi de croissance, la gestion des maladies infantiles, le traitement du paludisme et de la tuberculose et la distribution des médicaments essentiels. Le centre de santé primaire emploie un infirmier, une sage-femme ou une auxiliaire et un vaccinateur, couvrant une population de 15 000 à 30 000 personnes.

## **3. LE CENTRE DE SANTE POLYVALENT**

Le centre de santé polyvalent couvre une large région de 30 000 à 60 000 personnes, et offre des services plus étendus que le centre de santé primaire. En plus de l'assistance aux accouchements simples, le centre peut prendre en charge certaines complications ; les cas graves de maladies infantiles ; le traitement des complications du paludisme ; et la physiothérapie pour infirmes. La structure possède un espace d'hospitalisation ainsi qu'un laboratoire. Le personnel inclue des médecins des deux sexes, des infirmiers des deux sexes, des sage-femmes, des techniciens de laboratoire et des préparateurs en pharmacie.

## **4. L'HOPITAL DE DISTRICT**

L'hôpital de district, ou hôpital de référence, prend en charge tous les services du BPHS, incluant les cas les plus compliqués. Les cas référés au niveau de l'hôpital de district incluent les chirurgies sous anesthésie générale, la radiologie, les soins d'urgence obstétrique, incluant les césariennes, et les diverses méthodes de planning familial. L'hôpital dispose également d'un panel plus développé de médicaments essentiels et de services de laboratoire que le centre de santé polyvalent. L'hôpital emploie des médecins, incluant des gynécologues femmes, un chirurgien, un anesthésiste et un pédiatre ; des sage-femmes, des techniciens de laboratoire et des manipulateurs de radiologie, un pharmacien, un dentiste et un assistant.

Chaque hôpital de district couvre une population de 100 000 à 300 000 habitants, desservant jusqu'à quatre districts, en fonction de l'accessibilité géographique à la structure.

### **C. LES CRITERES**

Le Ministère de la santé a utilisé quatre critères pour choisir les éléments développés dans le BPHS :

- ✓ Des services techniques pouvant être mis en place avec succès en Afghanistan,
- ✓ Les maladies ciblées sont celles qui représentent un lourd fardeau pour l'Afghanistan, considérant tant l'effet de l'affection sur l'individu que l'impact social de la maladie,
- ✓ La durabilité des services au long terme, lorsque les donateurs diminueront leur aide dans les années à venir, prenant en considération la capacité du gouvernement à maintenir un niveau de base des services de santé,
- ✓ Le besoin d'équité en assurant des services minimum de santé dispensés à tous, et essentiellement aux pauvres.

### **D. LES IMPACTS**

Le BPHS étant développé pour atteindre la majorité de la population afghane, il aura à terme un impact au niveau de quatre groupes distincts :

- ✓ Les habitants de toutes les régions de l'Afghanistan bénéficieront d'un set de base de services, permettant de faire face à la majorité des problèmes de santé qu'ils peuvent rencontrer.
- ✓ Les communautés seront positivement affectées par l'accessibilité géographique des services, facilitant la vie familiale.

- ✓ Le ministère de la santé et les responsables de santé en province détiennent ainsi une liste des problèmes prioritaires de la population et les services auxquels se référer. Le BPHS représente alors la structure du système de santé afghan, et donne de claires directives pour sa réhabilitation.
- ✓ Finalement, les donateurs et les partenaires du Ministère de la santé, tels que les agences des Nations Unies, seront en mesure d'utiliser leurs ressources dans un sens efficace, en assurant une utilisation de services de santé des plus rentables et un impact sur la majorité de la population.

## **E. LE SYSTEME HOSPITALIER EN AFGHANISTAN**

Après avoir établi le BPHS, un détachement spécial pour la gestion des hôpitaux (the Hospital Management Task Force) du Ministère de la santé publique a décelé les besoins de définition des tâches des différents hôpitaux dans le système de santé. Les systèmes de santé opèrent à trois niveaux en Afghanistan :

- ✓ Au niveau communautaire ou villageois par les postes de santé fonctionnant grâce aux agents de santé communautaire,
- ✓ Au niveau du district par les centres de santé primaires, les centres de santé polyvalents et les hôpitaux de districts,
- ✓ Au niveau plus large, par les hôpitaux provinciaux et régionaux et les hôpitaux spécialisés.

Les hôpitaux sont un point critique du système de santé afghan car ils font partie du système de référence. Différents travaux ont été effectués pour l'établissement d'une politique de santé au sein des hôpitaux. Tout d'abord une réglementation hospitalière pour le système de santé afghan fût adoptée en février 2004 (24), définissant les besoins rationnels, structurés complétant la définition d'un système de santé approprié à l'Afghanistan en identifiant clairement les besoins du secteur hospitalier, établissant 10 réglementations clés relatives à

l'hôpital, mettant en place 31 standards dans 6 aires majeures, identifiant les niveaux des hôpitaux dans le système et les besoins de rationalisation des hôpitaux.

Par la suite, en mars 2005, un formulaire essentiel des services hospitaliers pour l'Afghanistan (25) définit tous les éléments de service nécessaires, en terme d'employé, d'accessibilité, d'équipement et de médicaments pour chaque type d'hôpital en Afghanistan. Ce formulaire à quatre objectifs :

- ✓ D'identifier un panel standardisé de services hospitaliers pour les hôpitaux de chaque niveau,
- ✓ D'apporter un guide pour le Ministère de la Santé, le secteur privé, les ONG et les donateurs sur la façon dont le secteur hospitalier devrait être implémenté en employés, équipé et approvisionné en équipement et médicaments afin de définir un set complet de services pour les hôpitaux de chaque niveau,
- ✓ De promouvoir un système de référence de santé intégrant le BPHS aux hôpitaux,
- ✓ D'apporter une base pour établir un système hospitalier procurant des services hospitaliers de qualité à l'aide d'un management efficace.

Chaque niveau de structure hospitalière a ainsi un rôle dans l'assurance de la continuité des soins, du poste de santé aux hôpitaux régionaux et spécialisés. Une liste de médicaments essentiels au fonctionnement de chaque type d'hôpital est présentée en annexe 2.

## ***1. LES HOPITAUX DE DISTRICT***

L'hôpital de district, redéfini par ce nouveau programme, apporte des services d'hospitalisation et d'urgence aux populations rurales. Son rôle supplémentaire est de réduire le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. L'hôpital de district est principalement un hôpital d'urgence, où les patients sont assistés, diagnostiqués, stabilisés et soit traités soit référés à un hôpital de niveau

supérieur. Un aspect crucial est un service de soin d'urgence obstétricale fonctionnant 24 heures par jour. Il existe deux points d'entrée dans l'hôpital de district, soit le service de patient externe et le service d'urgence.

Le rôle de l'hôpital de district est défini comme suit :

- ✓ L'hôpital de district est une partie importante du système de référence. C'est le premier point d'entrée des patients référés par le centre de santé polyvalent,
- ✓ Il fait partie du BPHS. Il possède une fonction de station de triage où les patients sont assistés, diagnostiqués, stabilisés et traités ou référés si besoin à un niveau hospitalier supérieur,
- ✓ Le département de patients externes est le point d'entrée des patients externes dans le cas où les centres de santé primaires et les centre de santé polyvalents n'existent pas,
- ✓ Le système de santé promeut un système de référence fonctionnant dans les deux sens, où les patients ne nécessitant plus de soins relevant de l'hôpital de district sont renvoyés vers les centres de santé,
- ✓ Développer une chirurgie d'urgence n'est pas le rôle de l'hôpital de district,
- ✓ L'hôpital de district a un rôle dans la formation des agents de santé, d'apporter une éducation de la santé et de participer activement dans l'amélioration de la santé de la population. Ceci inclus l'éducation par la santé, les campagnes de vaccination, le partage des informations avec les partenaires, la responsabilité de s'adapter aux besoins de la communauté et d'assurer une utilisation appropriée du matériel et des équipements.

Résumé des services devant être présents dans un hôpital de district :

Services cliniques et de diagnostique	Services d'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Service de chirurgie générale (bloc opératoire, anesthésie, salle de réveil, service de stérilisation)</li> <li>✓ Services d'obstétrique et gynécologie</li> <li>✓ Services de pédiatrie (incluant la nutrition thérapeutique)</li> <li>✓ Services médicaux généraux</li> </ul>
	Service d'urgence ouverts 24h/24
	Service de consultation externe (incluant les vaccinations, la santé mentale et les services dentaires)
	Pharmacie hospitalière
	Service de physiothérapie
	Laboratoire de routine et service de transfusion sanguine
	Radiologie
Services administratifs	Equipe de gestion et d'administration <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Finance</li> <li>✓ Archives médicales</li> <li>✓ Ressources humaines</li> <li>✓ Supervision de tous les services de support</li> <li>✓ Sécurité</li> </ul>
	Stérilisation
	Archives médicales et statistiques
	Cuisine
	Lingerie
	Gestion des déchets et service de nettoyage
	Service de maintenance
Véhicules : transports pour les urgences et le transfert de patients	

## **2. LES HOPITAUX DE PROVINCE**

L'hôpital de province est l'hôpital de référence pour le système de santé provincial. L'hôpital de province n'est pas foncièrement différent de l'hôpital de district. Il a les mêmes services cliniques auxquels quelques spécialités sont ajoutées. C'est dans la plupart des cas le dernier point vers lequel sont référés les patients du district. Dans certains cas, l'hôpital de province peut référer les patients vers les niveaux de santé supérieurs, soit l'hôpital régional ou un hôpital spécialisé à Kaboul. L'hôpital de province apporte des services d'hospitalisation et d'urgence professionnels à la population rurale.

### **3. LES HOPITAUX REGIONAUX**

L'hôpital régional est principalement un hôpital de référence comportant de nombreuses spécialités permettant le diagnostic, la stabilisation et le traitement ou le renvoi vers un hôpital de niveau inférieur ou un hôpital spécialisé. L'hôpital régional apporte des services à un niveau supérieur à celui des hôpitaux de district et de province.

Le gouvernement afghan, dont la volonté de développer le système de santé est réelle, réévalue régulièrement la situation pour en améliorer le fonctionnement en développant des stratégies, dont la dernière effectuée en 2005 donne les directives à adopter sur la période de 2005 à 2009 (26).

### **III. SYSTEME PHARMACEUTIQUE**

#### **A. UTILISATION DES MEDICAMENTS EN AFGHANISTAN**

Il existe une forte augmentation de médicaments issus de dons offerts à l'Afghanistan depuis 2002. Selon une estimation, 20 à 30% des médicaments utilisés en Afghanistan proviendraient de dons ou seraient achetés par des donations d'argent, les 70 à 80 % restants faisant partie du circuit privé. Pour une population de 25 millions de personnes, le marché pharmaceutique pourrait s'élever à 200 millions de dollars par an. Cependant, les statistiques annuelles de 1998 à 2003 montrent un niveau d'importation croissant mais largement insuffisant, passant de 1 million de USD en 1998 à 20 millions de dollars en 2003.

Il est difficile d'évaluer l'état actuel du marché privé du secteur des médicaments, étant donné que de nombreux vendeurs et importateurs ne sont pas enregistrés officiellement. Sur le marché afghan, l'on retrouve à la fois des princeps et des médicaments génériques. Pour les médicaments les plus courants, on retrouve de nombreuses spécialités contenant le même principe actif, comme pour le paracétamol.

Il existe quatre listes officielles de médicaments approuvées par l'Agence Nationale du médicament et par le ministère de la santé publique, régulièrement mises à jour. Parmi ces listes, la liste des médicaments présentant une autorisation d'importation et de vente, et la liste

des médicaments essentiels d'Afghanistan, contenant 27 catégories de médicaments, des anesthésiques aux vitamines et minéraux, appropriés à une utilisation dans le secteur de la santé publique. Les autres listes définissent un nombre limité de médicaments appropriés au « basic package of Healthcare Services » BPHS (annexe 1) et au « Essential Package for Hospital in Afghanistan » (annexe 2) cités précédemment.

L'intérêt de ces listes est d'éviter de dépenser le budget de santé publique des PEVD en médicaments inefficaces, inappropriés et non nécessaires. De plus, l'Afghanistan possède une liste de médicaments en vente libre, pouvant être obtenus sans prescription médicale, traitant la douleur par exemple, et une liste de médicaments soumis à restriction, compte tenu des risques qu'ils présentent.

Dans le secteur privé, les médicaments disponibles varient en fonction des saisons, particulièrement les classes d'antibiotiques traitant tantôt des infections gastro-intestinales en été, tantôt des infections respiratoires en hiver. Les plus courants sont les antibiotiques de première génération étant plus abordables financièrement et étant censés avoir une activité dans les pays peu exposés à leur utilisation, contrairement aux pays européens et nord américains où des résistances bactériennes se sont développées suite à leur utilisation trop importante.

## ***1. UTILISATION RATIONNELLE DES MEDICAMENTS***

Comme dans de nombreux PEVD, il existe de sérieux doutes sur l'utilisation rationnelle des médicaments en Afghanistan. En effet, l'utilisation abusive et inutile d'antibiotiques lors de diarrhées ou d'infections respiratoires non compliquées est largement répandue. De même l'on peut observer la faible utilisation de traitements symptomatiques de base, tels que l'ORS, solutés de réhydratation orale utilisés lors de diarrhées aiguës. A l'évidence les médecins afghans ont une tendance à la sur prescription, notamment au niveau de l'antibiothérapie. En observant les ordonnances, on peut rapidement évaluer une prescription quelque peu anarchique d'associations de médicaments ou d'antibiotiques, sans considération d'éventuelles interactions ou d'effets indésirables. La pratique de prescription à outrance devient un cercle vicieux, étant donné les demandes des patients portant sur des dosages élevés et de multiples médicaments, et l'accord tacite des secteurs privés, que ce soit

en clinique privée ou dans les pharmacies, concourant à ce problème. En effet, l'attitude des patients à la pharmacie est parfois surprenante, pensant être mal soignés par le médecin qui ne prescrit que deux médicaments, ou lorsqu'il ne prescrit pas même d'injections.

En plus du problème de prescription à outrance par des praticiens qualifiés, apparaît un sérieux problème concernant le diagnostic et la prescription effectués par des personnes non qualifiées travaillant dans les cliniques privées et les pharmacies. Des cas alarmants de faux diagnostics et de traitements effectués par des employés dont la formation médicale est inexistante sont souvent relatés par les journalistes et S.Najemi, du ministère de la santé publique a commenté :

*« Il existe de nombreuses cliniques et pharmacies illégales dans toutes les provinces. Même si ces gens étaient employés de ménage dans un hôpital du Pakistan, ils ont ouvert leur propre clinique. »*

De nombreuses personnes ne pouvant payer un médecin privé ou accéder aux organisations de santé publique vont directement dans une pharmacie ou rencontrer un vendeur dans la rue afin de recevoir à la fois un diagnostic et un traitement. Le fait qu'une large majorité des employés de pharmacie ne soient pas qualifiés, et parfois même illettrés, crée une voie précaire pour la dispensation d'un traitement efficace. En outre, un grand nombre de médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits sont rencontrés sur le marché afghan.

## **2. MODE DE VIE ET MEDICAMENTS**

Le secteur pharmaceutique a un impact significatif sur le mode de vie en Afghanistan. Des recherches ont montré qu'une proportion importante des revenus chez les familles les plus pauvres était dépensé pour les services de santé. Un rapport de l'AREU (27) sur le mode de vie rural a montré que la santé était la seconde dépense familiale, juste après la nourriture, pour la majorité des familles. Dans les provinces de Laghman et d'Hérat, les recherches ont montré que : *« Les familles dépensent de 9 à 26% de leurs revenus pour la santé, les familles les plus modestes dépensent souvent plus que les familles riches. »*

En effet, si les familles pauvres reçoivent des soins et des médicaments de moindre qualité, cela entraîne une double perte pour eux. Les familles devront dépenser encore plus pour traiter la personne malade. Ce sont les pauvres qui sont le moins aidés par le système pharmaceutique en Afghanistan.

### **3. HISTORIQUE DE LA PRODUCTION ET DE L'IMPORTATION DES MÉDICAMENTS**

Avant 1992, la production de médicaments était développée en Afghanistan et ceux qui étaient importés de l'étranger passait généralement par le ministère de la santé publique, notamment par l'entreprise publique Avicenna Pharmaceutical Institute, API, qui stockait les médicaments et les redistribuait dans les provinces. A cette époque, peu d'importateurs privés étaient enregistrés, mais dans les années 80, l'importation illégale de médicaments en provenance du Pakistan et de l'Iran est apparue sous l'époque des Moujahiddin. Lorsque le système gouvernemental était sur le déclin, au début des années 90, des individus privés ont commencé à dominer le marché des imports de médicaments. Les médicaments pakistanais, très appréciés à cette époque, furent largement introduits à l'aide des nombreux réfugiés afghans au Pakistan. Des compagnies pakistanaises ouvrirent des bureaux à Kaboul. Des médicaments iraniens entrèrent également en masse dans le pays à l'aide de la diaspora afghane en Iran. Le nombre d'acteurs dans les imports de médicaments augmenta tout au long de la période d'occupation par les Taliban. Actuellement, les pays exportateurs de médicaments en Afghanistan sont nombreux, notamment l'Europe, l'Inde, la Chine, l'Asie du Sud Est, l'Iran, le Pakistan et le Moyen Orient.

Dès années 1970 à la fin du règne de Najibullah, en 1992, l'Afghanistan possédait une production de médicaments non négligeable. Comme le notifiait un article, « *seulement une décennie plus tôt, l'Afghanistan produisait la majorité de ses médicaments et développait également un marché d'export.* »

La compagnie allemande Hoescht, désormais Sanofi-Aventis, ouvrit une usine de production à Kaboul en 1968, dans laquelle le gouvernement détenait 51% des parts. Cette usine est encore présente sur la route de Jelalabad, à Kaboul. Durant son apogée, l'usine fabriquait 130 médicaments différents, couvrant la majorité des besoins des familles afghanes et permettant également une exportation vers les pays voisins. En 1991, la compagnie rapatria

tous ses représentants allemands et cessa la production en 1997. Cependant, une production infime subsiste encore aujourd'hui. L'entreprise fut privatisée en août 2005 et nom fut changé en Hochpharma Corporation. Le MOPH détient toujours 15 % des parts, le reste étant détenu par des investisseurs privés. Hochpharma reçoit une aide dans le contrôle qualité et les procédures de production par la multinationale Sanofi-Aventis. L'entreprise suit dorénavant les directives européennes et emploie une centaine d'Afghans. L'emballage automatisé est évité afin de créer un maximum de potentiel d'emploi. Les intentions de l'entreprise sont de développer à nouveau le système d'approvisionnement dans les villes afghanes et indirectement de générer un maximum d'emplois.

L'API fut créé dans les années 70. Non seulement chargé de l'importation des médicaments, de l'enregistrement et de la gestion des importateurs privés, l'API produisait également 120 médicaments différents. Cette capacité de production a largement été endommagée par les conflits et l'usine produit aujourd'hui uniquement des antiseptiques iodés. L'institut est une branche du département des médicaments au ministère de la santé publique mais est totalement indépendant d'un point de vue financier. Avicenna est également responsable de la délivrance d'autorisation d'importation en Afghanistan. Cette entreprise publique devrait être privatisée dans un futur proche.

## **B. LES ACTEURS PRINCIPAUX DU MARCHE PHARMACEUTIQUE PRIVE**

### ***1. LES PRODUCTEURS***

La majorité des producteurs de médicaments en Afghanistan importent leurs matières premières avant de les conditionner en gélules, comprimés, sirops ou flacons injectables. Ces entreprises sont basées à Kaboul, même s'il existe des usines non enregistrées par les autorités compétentes dans les provinces. Leur production se limite majoritairement à des antiseptiques iodés, des sirops antitussifs, des crèmes anti-inflammatoires et des poudres de talc.

La plupart des industriels ont la volonté de produire des médicaments plus élaborés, tels que des antibiotiques, mais les conditions de production sont difficiles à mettre en œuvre. Ces usines doivent en effet faire face aux mêmes contraintes que les autres entreprises afghanes, à savoir le manque d'électricité, la difficulté d'accès du pays et les conditions de

sécurité. L'établissement dans un parc industriel plus sécurisé est une solution envisagée par tous afin de pouvoir investir durablement.

Les machines de production et le matériel doivent être également importés en Afghanistan. Les machines recyclées sont importées d'Angleterre, de Chine, du Pakistan ou d'Iran, et cette démarche est taxée par le ministère de la santé à un taux de 4%, après agrément d'importation par les douanes. Les matières premières doivent également être testées à l'entrée dans le pays par le ministère de la santé, de même que les produits finis. De plus, le matériel et les matériaux importés doivent provenir d'une entreprise validée par le ministère de la santé afghan. Toutes ces conditions entraînent pour les producteurs une difficulté de développement de leur production.

L'insécurité permanente, le manque d'accès au crédit, les coupures d'électricité incessantes et la difficulté d'importation rend le développement de ces industries assez limité. Tout ceci ne permettant pas aux entreprises de proposer des prix compétitifs face aux médicaments de mauvaise qualité importés.

Une nouvelle industrie de production, la Baz International Pharmaceutical Compagny Ltd, est le premier projet de production pharmaceutique locale depuis la fin de la guerre. Grâce au soutien d'une ONG suisse, Business Humanitarian Forum, et à l'aide du Programme de Développement des Nations Unies, l'usine afghane débute la production de 40 molécules faisant partie de la liste des médicaments essentiels de l'OMS(28).

## ***2. LES INVESTISSEURS ETRANGERS***

Les investisseurs étrangers, qu'ils soient allemands ou américains, ont une réelle volonté de développer le marché local, notamment par la création d'une usine de fabrication de matières premières. Cependant, le plus grand inhibiteur du développement semble être le labyrinthe bureaucratique afghan, bien plus que l'absence de système bancaire ou la sécurité précaire. En effet, que ce soit pour Hochpharma Corporation ou pour l'AAUI (American Afghan United Incorporated Pharmaceuticals), entreprise américaine, la mise en route de l'usine a souffert de délais de 2 à 5 ans afin d'obtenir les autorisations nécessaires à

l'ouverture de l'usine. Une clarification des systèmes d'obtention des autorisations semble indispensable pour encourager les investisseurs étrangers et éviter la corruption.

### **3. *LES IMPORTATEURS ET LES GROSSISTES***

Les importateurs de produits pharmaceutiques doivent être enregistrés au niveau du MOPH, ils seraient actuellement 200, sachant que de nombreux importateurs restent illégaux. L'importateur doit fournir au MOPH une liste des médicaments qu'il souhaite importer, celle-ci est comparée à la liste des médicaments autorisés avant d'être approuvée. Cette liste doit contenir le nom du fabricant de chaque médicament, devant être lui-même autorisé par le MOPH. Les importateurs fournissent ensuite les grossistes, devant eux-mêmes avoir une licence venant du MOPH et devant comporter au moins un pharmacien dans leurs employés. Un dépôt de 10 000 afghanis, soit 225 USD est demandé pour l'enregistrement en tant que commerçant.

Ces grossistes sont regroupées géographiquement dans les villes. A Kaboul, le plus important regroupement de grossistes se trouve à l'Hotel Parwan, au niveau du onzième district. Ce regroupement fut réalisé lors de la période des Moujahiddin, lorsque le département des produits pharmaceutiques fut temporairement délocalisé à cet endroit. La majorité des grossistes ont un contrat avec un fournisseur spécifique à l'étranger et tendent à ne se fournir en produits pharmaceutiques ne provenant que d'une seule compagnie. La compétition entre les grossistes est très importante.

La formation de ces importateurs et des grossistes, acteurs incontournables du marché pharmaceutique afghan est très variée, la majorité sont pharmaciens, mais d'autres ont été médecins, importateurs de nourriture ou employés gouvernementaux, et le profit réalisé dans ce type de commerce est bien plus important que le salaire qu'ils pourraient espérer avec leur ancien travail. De nombreux importateurs et grossistes non officiels et inconnus du ministère de la santé publique existent également. Même s'ils souhaitent se faire enregistrer officiellement, cela est impossible car la politique est de fermer leur commerce lorsqu'ils sont découverts, sans arrangement. Il est d'ailleurs parfois difficile de différencier une pharmacie privée d'un importateur ou d'un grossiste, l'échoppe pouvant avoir les trois rôles combinés.

#### **4. LES FRAUDEURS**

La fraude en matière d'importation est indéniable, tant les procédures d'importation sont complexes et les critères d'enregistrement de médicaments difficiles. De nombreux médicaments sont importés de manière illégale, majoritairement par la frontière pakistanaise, très poreuse et permettant à quiconque le désir de passer en fraude des médicaments. Ils proviennent du Pakistan ou de Chine, transitant généralement par Karachi où ils sont envoyés à Kaboul par des camions empruntant la route de Kandahar. La majorité sont des médicaments issus de la contre-façon, qui ne passeraient pas les contrôles du MOPH. D'autres, plus rares, sont des médicaments de haute qualité qui ne sont pas sur les listes officielles, mais répondant aux besoins du marché. L'on retrouve également des médicaments issus de donations d'ONG en vente dans le bazar. Certains disent même que ces dons seraient revendus sur le marché pakistanais.

#### **5. LES PHARMACIES**

Les hôpitaux et cliniques en Afghanistan possèdent des pharmacies fournies par des donateurs, le MOPH et des ONG travaillant dans le secteur de la santé. Il existe des pharmacies privées et des pharmacies publiques.

Les pharmacies gouvernementales étaient à l'origine fournies par l'API, mais celui-ci ayant perdu la majorité de sa capacité de production et d'importation durant la période des conflits, elles sont désormais fournies en partie par le MOPH. Elles achètent également des médicaments chez des grossistes. Les employés de ce type de pharmacies sont officiellement des employés du MOPH mais leur salaire n'étant plus versé depuis plusieurs années, ils retiennent une partie du bénéfice réalisé afin d'avoir un salaire, pouvant aller jusqu'à 50% du revenu de la vente des produits pharmaceutiques. Toutes les pharmacies gouvernementales sont gérées par des pharmaciens.

Il existe environ 13 000 pharmacies privées enregistrées dans le pays. Le nombre de pharmacies que l'on rencontre dans les villes afghanes est la preuve de la popularité du marché pharmaceutique. Le propriétaire d'une pharmacie ne nécessite pas de diplôme particulier, mais un pharmacien doit être présent à toutes les heures d'ouverture de la pharmacie, règle qui semble difficile à mettre en pratique. En effet, il n'est pas rare de se faire

servir par les enfants du pharmacien, celui-ci s'étant absenté pour un court instant. De même, un infirmier de bloc opératoire de l'hôpital, finissant le travail à 16 heures, allait tous les soirs ouvrir sa pharmacie afin d'arrondir son salaire. Un assouplissement de la loi permettra d'ici peu à des préparateurs en pharmacie de tenir ce rôle.

Les pharmacies privées s'approvisionnent en médicaments chez les grossistes ou en traitant directement avec des importateurs. Les marges bénéfiques sont assez élevées, d'environ 30% du prix d'achat, mais le problème majeur reste l'insécurité. Elles sont souvent concentrées à proximité des hôpitaux publics et les cliniques privées. Il n'est pas rare que les médecins pratiquant dans une clinique aient leur propre pharmacie ou aient un contrat avec une pharmacie vers laquelle ils dirigent leurs patients, leur assurant un bénéfice sur la vente. Par exemple, une nouvelle opération pour traiter les hydrocéphalies devait être mise en place à l'hôpital. Un matériel spécial est nécessaire afin de réaliser une dérivation ventriculo-péritonéale. Devant l'incapacité de trouver ce matériel, j'ai questionné le médecin afin de savoir où le trouver. Après visite des quelques pharmacies où il était habituellement disponible, l'évidence était qu'elles avaient reçu des ordres de la clinique privée où le chirurgien travaillait auparavant de ne pas fournir l'hôpital, afin de garder le monopole de cette pathologie, très lucratives, un shunt coûtant 3000 afghanis, soit 60 USD.

Le lien entre les cliniques et les pharmacies est encore plus flagrant dans les provinces, comme à Talogan, un petit village de la province de Kunduz que j'ai eu l'occasion de visiter, où le médecin propriétaire de la clinique m'a fièrement fait visiter les deux et uniques pharmacies de la ville, tenues par ses deux fils, comme l'illustre la photo suivante :

## **6. LES VENDEURS DE RUE, EPICERIES ET VENDEURS DE PLANTES MEDICINALES**

Les pharmacies ne sont pas le seul endroit vendant des médicaments, des épiceries de quartier proposent également quelques médicaments et ne sont pas enregistrées par le MOPH. Il n'est pas rare de trouver dans le bazar des vendeurs de médicaments, parfois de jeunes adolescents, proposant sur leur étal divers traitements contre la douleur, les diarrhées ou les

infections respiratoires. Ceux-ci n'ont évidemment aucune formation médicale mais peuvent faire un diagnostic et proposer un traitement en quelques minutes. Les médicaments qu'ils proposent sous blisters sont souvent périmés.

La médecine traditionnelle est également communément utilisée en Afghanistan. Des plantes médicinales sont utilisées en traitement d'appoint et les patients présentent parfois des effets secondaires. Particulièrement pratiqué dans les milieux ruraux, l'on peut trouver des inhalations d'os de chameau pour traiter l'épilepsie ou des applications de cendres de coton brûlé soulageant les douleurs à l'estomac.

Malgré tout, il existe une autre dimension de la médecine traditionnelle en Afghanistan. Bien que la majorité des connaissances aient été perdues durant la période conflictuelle, subsiste un potentiel de connaissances et d'utilisation de ces plantes. Dans la province d'Herat, un village de femmes, CDC (community council development) utilise communément la médecine traditionnelle telles que le thé vert contre l'hypertension, tout en connaissant leur limite lors de maladies plus graves. De nombreux vendeurs de plantes médicinales sont rencontrés, souvent issus de la communauté Indo-Afghane, l'on y retrouve autant des plantes locales que des plantes importées d'Inde. En 2003, 9 millions de dollars américain de plantes auraient été exportées, et il existe clairement un marché à développer à ce niveau, connaissant l'attrait des populations asiatiques et russes pour ce type de remèdes. L'industrie Hochpharma a d'ailleurs l'intention de développer une production de plantes médicinales.

## ***7. LE SYSTEME DE DISTRIBUTION DANS LE SECTEUR PRIVE***

Il existe de nombreuses voies de distribution. Le producteur utilise souvent un agent qui livre les revendeurs, grossistes ou directement les pharmacies. D'un autre côté, les ONG possèdent toutes leur circuit personnel, pouvant bénéficier de dons de médicaments, de pays étrangers ou du MOPH, ou achetant leurs médicaments à l'étranger ou sur le marché local. Savoir d'où proviennent les représentants pharmaceutiques frappant à votre porte et quelle crédibilité leur accorder est une question sans fin. Dans ce contexte d'acteurs multiples, il devient très difficile de surveiller le circuit de distribution.

## **C. LES PRIX ET LES ROUTES D'IMPORTATION DES MEDICAMENTS**

### ***1. LES PRIX***

Les prix des produits pharmaceutiques sont régulés dans la majorité des pays, excepté aux Etats-Unis, chaque pays ayant ses propres règles. Au Royaume Uni, les prix sont négociés entre le gouvernement et l'association des producteurs de médicaments britanniques. En Afghanistan, le MOPH surveille les prix, autorisant les importateurs à retenir une marge de 10 à 15% et les grossistes une marge de 8 à 10% sur le prix de vente des médicaments. Mais la majorité ne suivent pas cette règle et l'on peut observer que les prix du marché sont totalement libres. L'inefficacité du MOPH dans cette régulation des prix est flagrante.

En effet, la compétition vigoureuse du marché et la volonté de maintenir des prix bas sur les médicaments concourent à l'émergence de produits de mauvaise qualité. De plus, l'instabilité de l'afghani par rapport au dollar et à la roupie pakistanaise créé une situation assez floue. Par exemple, m'étonnant un jour d'une facture élevée et de la hausse du prix des médicaments, je questionnais notre fournisseur, qui m'explique que la situation des conflits au niveau de la frontière pakistano-afghane rend difficile les importations. Peu convaincue de cette explication, pourtant plausible, il finit par m'expliquer confusément qu'il a du oublier de convertir les prix et que la facture est présentée en roupies pakistanaise (une roupie pakistanaise = 0,8 afghani).

Malgré tout, la rupture de stock de certains médicaments fait parfois monter les prix de façon importante. Une étude d'AREU à travers des pharmacies de l'ensemble du pays, a

montré qu'un traitement simple de Métronidazole pour un adulte pouvait coûter de 6,6 à 45 afghanis, selon l'origine du médicament. Les médicaments les plus chers sont majoritairement ceux produits par les multinationales européennes et pakistanaises. Les moins chers sont les génériques en provenance du Pakistan, de l'Inde et de la Chine.

Le marché afghan parvient à satisfaire ainsi toutes les demandes, les plus pauvres pouvant malgré tout s'approvisionner, mais en quelle qualité et à quel prix pour leur santé ?

## **2. LES ROUTES D'IMPORTATION**

Il n'existe aucune étude fiable ayant enregistré les différents importateurs, mais le Pakistan est probablement la source majoritaire d'importation, suivi de l'Iran, l'Inde, la Chine, le Moyen-Orient et l'Europe.

Ces statistiques ne tiennent pas compte des importations illégales et la faible proportion des importations pakistanaises est la plus marquante. De même, les Emirats Arabes Unis sont représentés comme les plus gros importateurs, situation qui ne reflète pas la réalité, mais démontre la légalité de leurs importations.

Les différentes voies et procédés d'importation sont très nombreux, mais le Pakistan et l'Iran restent les importateurs majoritaires et les lieux de transit des autres pays vers l'Afghanistan.

Il existe trois types de médicaments importés :

- ✓ Les médicaments de bonne qualité produits par des multinationales basées au Pakistan,
- ✓ Les médicaments génériques de qualité variable,
- ✓ Les médicaments issus de la contre-façon.

Ces médicaments entrent dans le pays par les voies légales ou par fraude. Au Pakistan, 316 industries pharmaceutiques sont enregistrées, dont 30 succursales de multinationales. Il est connu que certaines industries produisent des médicaments contre-faits, utilisant un emballage similaire à ceux des multinationales, la différence étant souvent difficile à faire.

Les médicaments viennent généralement de 3 grandes villes pakistanaises, Karachi, Lahore et Peshawar. La route venant de Peshawar en Afghanistan semble être un des passages frauduleux le plus connu. Les médicaments venant d'Inde ou de Chine arrivent généralement par bateau à Karachi et continuent par la route jusqu'à Kaboul.

Au niveau de la frontière iranienne, le port de Islam Qala, près de Herat, est le passage légal des containers. Cependant, la longueur de la frontière et sa porosité permettent une entrée frauduleuse de médicaments en de nombreux points.

D'autres passages avec les pays frontaliers existent, la communication avec le Turkménistan se faisant au niveau de Akina, celle avec le Tadjikistan au niveau de Sherkhan Bandar. Durant la période de Najibullah, les soviétiques importaient des médicaments à bas prix dans le pays, mais depuis le conflit, ce marché n'est plus exploité, beaucoup trop onéreux.

## **D. LES CONTROLES DU GOUVERNEMENT**

### ***1. LES PROCEDURES DOUANIERES***

Lorsque les médicaments arrivent à la frontière, ils sont vérifiés par les douaniers avec les documents d'importation et sont ensuite transférés au bureau des douanes de la capitale provinciale. L'importation de médicament est taxée à hauteur de 4%, tandis que les matières premières et les produits chimiques ont une taxe allant de 2,5 à 5%. Une taxe sur la valeur ajoutée de 2% concerne également les produits pharmaceutiques.

Comme il n'existe pas de laboratoire de contrôle analytique au niveau des frontières, les produits sont conservés au bureau des douanes tandis que des échantillons sont transférés à Kaboul, afin d'être analysés dans les laboratoires du MOPH. Cette procédure peut être très longue, le laboratoire de Kaboul manquant cruellement de personnel qualifié et de matériel adéquate. Le délai peut aller jusqu'à trois mois. Le transport de certains médicaments nécessite le respect de la chaîne du froid et de nombreux médicaments peuvent également être détruits par la chaleur ou le froid. Il n'est donc pas rare que de nombreux produits soient endommagés lors de cette retenue en douane. Ceci montre un certain désintérêt et laxisme des procédures douanières dans le système d'importation des médicaments. Les inconvénients du

système encourageant la corruption des autorités locales et le dédouanement rapide contre quelques billets est assez facile à obtenir. Malgré tout, il est toujours aussi facile pour l'importateur de ne rien déclarer.

## ***2. LE ROLE DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE***

Le rôle du Ministère de la Santé Publique, MOPH, est très vaste dans la régulation du marché pharmaceutique, accordant des licences aux producteurs, importateurs, grossistes et revendeurs, testant les produits, inspectant les procédures de production. De plus, le MOPH a un rôle dans le choix des médicaments nécessaires et la validation des listes de médicaments autorisés en Afghanistan. Ceci inclut de nombreux départements du ministère, tels que le département des produits pharmaceutiques et le département de la législation. Le ministère réorganise actuellement l'organigramme tentant ainsi de clarifier les procédures de contrôle du marché pharmaceutique. En pratique, il existe des lacunes au niveau de la régulation des ventes et des importations.

Une liste de médicaments essentiels a été publiée en 2003, basée sur les recommandations de l'OMS et un guide national sur le don de médicaments est paru en avril 2003. L'Afghanistan possède également une Directive Nationale des Médicaments (annexe 3), datant de janvier 2004. celle-ci contient des articles concernant les importations de médicaments, stipulant qu'ils doivent être achetés uniquement à des compagnies répondant à certains critères, tels que la présentation de documents officiels, les licences de production et les documents de contrôle de qualité du pays d'origine. Des échantillons de médicaments doivent être apportés au laboratoire de contrôle de qualité du médicament, basé à Kaboul afin d'être analysés.

Le département des produits pharmaceutiques emploie également 66 inspecteurs, dont 32 sont des pharmaciens, responsables d'effectuer des visites de contrôle dans les pharmacies et grossistes de Kaboul. S'ils découvrent des médicaments interdits ou périmés, ils les confisquent afin de les détruire. Ces inspections sont officiellement conduites à Kaboul et dans toutes les provinces de l'Afghanistan.

### **3. *CONTROLE QUALITE : ELIMINATION DES MEDICAMENTS PERIMES , CONTRE-FAITS ET INTERDITS***

Des médicaments de mauvaise qualité sont présents dans tout le marché afghan. Ceci inclut des médicaments périmés, issus de la contre-façon ou interdits suite à la découverte d'induction d'effets secondaires.

Des médicaments à date de péremption passées sont fréquemment rencontrés. Ceci résulte parfois de dons de médicaments mal gérés, parvenant dans le pays avec une date de péremption trop courte. Le MOPH a organisé plusieurs actions, brûlant de grandes quantités de médicaments périmés, afin de montrer sa volonté d'enrayer ce problème. Il semblerait également que certains produits périmés soient remballés comme médicaments à usage vétérinaire ou pour d'autres utilisations.

Le stockage approprié des médicaments est également sujet à surveillance. Les températures extrêmes rencontrées en Afghanistan, atteignant parfois -25 degrés Celsius l'hiver et +45 degrés Celsius l'été, entraînent un endommagement de nombreuses formes galéniques. Pour anecdote, allant acheter en urgence de l'insuline dans une pharmacie, le vendeur prend dans ses étagères un flacon, et, à ma question sur la conservation au réfrigérateur du produit, il me répond imperturbable : « mais, nous sommes en hiver, il ne fait pas chaud en ce moment ! » effectivement, l'insuline risquait plutôt de geler à cette période. Malgré tout, je pus constater quelques semaines plus tard un réfrigérateur flambant neuf dans un coin de l'officine, contenant tous les vaccins, insulines et immunoglobulines qu'il détenait. Un large panel de médicaments contrefaits peut être rencontré en Afghanistan, qu'ils contiennent un dosage plus faible, aucune substance active ou au contraire des produits plus dangereux. Le cas des antibiotiques, pouvant contenir des dosages faibles, concourent grandement au développement de résistances des bactéries.

Le système de contrôle de qualité actuel est uniquement basé sur le laboratoire du MOPH, mais ses capacités d'analyse restent assez limitées en quantité et en spécificité, et ne peuvent faire face à la demande générée par la taille des importations réalisées.

3EME PARTIE :  
L'INSTITUT  
MEDICAL  
FRANÇAIS POUR  
L'ENFANT

## **I. GENERALITES**

### **A. UNE GRANDE MOBILISATION**

Suite à la sensibilisation de Muriel Robin et Marine Jacquemin à la cause des enfants afghans, une rencontre avec les dirigeants de l'association La chaîne de l'Espoir, ONG française créée par le Professeur Alain Deloche a permis la création d'une nouvelle association « Enfants Afghans », présidée par le Docteur Eric Cheysson.

De là, des campagnes de sensibilisation ont permis de réunir les fonds nécessaires à la construction d'un hôpital dédié à la mère et à l'enfant, désormais appelé Institut Médical Français pour l'Enfant. De nombreuses animations publiques, interventions télévisées et publications journalistiques permettent de sensibiliser le public français et d'éveiller les professionnels de santé à l'engagement au sein de l'association. Des exemples de publications sont présentés dans les annexes 6 et 7.

Cette structure a pour objectifs :

- ✓ De contribuer à la reconstruction du système de santé afghan,
- ✓ De construire et faire fonctionner le premier hôpital moderne du pays au profit des mères et des enfants,
- ✓ De devenir l'hôpital de référence en pédiatrie,
- ✓ D'être un centre de formation pour le personnel de santé,
- ✓ De fonctionner en autonomie de gestion,
- ✓ D'effectuer 37 000 consultations par an et 1 700 opérations chirurgicales par an,

De nombreux acteurs sont intervenus dans le développement de l'hôpital :

- ✓ Marine Jacquemin, Muriel Robin, Nilab mobarez, Françoise Monnard
- ✓ La Chaîne de l'Espoir – Enfants Afghans
- ✓ Les partenaires privés : Allergan, Areva, Arthemis group, Blackstone, Bouygues, Clarins, Caisse Nationale des Caisses d'Epargne, Crédit Agricole, Dexia, Eurazéo,

Fondation Air France, Fondation Bettencourt Schueller, Fondation Gaz de France, Fondation Johnson & Johnson, Groupe Casino, Groupe Marcel Dassault, Olympus, L'Oréal, Sanofi-Aventis, Siemens, Suez, Véolia Environnement

- ✓ Aga Khan Development Network
- ✓ Les états afghans et français
- ✓ Et plus de 12 000 donateurs

## **B. HISTORIQUE**

- ✓ Mai 2002 : le gouvernement Afghane met à disposition d'Enfants Afghans un terrain pour la construction de l'hôpital.
- ✓ 27 mai 2003 : pose de la première pierre par Madame Bernadette Chirac.
- ✓ 15 Juillet 2003 : début des travaux.
- ✓ Novembre 2004 : la construction de l'aile destinée à la chirurgie pédiatrique est terminée.
- ✓ 16 Février 2005 : remise des clefs de l'hôpital.

- ✓ 8 novembre 2005 : ouverture de l'hôpital.
- ✓ 8 avril 2006 : inauguration de l'hôpital en présence du président Karzaï, Madame Jacques Chirac, son altesse l'Aga Khan.

En effet, la difficile gestion financière de la structure a conduit l'association Enfants Afghans à s'associer à d'autres partenaires, publics et privés, afin d'assurer à l'hôpital une gestion sérieuse et pérenne. Ceci a conduit à la signature d'un mémorandum entre le gouvernement français, le gouvernement afghan, le mécène son altesse l'Aga Khan, chef spirituel des ismaéliens et l'association Enfants Afghans.

### **C. FONCTIONNEMENT GENERAL DE L'HOPITAL**

L'hôpital, exclusivement pédiatrique, est constitué d'un service de consultation externe permettant l'entrée des patients au sein de l'hôpital.

Un service d'hospitalisation, un bloc opératoire composé de quatre salles d'opération, une salle de réveil, une unité de soins intensifs et de réanimation permettent le fonctionnement du pôle chirurgical et la dispensation des soins médicaux aux patients hospitalisés.

D'autre part, un service de radiologie, un laboratoire de biologie, une unité de stérilisation et une pharmacie hospitalière permettent le bon fonctionnement de l'hôpital.

A ces services médicaux, sont additionnés les services administratifs, permettant la gestion de l'hôpital, soit la comptabilité, les ressources humaines, le service d'archivage et un service de recouvrement des coûts, permettant l'évaluation de la capacité financière des familles, l'assistante sociale définissant ainsi au cas particulier le coût de l'hospitalisation.

Tous ces services sont fonctionnels grâce au personnel afghan, qui est formé par des professionnels étrangers venant à l'hôpital effectuer des missions de durée variable. Ainsi, Pakistanais, Iraniens, Tunisiens, Allemands, Belges, Espagnols, Américains et Français se relaient à l'institut afin d'assurer une formation continue et de qualité au personnel afghan.

## **II. MISSION DE PHARMACIEN HOSPITALIER**

Mon séjour débute le 8 octobre 2005, un mois avant la première chirurgie et l'ouverture de l'hôpital. La première mission, lorsque l'on veut établir une structure stable, est d'établir les règles de fonctionnement de la pharmacie. Cette tâche fut commencée par mon prédécesseur, Elodie Hardy, qui a effectué une mission de trois mois à l'hôpital avant mon arrivée, notamment par la rédaction du règlement intérieur de la pharmacie (annexe 4). Face à la difficulté de connaître de prime abord les difficultés possibles, une adaptation s'est faite au jour le jour.

Les procédures de fonctionnement sont établies ainsi que les protocoles. De nombreux protocoles et feuilles de transmission sont à mettre en place afin de définir et assurer la bonne communication entre la pharmacie et les différents services, telles que les prescriptions nominatives journalières, les feuilles de transmission d'information de la pharmacie aux infirmiers.

Mes diverses fonctions ont été de développer la pharmacie, le magasin central, la gestion du matériel médical, la stérilisation et la formation du personnel.

### **A. FORMATION DES PHARMACIENS ET DU PERSONNEL HOSPITALIER**

#### ***1. FORMATION UNIVERSITAIRE***

Les pharmaciens sont formés à la faculté de pharmacie de Kaboul, unique en Afghanistan. Leur enseignement comporte 10 semestres validants et aboutissent à l'obtention du diplôme de « Pharm doctor », docteur en Pharmacie.

La structure même et le contenu a été modifiée lors d'un congrès, le « National Workshop of the Finalization of Pharmacy Curriculum » afin d'optimiser la formation en

fonction des nouveaux besoins de la société et au regard de nombreux curriculums de facultés étrangères, en présence des représentants nationaux et internationaux du monde pharmaceutique, les 3 et 4 janvier 2006. Le but même de ce congrès fut de remonter la faculté de pharmacie au niveau des standards internationaux. (annexe 5).

La structure des études sera, à partir de septembre 2006, comme suit :

- ✓ 1<sup>ère</sup> année : pharmacie basique,
- ✓ 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année : pharmacie générale,
- ✓ 5<sup>ème</sup> année : pharmacie spécialisée (pharmacie clinique et pharmacie industrielle), comprenant un semestre de stage,
- ✓ L'aboutissement des études se faisant par l'obtention d'un diplôme de docteur en pharmacie, portant la mention de la spécialité effectuée.

Les différents enseignements sont également étoffés et restructurés :

- ✓ Education générale : culture islamique, anglais ;
- ✓ Sciences de base : Mathématiques, physiques, chimie, biologie. Ils seront enseignés par les professeurs de la faculté de sciences, mais seront adaptés à la pharmacie, tentant un enchaînement logique entre les matières et développant des liens clairs entre elles. La biologie moléculaire devrait également être introduite au programme. La biochimie et la microbiologie sont introduites au 5<sup>ème</sup> semestre et feront l'objet d'un stage pratique ;
- ✓ Sciences biomédicales : comprenant de la physiologie, pathologie, thérapeutique, biologie médicale ;
- ✓ Sciences pharmaceutiques : chimie pharmaceutique au cours de laquelle un stage sur le contrôle de qualité des médicaments et des aliments sera effectué ; la pharmacologie sera dorénavant enseignée sur 5 semestres au lieu de 3, un semestre étant consacré à la rationalisation des prescriptions et un stage hospitalier est proposé au 10<sup>ème</sup> semestre. Le programme de toxicologie sera étoffé par

l'introduction de nouveaux sujets tels que le traitement des intoxications par les insecticides, les métaux, la nourriture et les médicaments ;

- ✓ Diverses sciences spécifiques sont au programme, telles que la pathologie clinique, le contrôle alimentaire, la phytothérapie, la pharmacie industrielle, le contrôle des médicaments ;
- ✓ Un nouvel enseignement portant sur l'équipement médical sera développé au cours du 8<sup>ème</sup> semestre.

Malgré la volonté des dirigeants de la faculté d'améliorer le niveau de formation des futurs pharmaciens afghans, de nombreux problèmes bloquent l'évolution, tels que les problèmes de crédits accordés à la faculté, les moyens humains sont également limités. Les lieux de stages, devant correspondre à des critères de travail rigoureux seront difficiles à obtenir pour tous les étudiants.

Cependant, il faut noter l'engagement important de l'université de Lyon, et notamment la faculté de pharmacie, développant un partenariat avec la faculté de pharmacie de Kaboul. Cet investissement a permis à de nombreux professeurs et pharmaciens français de venir dispenser des cours à la faculté de pharmacie, à des internes en biologie de se relayer dans les laboratoires de biologie des hôpitaux publiques de Kaboul et à des professionnels afghans de se rendre à Lyon pour des stages de formation.

## **2. REMISE A NIVEAU A L'HOPITAL**

D'autre part, la formation des pharmaciens recrutés à l'hôpital fut clairement nécessaire. Entre les calculs de doses, la vérification des prescriptions, la surveillance des interactions et les conseils aux patients, de nombreux sujets tels que la rationalisation des prescriptions, l'antibiothérapie ont été abordés, tout d'abord en cours magistral, puis, le temps ne le permettant plus, tout au long du travail quotidien.

Les pharmaciens ont également participé à l'élaboration de cours pour les infirmiers, ceci leur permettant de réactualiser ou d'acquérir des connaissances. En effet, tout le

personnel recruté pour l'hôpital fût embauché 15 jours avant l'ouverture, afin de nous permettre une formation intensive. Les premiers jours furent consacrés à l'évaluation de leur connaissances, très inégales, révélant malgré tout une supériorité de niveau chez les hommes, s'expliquant par le fait que les femmes n'ont eu que peu d'accès au travail et aux études durant la période des Taliban.

Les cours ont été délivrés par trois expatriés : une infirmière de réanimation pédiatrique, traitant des bonnes pratiques de réalisation des soins infirmiers, un pédiatre, révisant les pathologies les plus fréquentes et moi-même, traitant dans l'ensemble les classes thérapeutiques des médicaments, puis en particulier chaque médicament dont nous disposions dans le formulaire de l'hôpital étant développé, au niveau des indications, précautions d'emploi, effets indésirables, contre-indication et dosage, tout en insistant sur les calculs de dilution, le produit en croix n'étant, à notre grand étonnement, que très peu maîtrisé. Ce dernier étant indispensable, notamment dans un hôpital pédiatrique comme l'était notre structure.

A la suite de ces cours dispensés j'ai réalisé un document disponible dans tous les services et consultable par tous comportant un résumé pharmacologique de chaque médicament disponible au sein de l'hôpital, permettant au personnel médical d'obtenir des informations concises sur les médicaments qu'ils utilisent.

## **B. FONCTIONNEMENT DE LA PHARMACIE**

### ***1. APPROVISIONNEMENT***

#### ***a) GENERALITES***

Il importe avant tout d'établir une liste de médicaments nécessaires au bon fonctionnement de la structure hospitalière, couvrant toutes les pathologies, en accord avec la liste de médicaments essentiels du pays. En effet, l'OMS publie depuis 1977 une liste de médicaments essentiels servant de référentiel aux pays souhaitant développer une politique nationale de santé. Cette liste est établie en fonction des besoins propres du pays, qui doit définir les priorités propres aux pathologies les plus courantes (30) :

*« Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires d'une population en matière de soins de santé. Ils sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur rapport coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments. Les médicaments essentiels doivent être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés. La mise en œuvre du concept des médicaments essentiels est destinée à être souple et adaptable à de nombreuses situations ; c'est à chaque pays de déterminer quels sont exactement les médicaments qu'il considère comme essentiels. »*

Comme le spécifie la définition, tout ceci doit être mis en place dans un système de santé fonctionnel. Cependant, de nombreux pays, malgré la volonté d'amélioration du système, n'ont encore pu parvenir au respect des principes de l'OMS. Pour le cas de l'Afghanistan, une liste de médicaments essentiels est effectivement disponible, mais la disponibilité, la qualité et l'accessibilité financières restent des critères à satisfaire. En effet, les importations de médicaments sont effectuées par des structures privées, favorisant souvent un médicament à moindre coût donc souvent contrefait à un médicament de qualité inaccessible à la majorité de la population. En outre, les systèmes de contrôle de qualité du pays, bien qu'existant, ont été totalement détruits lors de la guerre et les moyens d'analyse chimique sont en grande partie inutilisables. Certes, l'importation est soumise à contrôle, il n'est pas rare de voir des colis bloqués plus d'un mois en douane, mais les critères d'acceptation sont assez subjectifs. D'un point de vue administratif, une liste de demande d'importation doit être fournie avant l'arrivée du fret lui-même, pour laquelle l'autorisation d'importation peut être délivrée. Par la suite, lors de l'arrivée des médicaments en douane, les papiers d'autorisation doivent être présentés ; le contenu des colis est totalement vérifié et doit concorder avec la liste fournie préalablement, si l'on ne veut courir le risque de voir les produits d'importation retenus pour une durée indéterminée. De plus, des critères ayant ou non valeur sont utilisés pour autoriser l'importation. Pour exemple, des médicaments en provenance de l'Europe sont en général acceptés, contrairement à des médicaments pakistanais ou indiens, réputés pour la contrefaçon existante dans ces pays. Ces démarches fastidieuses et malgré tout strictes font développer un « marché noir » très important au

niveau des médicaments, ces derniers échappant ainsi à tout contrôle, peuvent se retrouver autant dans les pharmacies privées que sur des étals au bazar.

## ***b) LES DIFFERENTES FILIERES***

Les médicaments essentiels peuvent être achetés au niveau de centrales d'achat ou peuvent faire l'objet de dons venant de différentes associations.

### **(1) CENTRALES ACHAT INTERNATIONALE**

Les centrales d'achat sont des associations humanitaires qui ont le statut d'établissement pharmaceutique et qui peuvent donc vendre des médicaments et du matériel médical. Elles sont souvent issues d'autres associations humanitaires et travaillent en exclusivité avec des organisations ayant la même vocation. Leur objectif principal est de procurer des médicaments de qualité à moindre coût aux pays qui en ont le plus grand besoin.

Parmi les plus grandes centrales d'achat au niveau européen, il existe :

- ✓ La CHMP (centrale humanitaire médico-pharmaceutique), basée à Clermont-Ferrand ;
- ✓ Médecins Sans Frontières Logistique ;
- ✓ Action Médéor, basée en Allemagne ;
- ✓ Orbipharma, ONG belge assurant l'amélioration de la distribution locale des médicaments dans les PEVD ;
- ✓ IDA (International Dispensary Association) aux Pays-Bas. C'est le plus grand fournisseur à but non lucratif de médicaments et matériel médical dans le monde ;
- ✓ UNICEF (United Union Children Found's) comporte une division des approvisionnements couvrant les besoins logistiques et matériels des missions de l'association dans le monde.

### **(2) CENTRALES D'ACHAT NATIONALES**

Sur place, des centrales d'achat nationales ont été créées, notamment dans les pays d'Afrique francophone, ayant pour mission d'assurer un approvisionnement des services de santé en MEG (Médicaments Essentiels Génériques) de qualité et à moindre coût. Créées à l'initiative des Etats africains, elles améliorent l'approvisionnement sur des critères de facilité, viabilité, rentabilité et efficacité, tout en assurant une qualité et une accessibilité financière des produits.

Ce type de structure n'a pas été mis en place en Afghanistan, étant donné la grande disponibilité des médicaments dans tout le pays. Cependant, la qualité de ces derniers n'étant contrôlée par aucun organisme national suffisamment compétent, la suspicion reste présente dans tout processus d'achat.

***c) DEVELOPPEMENT DES CIRCUITS D'ACHAT A***  
***L'HOPITAL***

Une première commande correspondant à trois mois de fonctionnement de l'hôpital fut effectuée par mon prédécesseur. Un listing couvrant la majorité des pathologies fut établi à l'aide des médecins et commandé à la CHMP. L'acheminement fut effectué par palettes à l'aide des avions militaires dans lesquels nous bénéficions de place lorsque cela était possible. Après embarquement à l'aéroport de Dugny, une escale parfois longue à Duchambe (Tadjikistan), nous devions récupérer les médicaments à l'aéroport dans le camp de la FIAS. La logistique de transport étant très difficile et aléatoire, et face à une volonté de développer le marché local, d'autres filières d'achat ont été explorées sur place.

L'achat de médicaments au niveau local, inévitable dans un hôpital fonctionnant à temps plein, nécessite de nombreuses précautions. Des cotations sont effectuées dans diverses pharmacies « limited », ayant fonction de grossiste importateur en Afghanistan. Divers renseignements sont demandés, tels que le prix, la provenance, la compagnie de fabrication, les documents officiels afghans d'autorisation d'importation. Après étude des renseignements, les lieux d'achats sont choisis. Toute cette procédure ne peut être fiable à 100% sachant que la contrefaçon est omniprésente, les importations en fraude inévitables et les falsifications de documents fréquentes.

Enfin, le partenariat avec l'AKUH, hôpital universitaire de l'Aga Khan à Karachi étant conclu officiellement le 8 avril 2006, le choix de bénéficier de leur structure d'approvisionnement fût le plus fiable. En effet, l'organisation possède une centrale d'achat basée au Pakistan, servant à tous les hôpitaux de l'Aga Khan, effectuant des achats en grande quantité à des multinationales légales. Dès lors, des commandes furent réalisées mensuellement, le stock du magasin central devant correspondre à trois mois de fonctionnement de l'hôpital.

Certains médicaments n'étant cependant pas disponibles dans les pays voisins de l'Afghanistan, tel que le paracétamol injectable par voie intraveineuse, uniquement utilisé en intramusculaire ou de récents antibiotiques tels que la fosfomycine ou l'ertapénème, des commandes spéciales sont effectuées en France par l'intermédiaire d'un pharmacien hospitalier basé à Paris. De même, les produits stupéfiants étant interdits à l'exportation au Pakistan, ces produits restent importés par l'intermédiaire de la France.

De nombreux dons directs d'industries pharmaceutiques ont pu également être collectés, notamment lors d'une infection nosocomiale de *Klebsiella pneumoniae* à bêta-lactamase à spectre élargie, Sanofi nous a offert 400 flacons d'ertapénème pour canaliser le développement de l'infection. L'industrie Lavoisier a largement soutenu notre action également en fournissant la morphine nécessaire au fonctionnement de l'hôpital.

## **2. DISPENSATION**

### **a) DISPENSATION AUX PATIENTS EXTERNES**

La dispensation des médicaments est effectuée au bénéfice des patients externes, sous la condition qu'ils aient bénéficié d'une consultation dans l'hôpital et qu'ils possèdent une prescription du médecin. En effet, des consultations externes sont effectués par des médecins, afghans et expatriés, dans différents domaines : pédiatrie, chirurgie générale, orthopédie, et chirurgie plus complexes en fonction des capacités des chirurgiens expatriés présents. Après analyse de la prescription (identification du patient, poids, âge, pathologie, justification des médicaments prescrits, interactions, dosages), les médicaments sont délivrés à l'unité, évitant ainsi un stockage de médicaments chez le patient et un risque ultérieur de mauvais usage. Le

traitement est facturé et ne peut dans ce cas bénéficier du programme de well-fair, politique de recouvrement des coûts mise en place à l'hôpital, la part à payer par le patient étant définie par analyse de la situation personnelle par une assistante sociale. Les prix des médicaments sont fixés en fonction du marché local. Un pharmacien est responsable de ce secteur et est toujours présent lors de l'ouverture des consultations, c'est à dire du samedi au jeudi, de 8 heures à 20 heures.

## ***b) DISPENSATION AUX PATIENTS INTERNES***

Les patients hospitalisés sont en hospitalisation ou en réanimation pédiatrique. Les patients sont opérés au bloc puis transférés en salle de réveil pour généralement retourner en hospitalisation dans les heures qui suivent. Pour certaines chirurgies lourdes telles que la chirurgie cardiaque ou dans certains cas craignant des complications, le patient est transféré en réanimation où le suivi est plus strict, la surveillance est permanente, les compétences des infirmiers plus développées et l'encadrement en terme de médecin plus structuré.

### **(1) PHARMACIE SATELLITE**

Chaque service possède une armoire dite pharmacie satellite contenant un stock de base de médicaments pouvant être nécessaires à tout moment et devant être en quantité suffisante. Le « floor stock », stock de base est défini en fonction des besoins de chaque service et il est adapté à l'évolution des pathologies traitées. Il existe ainsi cinq pharmacies satellites : une en hospitalisation, une en réanimation, au bloc opératoire, en radiologie, en consultation. Chaque armoire est située dans une pièce définie, sous contrôle de l'infirmier surveillant du service, elle est fermée à clef et elle contient une boîte métallique fixée à l'intérieur fermant également à clef. Cette « narcotic box » est destinée à contenir les stupéfiants. Les clefs sont détenues par la pharmacie et par l'infirmier surveillant du service.

A chaque utilisation, un formulaire est rempli par l'infirmier comprenant le nom, numéro du patient, le nom du médicament, dosage et quantité utilisée. Chaque matin, la pharmacie satellite est vérifiée par un préparateur, en fonction du listing de médicaments devant être présents, les médicaments utilisés sont facturés et remplacés.

La mise à jour du formulaire en fonction des besoins de l'hôpital, des pathologies de plus en plus complexes traitées, doit être permanente. Chaque nouveau médicament introduit dans l'hôpital peut intégrer le stock de base des pharmacies satellites, en fonction des besoins. Le formulaire de médicaments présents à l'hôpital est un listing mis à jour régulièrement des médicaments disponibles à la pharmacie et prescriptibles par les médecins. Chaque semaine, une liste mise à jour est distribuée à tous les prescripteurs de l'hôpital et disposée dans chaque pharmacie satellite. Cette liste est discutable et chaque prescripteur peut demander à y ajouter des médicaments, qui seront, après évaluation de l'intérêt thérapeutique et analyse de la possibilité d'approvisionnement, éventuellement ajoutés au formulaire. Le choix fût de ne pas multiplier les items au sein d'une même classe thérapeutique, particulièrement les antibiotiques, afin de limiter les risques d'interactions et de mauvais usage des médicaments.

En outre, un fichier spécial contenant une fiche pour chaque médicament du formulaire, ses principales indications, mode d'action, dosages, mode d'emploi, effets indésirables, contre-indications et interactions est régulièrement mis à jour et à disposition de tous les infirmiers, ceci afin de permettre aux infirmiers de se former par eux-mêmes, de répondre à de nombreuses questions non posées par timidité et d'harmoniser les dilutions et différentes utilisations telles que le temps et le moyen de conservation après dilution, les doses de dilution avec du sérum physiologique ou de l'eau pour préparation injectable. Cette pratique a permis non seulement d'éviter de nombreuses erreurs de dilution ou d'incompatibilité de solvant, mais aussi de diminuer les gaspillages et ainsi de réduire les coûts de traitements. En effet, la difficulté en pédiatrie est d'utiliser des médicaments destinés à l'adulte. Ainsi, le paracétamol IV peut être conservé 24 heures au frais après ouverture. Cette règle nous a permis non seulement de calmer la douleur à moindre coût, mais également de faire face à de fréquentes ruptures de stock, étant donné que le paracétamol IV est totalement inconnu au Moyen Orient. Leur coutume est d'utiliser du paracétamol IM. Dans le doute de la véracité du dicton, « il faut traiter le mal par le mal », et face au refus de traiter la douleur par une intramusculaire engendrant une sensation douloureuse, nous avons fait le choix de l'importer de France.

## (2) PHARMACIE DE GARDE

Une autre armoire, située dans une pièce spéciale fermée et accessible à l'infirmier de garde contient tous les médicaments disponibles à la pharmacie, utilisée durant la nuit et les

jours fériés. Un formulaire spécial est rempli par l'infirmier de garde lorsqu'il utilise un médicament et la pharmacie est inventoriée tous les matins, afin de facturer au patient concerné les médicaments utilisés et de réapprovisionner le stock. Cependant, face au développement de l'activité de l'hôpital, et aux limites rapidement constatées de ce système, des gardes ont été mises en place. Tout d'abord la présence d'un pharmacien de garde le vendredi, puis d'ici peu une garde de nuit afin d'avoir un pharmacien présent 24 heures sur 24 est envisagée. Etant personnellement sur place en permanence, la nécessité de ce système ne m'a pas paru essentielle car je pouvais être disponible à tout moment, de jour ou de nuit. Mais il ne faut pas se croire surpuissant (6 mois de garde 24h/24) et il ne faut pas oublier que l'on doit avant tout mettre en système viable en place, qui puisse fonctionner seul. Il faut avant tout travailler dans l'idée d'une organisation où personne n'est indispensable.

### (3) DISPENSATION NOMINATIVE ET JOURNALIERE

La dispensation aux patients hospitalisés choisie est nominative et journalière. En effet, chaque matin, un pharmacien se rend dans les services afin de recueillir les prescriptions quotidiennes effectuées lors de la visite du médecin. Ce dernier étant généralement présent, cela lui permet également de demander conseil au sujet de traitements disponibles et de dosages adéquats en fonction de la pathologie. Ce système pouvant paraître fastidieux permet pourtant un gain d'efficacité en terme de temps, la prescription étant analysée avec toutes les données, le dossier du patient et le personnel médical, mais également en terme de traitement, le médecin disposant d'un dialogue concret avec le pharmacien.

Les prescriptions sont alors recueillies à la pharmacie où ils sont saisis par informatique, ceci permettant une nouvelle vérification. Les piluliers sont alors remplis par un préparateur, chaque médicament étant emballé dans un sachet individuel portant différentes mentions : les nom et numéro du patient, la date, le nom du médicament, son dosage, les heures d'administration et mode d'emploi (ex : dilution dans 5 ml de sérum physiologique, conserver au frais durant 24h après dilution...). Ceci permet de vérifier l'administration effective des médicaments.

Ensuite apportées dans les services, les boîtes des patients sont remises en présence de l'infirmier du malade, auquel le traitement est expliqué, les précautions d'emploi précisées, il est responsable de la transmission de l'information à l'infirmier de nuit.

### **3. *GESTION DES STOCKS***

#### **a) *GESTION MANUELLE***

Une gestion manuelle des stocks fut tout d'abord mise en place. A l'aide de fiche de stock, un contrôle régulier peu être facilement réalisé. La fiche de stock, pouvant être manuelle ou électronique, doit exister pour chaque produit détenu en stock et présenter différentes informations telles que :

- ✓ Désignation du produit (DCI, nom commercial, forme galénique, dosage, volume) ;
- ✓ Stock minimum ;
- ✓ Dates de réception et quantités ;
- ✓ Dates de dispensation, service, quantité.

#### **b) *GESTION INFORMATIQUE***

Un système informatique, le Magic System, donné par l'hôpital universitaire de l'Aga Khan à Karachi fut mis en place. Gérant non seulement les stocks au niveau du magasin central, de la pharmacie, les sous stocks dans les services, le logiciel permet la gestion informatique des dossiers des patients, contenant l'historique de ses hospitalisations et des chirurgies effectuées, les résultats de radiologie, du laboratoire.

L'utilisation de ce logiciel fut intégrée peu à peu dans le fonctionnement de la pharmacie, au fur et à mesure de la mise en place des procédures de travail.

#### **4. CONTROLE QUALITE**

Un audit des pharmacies satellites est réalisé chaque mois afin d'évaluer les bonnes conditions de stockage et éventuellement de mettre en œuvre les dispositions afin d'y remédier. De même, des contrôles sont effectués dans la pharmacie, les réfrigérateurs de stockage de médicaments.

Lors de ces audits, sont vérifiés :

- ✓ Les conditions de rangement :
  - La clarté du rangement des médicaments sur les étagères,
  - L'étiquetage suffisant,
  - L'espacement entre chaque item,
  - Le respect du rangement selon l'ordre FEFO (First Expired First Out), les médicaments à péremption plus courte devant être utilisés en premier,
  - L'intégrité des emballages,
  - Les dates de péremption des médicaments,
  - Le respect des règles de stockage des stupéfiants.
  
- ✓ Les conditions générales de stockage :
  - L'absence d'humidité, de moisissures sur les murs,
  - L'espacement entre les étagères et les murs, évitant d'éventuelles dégradations par les inondations ou les rongeurs,
  - L'absence de stockage à même le sol,
  - La propreté.
  
- ✓ Pour les réfrigérateurs :
  - La température intérieure
  - La vérification des feuilles de relevé de température
  - L'absence de givre

Cette démarche permet ainsi de faire un point régulier sur la situation, d'éviter les dérives et de sensibiliser le personnel de chaque service à la bonne gestion de leur stockage.

## **C. AUTRES RESPONSABILITES**

### ***1. CONSOMMABLES ET MATERIEL MEDICAL***

Le magasin central a été peu à peu mis en place afin de gérer les approvisionnements et les stocks de médicaments, matériel médical, consommables médicaux et non médicaux.

En effet, tout achat réalisé au sein de l'hôpital est centralisé au niveau du magasin central, ceci permettant une surveillance accrue, une optimisation des achats et une meilleure prévision des consommations. Le logiciel informatique permet une optimisation du travail. Géré par des magasiniers, tout achat de matériel, consommable médical et médicament reste sous approbation du pharmacien.

La gestion est globalement identique à celle des médicaments, des magasiniers ayant été formés par moi-même. Des sous stocks sont établis au sein de chaque service, chaque produit utilisé étant facturé au patient. Ces derniers sont réapprovisionnés chaque semaine en fonction de l'évolution des besoins.

Pour les consommables médicaux, des critères pour chaque item ont été établis en terme de qualité, stérilité, afin de trouver le mode d'approvisionnement de chaque type de matériel, en accord avec les médecins et infirmiers les utilisant.

### ***2. STERILISATION***

La stérilisation des instruments chirurgicaux et éventuellement de certains consommables est réalisée à l'aide de deux autoclaves.

#### ***a) CONTROLE DE STERILISATION***

Des graphes sont réalisés par l'autoclave donnant les informations sur la température, la pression interne tout au long du cycle.

Des tests Bowie Dick sont réalisés tous les matins afin de vérifier le bon déroulement des cycles de stérilisation. Pour cela, un cycle à vide est réalisé à 134 degrés Celsius pendant 3,5 minutes de plateau de stérilisation. Ces tests sont conservés pendant 40 jours. Des témoins externes de chargement sont également intégrés dans chaque cycle.

Afin d'améliorer le contrôle, une feuille de travail journalière est réalisée pour chaque autoclave, compilant les différentes stérilisations réalisées, les tests Bowie Dick et les indicateurs de stérilisation.

### ***b) MODE D'UTILISATION***

- ✓ Le matériel est décontaminé et rincé, puis lavé, rincé à nouveau et séché ;
- ✓ Son fonctionnement doit être vérifié ;
- ✓ Il est ensuite conditionné dans des containers ou paniers métalliques sans oublier le témoin de passage ;
- ✓ Il est étiqueté avec le nom du contenu, les initiales du conditionneur, les dates de stérilisation et de péremption et comporte le témoin externe de stérilisation ;
- ✓ L'autoclave est chargé aux deux tiers de sa capacité, sans mélanger les métaux et le linge. La répartition doit être optimale et les portes bien fermées ;
- ✓ Différents cycles de stérilisation sont réalisés en fonction du matériel :
  - Une température de 134 degrés Celsius et un plateau de stérilisation de 20 minutes pour les instruments, le linge tissé, les champs opératoires, le jersey, les bande Velpeau et le linge non tissé ;
  - Une température de 121 degrés Celsius et un plateau de stérilisation de 20 minutes pour les moteurs pneumatiques d'orthopédie, les manches et câbles de bistouris électriques, les gaines d'endoscopie, les matériaux en caoutchouc, silicone, plastique et verre.

La validité du conditionnement est variable :

- ✓ Un mois pour le matériel sous simple emballage tel que les tuyaux de respirateur, les circuits intérieurs de respirateurs, les plateaux de pansement, les plateaux d'anesthésie ;
- ✓ Deux mois pour le matériel sous double emballage, les containers et les paniers.

Ce travail est réalisé par deux opérateurs de stérilisation formés à l'hôpital, sous contrôle d'un infirmier de bloc opératoire et d'un pharmacien responsable du bon déroulement des procédures de stérilisation.

### **3. FLUIDES MEDICAUX**

Des circuits d'oxygène et d'air médical ont été conçus lors de la construction de l'hôpital. Pour l'oxygène, un concentrateur permet de fournir de l'oxygène pur au niveau du bloc opératoire et de la réanimation. Cependant, aucun circuit n'était disponible dans les services d'hospitalisation. Un système de bouteilles de six litres fut mis en place sur les chariots d'urgence mais cette solution ne pouvait être viable pour pallier les besoins d'insuffisants respiratoires restant alors bloqués en réanimation pour permettre l'oxygénothérapie. Un don de 40 concentrateurs d'oxygène portables de l'association des insuffisants respiratoires de haute Normandie fut une solution salvatrice permettant de transférer des enfants en hospitalisation, en chambre plus calme, de moindre coût, et parfois même de renvoyer des enfants à la maison avec un concentrateur et une bouteille d'oxygène de secours, leur permettant ainsi de retrouver une vie familiale. Ainsi est née l'oxygénothérapie à domicile, après évaluation du domicile du patient, vérification de la bonne compréhension des familles aux risques engendrés et sensibilisation à la démarche à suivre en cas de panne du système.

### **4. NUTRITION**

L'état nutritionnel des enfants est parfois déplorable et il est très vite apparu la nécessité de prendre en charge la nutrition des patients afin de traiter de façon optimale leur maladie.

En effet, selon l'UNICEF, 39% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'une insuffisance pondérale modérée à grave, 54% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance modéré et grave. L'allaitement est une coutume très ancrée dans la culture afghane et l'on observe que 54% des enfants sont encore exclusivement nourris au sein entre 20 et 23 mois. Cette pratique partant d'un très bon sentiment peut expliquer en partie le retard de développement observé chez les enfants, le lait n'étant plus suffisamment nutritionnel à cet âge et la composition calorifique de celui-ci devant être assez faible, aux vues de l'alimentation des femmes préférant donner la nourriture aux autres nombreux enfants au lieu de se nourrir elles-mêmes.

Les patients vus par le pédiatre et souffrant d'une insuffisance pondérale ou d'un retard de croissance tels que leur état de santé s'en trouvait affaibli ont été intégrés dans un programme de nutrition hyper calorique. En effet, la coopération avec une association de femmes afghanes produisant une farine à visée nutritionnelle a été développée. Celle-ci est composée d'un mélange de trois types de farines : blé, pois chiche et lentilles, apportant une valeur calorifique de 1 000 kcal /litre. De fabrication très simple, une cuisson de 10 minutes dans du lait et l'ajout d'œufs crus permettait d'obtenir une bouillie se substituant à un repas complet. La recette traduite en Dari était donnée avec toutes les explications nécessaires et la quantité de farine pour la semaine. De coût peu élevé, 34 afghanis le kilo, soit 0.68 USD.

D'autre part, certaines pathologies telles que les atrésies de l'œsophage, l'épilepsie non contrôlée nécessitent la pause d'une sonde nasogastrique. Les brûlures de l'œsophage par ingestion d'acide ou diverses pathologies aboutissent à la pause d'une gastrostomie. Dans ces cas, la mise en place d'une nutrition entérale est nécessaire. Après avoir largement prospecté le marché local, s'est avérée l'absence totale de ce type de produits. Pour palier ce manque, l'utilisation de la farine hyper calorique citée ci-dessus a été adaptée. En effet, la préparation devant être suffisamment liquide pour être introduite par la sonde, une quantité supérieure de lait y fut ajoutée, d'autres nutriments tels que du sel, du sucre, de l'huile et des œufs frais ont permis de réaliser une alimentation complète par sonde, contenant toutes les valeurs nutritionnelles nécessaires. Au départ testé sur un enfant nourri par gastrostomie, les résultats positifs ont permis de généraliser ce type de nutrition entérale à l'hôpital. La composition étant adaptée individuellement en fonction de l'apport nutritionnel nécessaire. En outre, la facilité de la préparation a permis de laisser les patients rentrer chez eux après une formation culinaire de la mère.

Formation d'une mère à la nutrition de son enfant par gastrostomie.
---

Ainsi, de nombreuses solutions peuvent être trouvées sur place et différentes ONG sont souvent présentes, auxquelles il ne faut pas hésiter à faire appel afin coordonner les actions de chacun et de travailler dans un sens commun.

## **5. LABORATOIRE DE BIOLOGIE**

### **a) FONCTIONNEMENT GENERAL**

Le laboratoire de biologie fut mis en place selon le modèle français. Des automates effectuant les analyses de routine en biochimie, sérologie, hématologie ont été importés ainsi que les divers consommables nécessaires à leur fonctionnement. Grâce à la formation de techniciens afghans par les techniciens de laboratoires et les biologistes français qui se sont succédés, les méthodes de travail de grande rigueur ont pu être implantées.

Cependant, la maintenance des automates devant être rigoureuse et le service après vente étant inexistant à Kaboul, les limites de ce système sont très vite apparues.

En outre, la difficulté de gérer les approvisionnements en réactifs nécessitant généralement un respect de la chaîne du froid et ayant une date de péremption très courte nous ont également orientés à rechercher une autre solution pour parvenir à offrir aux services médicaux des analyses biologiques fiables.

Grâce au partenariat avec l'association pakistanaise, la majorité des automates furent remplacés par des outils permettant une gestion locale de la maintenance et de l'approvisionnement, permettant ainsi un fonctionnement routinier du laboratoire pérenne.

Parmi le travail effectué au sein du laboratoire, le secteur de la bactériologie, de part les découvertes qu'il a engendré, mérite un approfondissement.

### ***b) BACTERIOLOGIE***

La mise en place de la bactériologie, trois mois après l'ouverture de l'hôpital a démontré une situation alarmante.

La politique initiale en matière d'approvisionnement d'antibiotique fut de se limiter à des molécules simples, de première génération, imaginant que les résistances ne devaient pas être développées dans un pays tel que celui-ci. Cependant, des méningites résistantes à tout antibiotique en notre possession, diverses infections impossibles à traiter ont accéléré la mise en place de la bactériologie au sein du laboratoire. Cette technique jusqu'alors inconnue en Afghanistan dû faire l'objet d'une formation intensive des techniciens de laboratoire. Des poudres afin de fabriquer des géloses furent utilisées et les procédures de réalisation des divers milieux de culture sont alors mis en place. La plus épique fut certainement la réalisation de la gélose au sang, grâce à du sang de mouton récolté lors de l'égorgeage du mouton chez le boucher.

Ainsi, des bactéries multirésistantes (BMR) furent découvertes chez de nombreux patients. (*Invasion de l'Afghanistan par la Béta-lactamase à spectre élargi CTM-X-15 et résistances associées*, A. Le Coustumier, S. Vimont, J. Darchis, C. Sire, N. Hamdani, A. Cirée, B. Dumoulaud, M. Caillaux, A. Leis, A. Phillipon, G. Arlet, en cours de publication)

Les BLSE, Béta Lactamase à Spectre Elargi sont des enzymes de divers type, il en existe une centaine, dont les plus fréquentes actuellement sont la CTM-X et ses variants, sont produites par les bactéries. Elles confèrent une résistance aux antibiotiques, notamment les

Bétalactamines (pénicillines, céphalosporines), par l'intermédiaire de plasmides. Les gènes BlaCTX-M et ses variants, BlaSHV-6 peuvent ainsi être associés à d'autres gènes de résistance envers les aminoglycosides, le cotrimoxazole, les fluoroquinolones. Ils sont très facilement transmissibles d'une espèce à l'autre, notamment entre les entérobactéries, c'est à dire entre *Klebsiella pneumoniae* et *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Enterobacter* et d'autres, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*. Grâce à une dissémination géographique déjà bien connue en France, au Canada, en Tunisie, en République Centrafricaine, au Gabon, en Argentine ou en Angleterre, cette résistance des bactéries aux antibiotiques entraîne l'échec des traitements lors d'infections respiratoires, d'infections abdominales, conduisant à une septicémie et la mort.

### (1) TECHNIQUE DE DETECTION

A l'IMFE, le protocole d'identification au sein du laboratoire de bactériologie fût une mise en culture d'échantillon dans un milieu cœur-cerveau additionné d'antibiotiques afin d'inhiber la croissance d'autres bactéries. La vancomycine est utilisée comme Anti gram positif et en Anti gram négatif, le ceftazidime (Fortum). Le résultat fut la résistance de la bactérie cultivée à tous les antibiotiques classiques : ciprofloxacine, amoxicilline, cefotaxime, amoxicilline associé à l'acide clavulanique, cotrimoxazole, gentamycine, ceftazidime. La BLSE étudiée se présente ainsi résistante à toutes les béta lactamine, excepté les carbapénèmes,.



Antibiogramme pour une infection à entérobactérie, réalisé en mars 2006

- AMX : Amoxicilline
- AMC : Amoxicilline/acide clavulanique
- CTX : Céfotaxime
- CAZ : Ceftazidime
- GM : Gentamicine
- CIP : Ciprofloxacine
- SXT : Triméthoprim-Sulfaméthoxazole

Puis dans un deuxième temps les BLSE sont recherchées pour ces germes, par la technique classique de diffusion sur gélose de Mueller-Hinton. Un disque d'AMC est disposé en alignement entre un disque de CTX et un disque de CAZ. En raison des très faibles diamètres d'inhibition observés pour ces trois antibiotiques, la distance séparant les disques, centre à centre, pour une lecture optimale du test est de 20 millimètres. Lorsque l'on place les disques à 30 millimètres (recommandations du Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie, 2006) la lecture est souvent plus délicate.

Pour tous ces germes la recherche de BLSE est positive, comme on peut l'observer sur cette photo où l'on observe une synergie entre le clavulanate et les céphalosporine de troisième génération :



Recherche de BLSE positive

Cette découverte est dramatique pour les enfants hospitalisés car les médecins ne disposent alors d'aucun traitement antibiotique adapté. Il faut ainsi que les membres de La Chaîne de l'Espoir présents à Paris parviennent, en urgence, à se procurer ces molécules. Grâce à leur travail rapide et efficace, et grâce à des dons de laboratoire produisant ces antibiotiques, les premiers cas ont pu être traités par ertapénème et fosfomycine. Depuis, l'imipénème (et/ou l'ertapénème), l'amikacine et la fosfomycine font partie du stock d'antibiotiques de la pharmacie du FMIC, ainsi que des molécules à tester au laboratoire. Parmi les souches ramenées et étudiées en France (voir résultats de ces études par la suite), la grande majorité de ces bactéries multirésistantes (BMR) ne sont pas sensibles aux autres antibiotiques.

## (2) RESULTATS

(a) DEPISTAGE DES BLSE

Grâce à la mise en place d'une recherche systématique à l'admission, 90 à 99% des patients entrant au sein FMIC présentaient un portage intestinal d'entérobactéries produisant des BLSE. Les résultats suivants sont issus de la thèse de B. Dumoulard (34) :

*« Pour le FMIC, cette situation est d'autant plus difficile qu'il compte beaucoup d'enfants à risques d'infections : importante activité chirurgicale et service de réanimation où les gestes invasifs sont fréquents. C'est ainsi que quelques jours après les premiers cas est mis en place un dépistage anal systématique pour tous ces patients à risques d'infections. Cela va permettre de prendre les mesures d'hygiène nécessaires pour ne pas passer du simple portage à l'infection, et pour éviter les transmissions : hygiène des mains, des soins, éviter les contacts entre enfants (directs ou par le biais des familles...). Etant donnée l'ampleur du portage d'entérobactéries productrices de BLSE (voir par la suite), l'isolement de ces patients comme on peut le connaître en France n'est pas concevable. »*

Des prélèvements systématiques furent ainsi réalisés à l'entrée des patients à l'hôpital, permettant de prendre diverses mesures d'isolement lors de simple colonisation ou de traitement lors d'infection avérée.

*« Sur une période de trois mois (juillet à septembre 2006), on relève **91% de dépistages positifs** (100 dépistages réalisés pendant ces trois mois, représentant 100 patients différents, l'écouvillonnage n'étant réalisé qu'une seule fois par patient). Il est fréquent de trouver deux, voire trois entérobactéries différentes pour le même enfant » (34)*

(b) LES BLSE PARMI LES INFECTIONS✓ **Hémocultures**

Quelle que soit la façon dont on exprime les résultats, ceux-ci révèlent une omniprésence des entérobactéries productrices de BLSE parmi les germes retrouvés dans les hémocultures. Il est plus significatif de raisonner par patients plutôt que par prélèvements. Pour les mois d'août et septembre 2006, parmi 95 patients à qui l'on a prélevé au moins un flacon d'hémoculture, on relève :

- 23% de patients ayant eu au moins une hémoculture positive avec une entérobactérie productrice de BLSE.
- **Parmi les patients ayant eu (au moins) une hémoculture positive, 92% ont eu (au moins) une hémoculture positive avec une entérobactérie productrice de BLSE.**

Et lorsque l'on raisonne par prélèvements (pour 171 séries de un ou deux flacons) :

- 92% des germes retrouvés sont des entérobactéries.
- 81% de ces entérobactéries produisent une BLSE.

Ces résultats prennent une telle ampleur que l'on est parfois confronté à des situations tout à fait étonnantes par rapport à ce que l'on connaît dans les hôpitaux français : les cliniciens comptent parmi leurs patients des enfants avec un flacon d'hémoculture positif à entérobactérie productrice de BLSE, mais sans aucun signe clinique de sepsis (température normale, pas de frissons...). Ce cas peut se présenter pour des hémocultures réalisées par exemple quand les parents informent les médecins que leur enfant a de la fièvre, fièvre jamais retrouvée au cours de l'hospitalisation. Ces germes avec BLSE sont donc parfois considérés comme des germes de contamination, au même titre que les Staphylocoques à coagulase négative. De tels cas amènent à penser que le portage de ces BMR serait également cutané (pas de dépistage encore mis en place à ce niveau).

#### ✓ **Ensemble des prélèvements bactériologiques**

Quand on considère tous les prélèvements bactériologiques traités par le laboratoire, on réalise qu'une grande partie du travail de routine est lié aux infections et portages

d'entérobactéries productrices de BLSE. En effet, toujours sur les mois d'août et septembre 2006, sur 82 prélèvements à visée diagnostique (donc hors écouvillonnages rectaux) positifs, 52 le sont avec présence d'une BLSE. En d'autres termes, **63% des infections diagnostiquées au FMIC (enfants hospitalisés et consultations) sont dues à une entérobactérie productrice de BLSE.** Ces prélèvements sont en grande majorité des urines (62% des infections urinaires sont dues à ces BMR) ou des hémocultures (on retrouve ces germes dans 78% des hémocultures positives).

Parmi les entérobactéries, l'omniprésence des BLSE se traduit par le fait que **79% des entérobactéries responsables d'infections produisent une BLSE.**

Et lorsque l'on prend en compte toutes les cultures bactériologiques effectuées au laboratoire, **près d'un prélèvement sur quatre (23.6% exactement) poussera avec une entérobactérie productrice de BLSE.**

#### ✓ Espèces retrouvées

Sur une période plus longue, allant de mars 2006 à octobre 2006, diverses espèces d'entérobactéries avec BLSE ont été identifiées, montrant une résistance générale de toute la famille des entérobactéries : *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter aerogenes*, *Citrobacter spp*, *Serratia marcescens*, *Morganella morganii*, *Providencia spp*, *Proteus mirabilis* et *Salmonella spp*.

Hormis les germes dont l'identification a été refaite en France (voir par la suite), ces résultats ont été permis au laboratoire du FMIC par la réalisation d'une galerie API 20 E (Biomérieux®), et d'une confirmation par technique d'agglutination pour *Salmonella spp*. Seuls les résultats des analyses refaites en France doivent être utilisés pour déterminer les pourcentages de chacune des espèces, car au laboratoire du FMIC on n'identifie pas les germes retrouvés en dépistage anal (représentant une grande partie de ces bactéries).

#### c) ETUDES COMPLEMENTAIRES

Peu après la découverte de cette épidémie, un accord est passé avec le ministère de la santé afghan afin que des missionnaires puissent ramener des souches bactériennes provenant d'enfants hospitalisés au FMIC, en respectant les conditions de sécurité durant le transport (triple emballage). Au mois de novembre 2006, la banque ainsi constituée compte plus de cent souches d'entérobactéries productrices de BLSE. Certaines ont alors pu être étudiées phénotypiquement en milieu liquide sur automate, puis une recherche épidémiologique par biologie moléculaire a été réalisée.

### (1) ETUDE PHENOTYPIQUE

Pour les infections sévères à entérobactéries productrices de BLSE, les antibiogrammes rendus par le laboratoire du FMIC testent les molécules suivantes :

- ✓ AMX (Amoxicilline)
- ✓ AMC (Augmentin)
- ✓ CTX (Céfotaxime)
- ✓ CAZ (Ceftazidime)
- ✓ IPM (Imipénème)
- ✓ AN (Amikacine)
- ✓ GM (Gentamicine)
- ✓ CIP (Ciprofloxacine)
- ✓ SXT (Bactrim)
- ✓ FOS (Fosfomycine)

Pour la majorité de ces germes, seuls l'imipénème, la fosfomycine et plus inconstamment l'amikacine sont rendus sensibles. Afin de pouvoir confirmer ces résultats, et d'obtenir précisément les pourcentages de résistances associées, les souches ont été étudiées sur automate Vitek2 (Biomérieux®). Ces déterminations ont été faites au laboratoire du Centre Hospitalier de Cahors, sous la direction de M. le Docteur Alain Le Coustumier, biologiste ayant travaillé au laboratoire du FMIC.

#### (a) MATERIEL ET METHODES

56 souches d'entérobactéries ont été étudiées, toutes isolées entre mars et juillet 2006 à partir de prélèvements faits sur 44 enfants hospitalisés au FMIC. 39% sont des prélèvements à visée écologique (dépistage anal), le reste étant représenté par : 36% d'urines, 14% d'hémocultures, 5% de pus profonds et une souche provenant d'un liquide céphalo-rachidien sur dérivation. L'origine de deux souches parmi les 56 n'a pu être retrouvée.

Pour toutes, la présence d'une BLSE a été rendue par le laboratoire du FMIC (test de synergie classique par la méthode de diffusion sur gélose de Mueller-Hinton). Cette recherche de BLSE n'a pas été refaite par la suite.

Chacune des 56 souches a été passée sur Vitek2® pour identification et antibiogramme.

### (b) RESULTATS

Ces souches sont des *E. coli* (53%), des *K. pneumoniae* (32%) ou des *E. cloacae* (9%). Il est à noter que ces identifications ne concordent pas avec l'identification réalisée au FMIC en galerie API 20 E® pour sept des souches. Les différents pourcentages d'espèces correspondent aux résultats obtenus sur l'automate (conditions de travail dans un laboratoire français plus adaptées pour exploiter les résultats).

Pour tous les antibiogrammes, l'expertise du Vitek2® signale la suspicion de présence d'une BLSE à confirmer par la réalisation du test de synergie. Si les deux molécules sont inactives, le céfotaxime est globalement plus touché que la ceftazidime : toutes les souches ont une CMI (Concentration Minimale Inhibitrice) de 64 pour le céfotaxime, et variant de 4 à 64 vis-à-vis de la ceftazidime (33 souches avec une CMI de 16 pour la ceftazidime). Toutes les souches sont sensibles à l'imipénème, avec des CMI basses (100% des souches avec une CMI à 1).

Les résistances associées sont importantes : amikacine (29% de souches intermédiaires ou résistantes), gentamicine (79%), ciprofloxacine (77%), et triméthoprime-sulfaméthoxazole (96%). La fosfomycine n'a pas été testée (elle n'a jamais été rendue résistante par le laboratoire du FMIC). Ces résultats sont en concordance avec les antibiogrammes rendus par le laboratoire du FMIC. Ils sont à l'origine du choix des antibiotiques utilisés empiriquement

par les médecins du FMIC lorsqu'ils suspectent une infection sévère à germe producteur de BLSE, à savoir imipénème/amikacine ou imipénème/fosfomycine en bithérapie, et le plus souvent imipénème si monothérapie.

## (2) ETUDE PAR BIOLOGIE MOLECULAIRE

### (a) MATERIEL ET METHODES

20 parmi les 56 souches ont été analysées au laboratoire de bactériologie de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, UPRES EA 2392, Université Paris VI, sous la direction du Professeur Guillaume Arlet. Il s'agit de dix *E. coli*, neuf *K. pneumoniae* et un *E. cloacae*.

L'analyse épidémiologique des *E. coli* et *K. pneumoniae* a été réalisée par des techniques de génotypage par Polymerase Chain Reaction (PCR) de séquences non codantes et répétées : rep-PCR (Repetitive Extragenic Palindromic-PCR) pour les *E. coli*, et ERIC-PCR (Enterobacterial Repetitive Intergenic Consensus-PCR) pour les *K. pneumoniae*. La recherche de BLSE par PCR à l'aide d'amorces spécifiques a également été faite, et les produits de la PCR ont été séquencés à l'aide des mêmes amorces.

### (b) RESULTATS

Parmi les dix *E. coli*, on retrouve cinq clones différents, et parmi les neuf *K. pneumoniae*, quatre clones. Les vingt souches analysées produisent une BLSE de type CTX-M-15 (famille des CTX-M ou Céfotaximases).

## (3) FAMILLE DES CTX-M

### (a) LES CTX-M

Les CTX-M sont des BLSE décrites depuis 1986, elles sont au nombre de 40. Elles appartiennent aux bêta-lactamases de classe moléculaire A, hydrolysent efficacement le céfotaxime et sont pour la plupart codées par des plasmides transférables. Ces enzymes ont été retrouvées surtout chez des entérobactéries, principalement *E. coli*, *Salmonella typhimurium*, *K. pneumoniae* et *P. mirabilis*, mais des isolats de *Vibrio cholerae*, *Acinetobacter baumannii* et *Aeromonas hydrophila* codant des CTX-M ont également été signalés. Phylogénétiquement, les CTX-M descendent vraisemblablement de bêta-lactamases chromosomiques de *Kluyvera spp.*

Ce groupe de BLSE fournit une résistance aux pénicillines, aux céphalosporines de troisième et quatrième génération, et aux monobactames. Les enzymes peuvent être inhibées par l'acide clavulanique, le sulbactam et le tazobactam. Ces enzymes hydrolysent préférentiellement le céfotaxime plutôt que la ceftazidime, sauf pour CTX-M-15 qui hydrolyse les deux molécules. On retrouve d'ailleurs une atteinte des deux molécules pour les souches du FMIC, avec toutefois des CMI pour le céfotaxime globalement plus élevées que pour la ceftazidime. La résistance aux bêta-lactamines est souvent associée à une résistance aux fluoroquinolones et aux sulfamides (que l'on observe sur les antibiogrammes des souches du FMIC).

### (b) DISSEMINATION A TRAVERS LE MONDE

Pour la première fois décrites en 1986, les mises en évidence de CTX-M augmentent de façon très préoccupante depuis 1992. Elles sont aujourd'hui répandues sur la majeure partie de la planète, et constituent probablement la BLSE la plus présente parmi les entérobactéries. Parmi les CTX-M, l'enzyme CTX-M-15 possède une remarquable capacité de diffusion. De nombreuses publications font état de la dissémination de CTX-M-15 dans divers endroits du monde : en Europe, en Inde, au Canada, en République Centrafricaine, en Colombie.

Comme le précise B. Dumoulard (34) :

« L'équipe de G.Arlet a récemment démontré que si la dissémination de CTX-M-15 était en partie due à un transfert plasmidique horizontal (entre différents clones d'entérobactéries, non reliés), il existait également un clone épidémique d'*E. coli*,

*produisant une CTX-M-15, et en grande partie responsable de la diffusion de cette enzyme dans des hôpitaux de la région parisienne. En outre, cette étude démontre la présence dans des hôpitaux tunisiens et de République Centrafricaine, en grand nombre, de souches d'E. coli productrices de CTX-M-15 génétiquement reliées au clone épidémique retrouvé en région parisienne. Ceci suggère l'existence d'un clone particulier d'E. coli, producteur de CTX-M-15, ayant des caractéristiques supplémentaires à l'origine de son remarquable potentiel de colonisation. »*

#### ***d) DISCUSSION DES RESULTATS***

Dans un Afghanistan ravagé par vingt-deux années de guerre, et déjà confronté à de multiples difficultés sanitaires, la remise en route d'examens de bactériologie médicale a révélé l'existence d'un autre problème présent depuis probablement des années : l'omniprésence (91% de dépistages anaux positifs) de BLSE dans l'environnement microbiologique des hôpitaux de Kaboul, et certainement du pays entier (dépistages positifs pour des enfants encore jamais hospitalisés). Cette situation est très préoccupante puisque les résultats des antibiogrammes faits au laboratoire du FMIC (méthode par diffusion) ou refaits en France (en milieu liquide automatisé) concordent : seuls les carbapénèmes (non disponibles dans le pays) restent constamment actifs (fosfomycine trop peu testée sur ces souches aujourd'hui). Pour la majeure partie des infections à entérobactéries, 79%, il y a présence de BLSE, rendant les céphalosporines de troisième génération (céfotaxime et ceftazidime) inefficaces. Des antibiotiques reconnus comme puissants n'ont que peu d'activité sur ces germes : amikacine (29% de souches intermédiaires ou résistantes), gentamicine (79%) et ciprofloxacine (78%).

Une utilisation totalement irrationnelle des antibiotiques (sur prescription, prescripteurs non qualifiés, médicaments contrefaits...) ainsi qu'un manque d'hygiène évident sont à l'origine de l'émergence et de la diffusion de ces BMR.

Comme pour de nombreux autres pays, c'est l'enzyme CTX-M-15 qui est responsable de cette épidémie : celle-ci démontre à nouveau son remarquable potentiel de diffusion.

L'apparition de ce type de bactérie peut probablement être expliquée par l'utilisation anarchique d'antibiotiques en afghanistan. En effet, une étude réalisée par l'AREU (27), a démontré clairement une utilisation irrationnelle des médicaments, notamment des antibiotiques lors de traitement de maladies diarrhéiques ou dans les infections respiratoires simples. Ces coutumes furent largement observées au sein de l'hôpital, tant au niveau des patients réclamant des prescriptions d'antibiotiques qu'au niveau des médecins, dont la formation en antibiothérapie fut développée.

## 6. CREATION D'UN CLIN

Les conséquences de ces découvertes sont nombreuses : augmentation de la résistance aux antibiotiques, émergence possible de bactéries à gram négatif résistantes à tous les antibiotiques, même aux carbapénèmes, échec des traitements, conduisant vers la mort. Cependant, le coût du traitement est élevé : un jour de traitement par l'imipénème représente 15 jours de salaire d'un technicien de laboratoire. Divers recommandations furent mises en place afin d'éviter l'aggravation de la situation : accentuer l'hygiène par des formations au sein de l'hôpital, renforcer les précautions universelles dans les hôpitaux et les cliniques, ne pas utiliser d'antibiotiques puissants en première intention, effectuer un antibiogramme avant de modifier le traitement en cas d'inefficacité de l'antibiotique.

De plus, la transmission entre les patients montrait à l'évidence une insuffisance dans les règles d'hygiène du personnel soignant. Les règles de lavage des mains firent alors l'objet d'une formation intensive, les procédures simples à l'aide de photos affichées à chaque point d'eau, des blouses furent attribuées à chaque lit, incitant le personnel soignant à utiliser une surprotection lors des soins à des patients porteurs de BMR.

Dans cette logique de contrôle de l'hygiène, des prélèvements de divers points d'eau utilisés au sein de l'hôpital furent réalisés et envoyés pour analyse en France. De nombreuses surprises apparurent.

L'analyse de l'eau utilisée pour le lavage chirurgicale des mains révéla la présence d'*Acinetobacter baumannii*. D'autre part, l'analyse d'eau chaude révéla la présence de *Legionella pneumophila* du sérotype 8 et 14 à un taux de 300 000/l, la norme française

étant de 1 000/l. Bien que des protocoles de montée en température de la centrale d'eau était prévus quotidiennement, nous nous aperçûmes que le technicien n'avait pas jugé utile d'effectuer cette opération. Voulant monter la chaudière à 70°C afin de traiter l'eau, il fût impossible de le réaliser, les résistances étant totalement enduites de calcaire, montrant en amont un dysfonctionnement de l'adoucisseur d'eau. Pour parvenir à rétablir le fonctionnement de l'appareil, il fallut commander des pièces détachées en France, réclamant 2 mois de livraison. Mais pendant ce délai, l'idée de la fermeture de l'hôpital était inimaginable. La légionellose ne se transmettant que par la vapeur d'eau, des mesures de précaution furent mises en place en attendant la réparation, telles que l'interdiction de douches chez les patients, en préférant les bains pour le lavage, la vidange des tuyauterie quotidienne, ce qui nous permit de n'observer aucun cas de légionellose au sein de l'hôpital.

Ces divers problèmes d'hygiène nous conduirent à la création d'un CLIN, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, à l'hôpital, composé d'un chirurgien, d'un médecin généraliste, des deux infirmières surveillantes, d'un pharmacien et d'un biologiste. Le président du comité est un chirurgien afghan, afin de sensibiliser directement les médecins de l'hôpital.

Le groupe se réunit une fois par semaine. Les objectifs du groupe sont de mener des réflexions sur la mise en place des protocoles d'hygiène à savoir le lavage des mains, la décontamination des salles d'opération, puis la vérification et la validation de ces protocoles. Différents indicateurs épidémiologiques doivent être suivis, tels que les BLSE à l'aide d'un registre bactériologique. Dans le cadre des BMR, les schémas d'antibiothérapie sont définis, les modalités de prévention, d'identification et d'isolement des patients porteurs.

Ainsi, entre une situation d'écologie bactérienne préoccupante, des réflexes d'hygiène inconnus par le personnel local et des protocoles de prévention omis, le contexte de soin peut très vite dériver vers des infections nosocomiales difficiles à éradiquer et perturbant l'objectif initial d'apporter des soins de haute qualité dans un pays en voie de développement.

# CONCLUSION

Ainsi, dans le contexte d'un Afghanistan se réveillant après des décennies de guerre, le plus impressionnant est certainement la volonté du peuple afghan de se relever, faisant preuve d'une grande détermination quant à la prise en main de leur avenir et d'un grand enthousiasme face à l'aide et au savoir que nous pouvons leur apporter. Nous avons pu également noter l'engagement sincère du gouvernement dans le rétablissement de structures de soin viables et pérennes, en faisant face à un grand projet de reconstruction et des problèmes de financement indéniables.

A la suite de cette analyse, nous pouvons conclure que l'implantation d'une structure hospitalière répondant à des critères de soins occidentaux au sein d'un pays en voie de développement est possible, tout en nécessitant une grande adaptabilité face aux moyens humains et matériels disponibles.

Plus précisément, nous pouvons noter l'importance du pharmacien au sein de ce processus. En effet, l'utilisation de médicaments à tous les échelons, de la production à la mise à disposition au chevet du patient, le circuit du médicament compte de nombreuses lacunes auxquelles il est urgent de remédier. De plus, l'intégration du pharmacien au sein de l'équipe médicale, en tant que partie prenante dans les décisions de soins et de gestion globale de l'hygiène doit être mise en valeur afin qu'il puisse apporter ses compétences. La prise de conscience de leur rôle et la sensibilisation à l'éthique pharmaceutique des pharmaciens afghans sont les éléments clés pour parvenir à une amélioration du système pharmaceutique en particulier et du système de santé en général.

En outre, les découvertes bactériologiques survenues lors de la mise en fonctionnement de l'hôpital a permis, grâce à un engagement de tous, de sensibiliser tous les acteurs au niveau de la biologie en Afghanistan, des ONG au Ministère de la Santé Publique, afin de trouver des solutions pour y remédier. Ces évènements prouvent la possibilité d'améliorer la situation sanitaire d'un pays lorsque toutes les actions sont coordonnées.

Cependant, dans toute aide aux pays en voie de développement, l'accent doit être porté sur l'intégration de la structure à mettre en place dans la politique de santé nationale. En effet, toute action a priori essentielle peut se révéler inutile face à des situations sanitaires et médicales précaires. Pour le cas de l'Afghanistan, l'état actuel des choses révèle de nombreux besoins vitaux. La mortalité infantile est essentiellement due à la malnutrition, des pathologies respiratoires, la tuberculose. Certes, les pathologies cardiaques jusqu'alors incurables dans le pays ont pu être traitées avec succès. L'implantation d'une telle structure vise à élever le niveau de santé vers le haut, espérant que la formation dispensée au sein de l'institut se disséminera vers les autres centres hospitaliers. Cependant, cette évolution nécessite des fonds importants que peu parviennent à réunir. La connaissance globale de la situation sanitaire dans le pays démontre que de nombreux problèmes peuvent être résolus en allouant l'aide aux traitements de base.

La prise de conscience de l'intérêt de travailler en lien étroit avec tous les acteurs de la santé du pays, la volonté de mieux comprendre les enjeux de l'humanitaire, m'ont conduit à approfondir le sujet en participant à un Diplôme Universitaire de Santé Publique dans les pays en développement, à l'Ecole de Santé Publique de Nancy.

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) BRUNET, R., *Géographie universelle*. Ed. Belin-Reclus, 1995
- (2) troisième partie de DUPREE, L., *Afghanistan*, Princeton University Press, 1980
- (3) BARRY, M., *Le Royaume de l'Insolence, La Résistance afghane du Grand Moghol à l'invasion soviétique*, Paris, Flammarion, 1984, p89 et ss
- (4) HUMLUM, J., *La géographie de l'Afghanistan*, Copenhagen, 1959
- (5) <http://www.afghana.org/html/article.php?sid=2160&mode=&order=0>, page consultée le 17 juillet 2006
- (6) ADAMEC., L.M., *Afghanistan (1920-1923), A diplomatic History*, University of California, Los Angeles, 1967, p.22
- (7) KHAN, A.R., *The life of Abdur Rahman, Amir of Afghanistan*, Ed. by Sultan Mohammad Khan, vol.II, p.77 et 159
- (8) MASSON, V.M., et ROMODIN, V.A., *Istoriya Afganistana*, , Moscou, 1964-1965, cité dans CENTLIVRES, P. *La colonisation impossible*, éditions du CERF, 1984, p.57
- (9) CENTLIVRES, P., CENTLIVRES-DEMONT, M., « Et si on parlait de l'Afghanistan ? » *recherches et travaux*, Paris, 1988, p.35
- (10) <http://www.tlfq.ulaval.ca/axl/Asie/afghanistan.htm>, page consultée le 5 juillet 2006
- (11) HALBERT, B., *Evaluation de l'activité pédiatrique des dispensaires soutenus par Médecins du Monde en 1997 et 1998 à Herat, Afghanistan*, thèse N°2000REN1M100, 2000
- (12) BELMONT, S., *Activité médicale des centres de santé Mère-Enfant de Médecins du Monde à Kaboul (Afghanistan)*, thèse N°2000LYOIM010, 2000
- (13) LABROUSSE, A., *Afghanistan, opium de guerre, opium de paix*, Ed. Fayard, 2005

- (14) DE PONFILLY, C., *Massoud l'Afghan*, Ed. du Félin, 2002
- (15) [http://www.rawa.org/rules\\_fr.htm](http://www.rawa.org/rules_fr.htm), page consultée le 28 septembre 2006
- (16) <http://www.icc-cpi.int/about.html>, page consultée le 29 septembre 2006
- (17) Composition du gouvernement : [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo\\_833/afghanistan\\_529/presentation-afghanistan\\_919/composition-du-gouvernement\\_9438.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/afghanistan_529/presentation-afghanistan_919/composition-du-gouvernement_9438.html), page consultée le 18 septembre 2006
- (18) <http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?SelectedCountry=afg&CODE=afg&CNAME=afghanistan&PTYPE=CP>, page consultée le 10 septembre 2006
- (19) UNICEF,  
[http://www.unicef.org/french/infobycountry/afghanistan\\_statistics.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/afghanistan_statistics.html), page consultée le 13 août 2006
- (20) <http://www.reliefweb.int/rw/RWB.NSF/db900SID/EVOD-6TSGL7?OpenDocument>, page consultée le 3 juillet 2006
- (21) <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2006/cr06114.pdf#search=%22statistic%20afghanistan%22.>, page consultée le 10 juillet 2006
- (22) [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo\\_833/afghanistan\\_529/presentation-afghanistan\\_919/economie\\_7025.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/afghanistan_529/presentation-afghanistan_919/economie_7025.html), page consultée le 3 octobre 2006
- (23) Ministry of Health, *A Basic Package of Health Services For Afghanistan*, Transitional Islamic Government of Afghanistan, March 2003
- (24) Ministry of health, *Hospital Policy for Afghanistan's Health System*, Islamic Transitional Government of Afghanistan, February 2004
- (25) Ministry of Public Health, *The Essential Package of Hospital Services for Afghanistan*, Islamic Republic of Afghanistan, March 2005
- (26) Ministry of Public Health, *National Health Policy 2005-2009 and National Health Strategy 2005-2006, A policy and strategy to accelerate implementation*, Islamic Republic of Afghanistan, April 2005

- (27) PATERSON, A., KARIMI, A., *Understanding markets in Afghanistan : A study of the market for pharmaceuticals*, AREU Afghanistan Research and Evaluation Unit, décembre 2005
- (28) <http://www.dancewithshadows.com/hara/afghan-generics-plant.asp>, page consultée le 9 octobre 2006
- (29) <http://ispb.univ-lyon1.fr/Lyon%20Kaboul/htm/missions/curriculum.htm>, page consultée le 13 juillet 2006
- (30) page internet, [http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM\\_No8\\_fr.pdf](http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No8_fr.pdf), page consultée le 12 juillet 2006
- (31) Cartes géographiques issues du site [www.quid.fr](http://www.quid.fr), consulté le 2 juillet 2006
- (32) <http://fr.wikipedia.org/wiki/Afghanistan>, page consultée le 23 novembre 2006.
- (33) [http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:Afghanistan\\_demography.svg](http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:Afghanistan_demography.svg), page consultée le 23 novembre 2006.
- (34) DUMOULARD, B., *Implantation d'un laboratoire de biologie médicale au sein du FMIC de Kaboul ; mise en place, aspects humanitaires et épidémiologiques*, thèse soutenue le 20 décembre 2006 à Lille.

