



# **Partenariat Hospices Civils de Lyon Hôpitaux Universitaires de Kaboul**

**Mission de Pédiatrie  
10 – 23 juin 2006**

**Docteur Sylviane LIBÉRAS  
Praticien hospitalier**



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

# SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	page 3
<b><u>OBJET DE LA MISSION</u></b>	page 3
<b><u>CONTEXTE LOCAL</u></b>	page 3
<b><u>DEROULEMENT DE LA MISSION</u></b>	page 5
<b><u>CONSTATS</u></b>	page 6
<b><u>PROPOSITIONS</u></b>	page 10
<b><u>CONCLUSION</u></b>	page 11
<b><u>REMERCIEMENTS</u></b>	page 12
<b><u>ANNEXES</u></b>	page 13

## **INTRODUCTION**

Le partenariat existant depuis 2002 entre les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Hôpital Ali Abad de Kaboul s'est étendu depuis 2005 à l'Hôpital Maïwand après le passage de ces deux hôpitaux sous la tutelle de l'enseignement supérieur. Maïwand forme avec Ali Abad les hôpitaux universitaires de Kaboul (HUK). Le Dr Didier Jacques à la suite de sa mission en avril 2006, à la demande du directeur de l'hôpital Maïwand, m'a sollicité pour mener une mission dans le domaine de la pédiatrie afin de déterminer quelles pourraient être les modalités de soutien à cette spécialité.

## **OBJET DE LA MISSION**

- Evaluation de l'existant
- Evaluation des besoins de formation théorique et pratique
- Evaluation des candidats éventuels à des séjours en France (quelques semaines à quelques mois selon la maîtrise de l'anglais ou du français)
- Formation du personnel médical et paramédical selon les besoins exprimés et les disponibilités
- Evaluation des besoins en matériel

## **CONTEXTE LOCAL**

- Le système de santé
- Les services de pédiatrie de Kaboul
- La formation des pédiatres

Pour les données concernant la situation politique, économique et sociale, on se référera utilement au rapport du Dr Didier Jacques.

- Le système de santé

Le ministère de la santé, en 2002, a défini « the Afghanistan Interim Health Strategy ». Dans ce document, il est écrit que « le gouvernement doit établir les fondations d'un système de santé pour le peuple afghan et particulièrement pour les mères et les enfants ». Pour faire face aux problèmes de santé de base dans un contexte de ressources limitées, une politique a été élaborée reposant sur le BPHS (Basic Package of Health Services).

Ce BPHS contient 7 éléments :

- Santé des mères et des nouveaux-nés
- Santé des enfants et vaccinations
- Nutrition
- Contrôle des maladies transmissibles
- Santé mentale
- Handicaps
- Médicaments de base

La politique de santé pour 2005/2009 a de nouveau souligné ces objectifs. La mise en place du système de santé reste dépendante des bailleurs de fonds. Elle doit faire face à des enjeux majeurs, en particulier pour les enfants, puisque plus d'un enfant sur 5 meurt avant l'âge de 5 ans et que la mortalité maternelle est dramatique.

L'urbanisation galopante de Kaboul m'a fait m'interroger sur l'application de ce plan en zone urbaine. Je n'ai pas eu l'occasion de faire la rencontre de professionnels du système de soins ambulatoires. Les pédiatres universitaires des hôpitaux ont tous une activité privée qui représente le principal de leurs revenus. Ils ne semblent pas entretenir de liens avec le système extra hospitalier. Il ne me semble pas qu'ils participent de façon active à définir les besoins de santé de la population pédiatrique ni qu'ils aient de lien avec des correspondants de type dispensaire ou maternité.

Dans la situation actuelle, il semble que pour une partie de la population, l'hôpital soit le mode de recours au système de soins sans que la prise en charge s'intègre dans un projet de continuité de soin. Cela est particulièrement frappant pour les malnutritions ou les cas de méningites où l'environnement ne semble pas poser question.

#### ➤ Les services de pédiatrie de Kaboul

Il existe plusieurs hôpitaux au sein desquels se trouvent des services de pédiatrie.

- *Hôpital Maïwand* :

Hôpital universitaire ; pédiatrie médicale ; 100 lits.

- *Hôpital Ataturk* :

Hôpital non universitaire mais en voie de rattachement aux hôpitaux universitaires ; médecine et projet de chirurgie ; 110 lits.

Les 2 services sont dirigés par des Praticiens de Pédiatrie, professeurs à l'université :

Dr Maacher pour Maïwand

Dr Maarij pour Ataturk

- *Hôpital Indira Gandhi* :

Hôpital non universitaire ; services de médecine, de chirurgie, et d'odontologie ; 250 lits en tout.

- *Institut médical français pour l'enfant (IMFE)* :

Nouvel Hôpital inauguré en avril 2006 à vocation chirurgicale. La fondation Aga Khan est en charge de l'administration. Les associations françaises « Chaîne de l'espoir » et « Enfants Afghans » restent en charge de la direction médicale. Il ne nous a pas été possible de rencontrer les responsables de ce nouvel établissement, malgré une demande insistante. Cet établissement est aux normes des pays développés.

Il existe des hôpitaux aux seins desquels existent des «maternités». Durant mon séjour je n'ai pu y faire de visites et je ne sais si des pédiatres y sont présents.

#### ➤ La formation des pédiatres

Depuis environ 17 ans l'Université de Médecine de Kaboul est divisée en 3 facultés :

- médecine
- stomatologie
- pédiatrie

Selon le modèle des anciens pays de l'Est, la formation des pédiatres est autonome depuis le début du cursus médical et comporte 7 années d'étude. Il y avait jusqu'à l'année dernière des promotions de 300. Cette année, il y a eu une réduction drastique puisque seuls 30 étudiants ont commencé le cursus.

D'après la Doyenne, Mme le Dr Farida MOMAND, d'ici 3 ans, cette faculté spécifique devrait disparaître au profit d'un cursus classique : médecine puis spécialisation en pédiatrie.

## **DEROULEMENT DE LA MISSION**

Ne connaissant pas les partenaires locaux, étant en mission pour la 1<sup>ère</sup> fois en Afghanistan, je n'ai pas pu établir de méthodologie précise avant mon départ. J'ai décidé d'aborder le terrain avec une approche au «lit du malade» et des rencontres formalisées dans un 2<sup>ème</sup> temps.

Cette méthode me semble a posteriori avoir été très fructueuse. Elle a permis à mes interlocuteurs de faire ma connaissance et au cours du séjour de commencer à formuler leurs demandes. Les visites dans les services avec des discussions concrètes autour de cas pour lesquels les « training » docteurs, les praticiens ou les étudiants me demandaient mon avis, ont permis de cerner concrètement non seulement les problématiques cliniques, mais surtout les méthodes diagnostiques. Je me suis efforcée d'appréhender les connaissances de mes interlocuteurs et leurs besoins. J'ai pu évaluer les moyens techniques dont ils disposent, tant sur le plan des examens complémentaires que thérapeutiques (cf. en annexe quelques exemples de cas cliniques).

### ➤ Rencontres formalisées

Pr Maacher le 13/6/2006

Pr Maarij le 15/6/2006

Une rencontre en présence du Dr Bonheure a eu lieu avec ces deux médecins le 22/06 pour conclure le séjour et leur faire part de mes observations.

Le Dr Mayar (médecin chef Indira Gandhi) et le Dr Zubaïda (Directrice adjointe Indira Gandhi) ont été rencontrés à deux reprises au cours du séjour.

Pas de rencontre possible avec l'équipe médicale de l'IMFE.

### ➤ Activités hospitalières

Hôpital Maïwand :

Staff du matin et suivi de visite des salles (12, 13, 15, 17, 19, 20,21/2006)

Hôpital Indira Gandhi :  
Staff du matin, visite des salles le 18/6/2006

Hôpital Atatürk :  
Visite des salles le 19/6/2006

➤ Cours théoriques

Ils ont été préparés sur place à l'aide de livres apportés de France et de la consultation d'internet possible à la guest house. Il a toujours été possible de faire ces cours en anglais, de même que les rencontres ou les activités cliniques. Tous les médecins ne parlent pas cette langue mais l'un d'entre eux était toujours présent pour traduire.

L'équipe de Maïwand a demandé un topo sur le choc et le sepsis.

L'équipe d'Indira Gandhi a demandé un topo sur la néonatalogie (sepsis et ictère).

Je n'ai pas fait d'enseignement à la faculté mais j'ai rencontré Mme le Dr Farida MOMAND, Doyenne de la faculté de pédiatrie. J'ai assisté à deux cours avec deux enseignants différents. À cette occasion, j'ai pu m'entretenir avec les étudiants et tenter de répondre à leurs interrogations.

## CONSTATS

- Les services de pédiatrie sont tous organisés en plusieurs salles. Chaque salle comporte environ 10 à 14 lits.
  - **Soins intensifs** avec quelques enfants intubés à Indira Gandhi, ventilés à la main. Les patients sont en situation critique : sepsis graves, insuffisances cardiaques, détresses respiratoires, déshydratations aiguës, malnutritions. Dès amélioration, les patients sont transférés vers une autre salle.
  - **Salles de malnutrition** gérées par ACF (Action Contre la Faim). Il existe dans ces services une «logistique» particulière avec feuille de soins ACF, pesée quotidienne, personnel paramédical plus nombreux, jeux dans les lits, décoration sur les murs, salle et literie plus propres, bidon d'eau à l'entrée de la pièce pour le lavage des mains. Les médecins font partie de l'équipe du service de pédiatrie.
  - **Salle « diarrhées »** : on est frappé par le nombre d'enfants sous perfusion.
  - **Maladies respiratoires**
  - **Médecine interne**
  - **« Néonatalogie »** : dans ces unités on trouve des patients définis comme nouveaux-nés puisqu'ils sont âgés de moins de 28 jours, mais il s'agit toujours de patients venant du domicile et non pas de transferts

de maternité. Il y a certes des prématurés, des hypotrophes, mais surtout des nouveaux-nés malades que l'on trouve habituellement dans les crèches des services de pédiatrie dans les pays développés.

Les enfants sont hospitalisés avec leur mère, parfois la grand-mère. Les pères ne sont jamais dans les salles. En néonatalogie, il y a quelques couveuses et quelques berceaux chauffants ou non. Les autres salles ne comportent que des grands lits que la mère partage avec l'enfant.

### ➤ **Personnel et organisation**

Il y a pléthore de médecins, qu'il s'agisse de médecins «seniors» ou de «training». Ils ont une activité de 8h30 à 15h puis le service est confié au médecin de garde. À l'hôpital Maïwand, les médecins font une rotation tous les 2 mois dans les différents services. Aucun n'a de «spécialité». À Indira Gandhi, il semble que les médecins soient plus spécialisés.

Sur le plan paramédical, il y a un manque criant d'infirmiers. Ceux-ci ont une tâche uniquement de gestes techniques (voies, injection). Il n'y a pas d'observation infirmière, pas de feuille de soins. Ainsi, il est très difficile par exemple d'avoir une information sur l'alimentation de l'enfant, ou sur l'évolution de l'état clinique en fonction du traitement.

### ➤ **Hygiène**

#### Hôpital Maïwand

L'absence d'hygiène est quasi générale. Les salles gérées par ACF font exception. Ailleurs, il existe un semblant de salle de soins : box plus ou moins séparé de la salle mais qui n'est pas plus nettoyé.

Le ménage est fait par du personnel visiblement sous équipé et non qualifié.

La salle de bains et les toilettes sont dans un état catastrophique.

Les enfants portent leurs vêtements de ville et ne sont visiblement pas lavés. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de changes jetables.

La pose de cathon n'est précédée ni de toilette, ni d'asepsie. Elle se fait dans le lit du malade voire dans le lit du voisin si cela est plus commode. J'ai pu observer que presque tous les enfants ont un point de ponction ou une voie inflammatoires ou avec un début de lymphangite.

Le lavage des mains ne fait l'objet d'aucun rappel et n'est donc pas pratiqué. Les médecins savent l'intérêt théorique d'un tel geste mais invoquent les difficultés matérielles. Il faut se rappeler que pourtant, dans la salle de malnutrition cela est fait par ces mêmes médecins comme un «rituel» exotique. Les infirmiers sont totalement détachés de ce geste, en contraste avec leur grande habileté.

Les aiguilles usagées ne sont pas immédiatement jetées dans un récipient ad hoc. Elles peuvent traîner sur une table ou sur le lit. Il n'y a pas de poubelle spécifique pour les déchets médicaux. Tout est jeté dans des seaux communs aux déchets alimentaires, pansements, seringues et aiguilles.

Un interrogatoire rapide des différents personnels, agents de services qui manipulent ces poubelles et personnel infirmier, m'a montré leur totale ignorance quant à leur exposition à un risque professionnel de contamination. Un médecin m'a cependant dit que j'avais sans doute raison car il y a eu deux cas récents d'hépatite chez ces personnels.

A l'hôpital Indira Gandhi et à l'hôpital Ataturk, la situation semble dans un premier temps moins catastrophique car les locaux sont en meilleur état, mais l'hygiène générale et les règles pour une asepsie élémentaire ne sont pas mieux respectées.

Le risque nosocomial n'est absolument pas présent à l'esprit chez aucun professionnel.

### ➤ **Connaissances médicales**

Le niveau théorique est bon avec des connaissances livresques des standards européens ou des référentiels de base OMS.

Il y a une méconnaissance ou une occultation totale me semble-t-il des risques à la fois nosocomiaux et iatrogènes.

Le raisonnement de type arbre décisionnel et le concept d'« evidence base médecine » ne font pas partie des connaissances théoriques.

Dans la pratique au lit du malade, le raisonnement médical se borne à un constat des symptômes. Il n'y a pas de raisonnement médical. L'étape de l'anamnèse est toujours trop brève, survolant les antécédents. Il n'y a pas d'interrogatoire sur l'histoire de la maladie (cf. annexe 1). L'examen clinique est très superficiel. Il n'y a qu'une évaluation des symptômes et aucune recherche de confirmation d'une hypothèse diagnostique puisque l'interrogatoire n'est pas fait. Il n'y a aucune évaluation systématique de la croissance ou du développement de l'enfant.

Leur impuissance à conduire un raisonnement clinique est majorée par la pénurie d'examen complémentaires. Cependant, ils disposent (à l'hôpital ou fait en ville) de :

NFP

CRP – VS

Radiographie pulmonaire – ASP

Cytologie de la PL

Protéinurie et cytologie urinaire

La NFP est pratiquée couramment. La VS et la CRP sont peu utilisées.

La pesée, la mesure de la taille, l'évaluation nutritionnelle, la prise de température ne sont pas systématisées ni encore moins répétées.



L'examen clinique n'est jamais fait l'enfant déshabillé. J'ai demandé si cela était inconvenant mais ce n'est pas le cas et les mères laissent volontiers examiner l'enfant de façon approfondie.

### ➤ **Situations cliniques les plus courantes**

#### Infectiologie :

A priori, tout patient en situation de décompensation est considéré comme sepsis grave ou déshydratation grave, ce qui n'est pas inexact mais conduit d'une part à une surévaluation des situations avec gestes systématiques d'emblée, et d'autre part à une sous évaluation de certaines situations en particulier à la période néonatale. Se trouvent mélangées des pathologies de gravité et des catégories très différentes avec risque d'infections nosocomiales, de iatrogénie et probablement des dépenses inutiles (cf. annexe 2 - infection urinaire).

Dans les situations de sepsis, l'âge de l'enfant n'est pas clairement identifié comme facteur devant faire ajuster la prise en charge :

- Les infections de la période néonatale sont « sous traitées » avec absence de PL systématique alors que le risque de méningite est important. Pas d'utilisation de la CRP alors qu'elle est techniquement possible
- Concernant les enfants plus grands, il n'y a pas de réflexion sur l'origine de la fièvre. Les diagnostics de « pneumonies » ou d'infection urinaire sont portés sans rigueur clinique ni en interprétant à bon escient la biologie disponible. Ceci conduit à des traitements antibiotiques prolongés et inadéquats.

Il n'y a pas de bactériologie disponible mais NFP, CRP, BU ne sont pas utilisés dans le cadre de la réflexion diagnostique, pas plus que la RP. Il n'y a pas d'examen otoscopique, ni d'examen de gorge.

Les patients ne font pas l'objet d'une réflexion attentive mais se retrouvent de façon systématique avec un cathon et un antibiotique (ou 2). Les antibiotiques sont utilisés en IVD, rarement avec une pompe. Indépendamment de la iatrogénie des pratiques observées, l'utilisation systématique d'antibiotiques pour toute fièvre et pour des durées prolongées favorise probablement l'émergence de souches résistantes.

Il ne me semble pas y avoir de réflexion spécifique sur la tuberculose au sein de l'hôpital. Quand un enfant va mal pendant un certain temps un traitement d'essai anti tuberculeux est mis en route. Aucun médecin ne m'a parlé de politique de dépistage ou de suivi. Compte tenu de l'incidence de la tuberculose en Afghanistan et de la présence des mères dans les salles communes, les risques de contagion lors d'une hospitalisation ne doivent pas être négligeables.

Les médecins sont préoccupés par la rougeole mais nous n'avons pas vu de cas pendant le séjour.

Ils disent ne pas observer à l'hôpital de coqueluche ou de diphtérie.

#### Pathologies de nature non infectieuses

Malnutritions avec des rachitismes cliniques évidents  
Nombreuses pathologies cardiaques, probables RAA ou séquelles, cardiopathies congénitales  
Syndromes néphrotiques  
Anémies dont des thalassémies  
Ictères  
Néonatalogie

Nos référentiels sont inadéquats (cf. début du rapport). Je n'ai vu que la pathologie.

Je me suis posé un certain nombre de questions :

- Y a-t-il des pédiatres en maternité ?
- Combien de femmes accouchent en maternité à Kaboul ?
- Existe-t-il une réflexion sur les soins appropriés en cas d'hypotrophie et/ou de prématurité ?

Exemple : entrée d'un bébé suspect de sepsis :

Mère 16 ans – 45 kg

Bébé 42 jours – 1 kg 600. Il est né en maternité avec un poids de 1 kg 300. La mère est sortie le jour de l'accouchement. Il n'y avait pas de suivi depuis.

Bien évidemment, le travail de fond devrait reposer sur les soins primaires avec planning, supplémentation en cours de grossesse...Ce travail de fond doit être un travail concerté entre les « néonatalogues » et les divers intervenants du système de santé.

Je ne crois pas qu'il soit possible sans une iatrogénie majeure, donc probablement pour des résultats pour le moins ambigus en terme de morbidité, de poursuivre ce type de prise en charge : 3 par lit !, pas d'hygiène...

Ce n'est pas de la « néonatalogie » que de soigner des nouveaux-nés malades tels ceux reçus dans ces salles actuellement. La base de la néonatalogie doit être « l'élevage » (cf. infra). Faut-il en faire à l'hôpital pédiatrique ? Peut-on, doit-on recevoir des nouveaux-nés avec d'emblée des « malformations » ou autres pathologies graves ?

Les pédiatres doivent s'impliquer dans la définition de leurs propres stratégies. Ils doivent pouvoir influencer l'organisation et choisir le type de patient pris en charge.

## **PROPOSITIONS**

Rappel : objets de la mission :

- évaluation de l'existant
- évaluation des besoins en formation
- évaluation des candidats à des séjours en France
- formation des personnels à des besoins exprimés
- évaluation des besoins en matériel.

Des constats faits lors de ce séjour ressortent des éléments forts :

- les besoins matériels sont essentiellement l'amélioration des locaux afin de mettre en place des conditions d'hygiène décentes. Ceci est le préalable à toute « exportation de technologie », de type couveuse, dialyse...
- la formation des médecins doit être faite sur place. Elle devrait reposer sur une appropriation du raisonnement médical.

Cette appropriation pourrait se faire par le biais de travaux de recherche en épidémiologie clinique. Ces travaux pourraient ainsi conduire à former les médecins à une rigueur d'observation, à protocoliser les démarches diagnostiques et thérapeutiques, à évaluer les soins. Ils permettraient également aux médecins d'avoir par le biais d'études simples, une notion des pathologies réellement traitées avec une vue d'ensemble de leur activité pour qu'ils puissent élaborer des stratégies.

Les Professeurs MAARIJ et MAACHER avec qui j'ai eu une longue discussion en fin de mission, seraient intéressés par un soutien dans ce sens.

- l'hôpital Indira Gandhi qui ne fait pas partie des hôpitaux universitaires, m'a sollicité de façon précise pour développer la néonatalogie. Il serait intéressé par un soutien pour créer une unité Kangourou pour faire de l'élevage. Je m'interroge sur la faisabilité d'une telle unité sans étude anthropologique et sociologique du lien mère-enfant localement (cf. annexe 3).

Une réflexion doit être impérativement engagée sur la relation avec l'IMFE, car tout projet de coopération à Kaboul dans le domaine de la pédiatrie se trouvera forcément en porte à faux par rapport à cet établissement et aux médecins français présents.

## **CONCLUSION**

Un projet de collaboration avec les hôpitaux universitaires de Kaboul dans le domaine de la pédiatrie devrait reposer sur un soutien logistique simple, un soutien universitaire bien réfléchi, pour développer une pédiatrie clinique de qualité et des capacités d'évaluation des besoins de la part des responsables de service.

L'enjeu est aussi de permettre aux pédiatres universitaires de devenir les clefs de voûte d'un système de santé cohérent pour les enfants afghans.

On peut se rappeler que les pédiatres ont été à l'origine de la santé communautaire et qu'ils ont un rôle majeur pour inciter à la prévention et à la diffusion de pratiques d'éducation sanitaire.

## **REMERCIEMENTS**

- Dr Didier Jacques : il m'a confié cette mission, m'a épaulée de ces conseils avant le départ, et relu ce rapport.
- Madame cavaille du service des relations internationales des HCL : merci pour la logistique
- Dr Philippe Bonhoure et toute l'équipe de la « guest house » de la mission santé de Kaboul : un accueil chaleureux et des conseils précieux
- A tous les collègues rencontrés à Kaboul leur générosité, leur humour, leur écoute sont une leçon de confraternité et d'humanité inoubliable.

## **ANNEXES**

### **ANNEXE 1 : MUCOVISCIDOSE**

Un des médecins me demande de voir un patient qui vient d'arriver. Il me dit qu'il est en mauvais état avec une diarrhée et une malnutrition. Qu'est-ce que j'en pense ? Que faut-il faire ?

Il s'agit d'un garçon de 18 mois, avec une malnutrition sévère.

Je pose des questions sur les antécédents. Il peut seulement me dire que la diarrhée dure depuis longtemps.

Je lui demande d'interroger la mère :

Fratricide ? C'est le 4e.

Comment vont les autres enfants ? Ils sont morts

De quoi ? De la même chose, diarrhée puis cachexie, un est mort en période néonatale précoce.

Comment s'est déroulée la grossesse ? bien

L'accouchement ? bien

À terme ? L'enfant était-il normal ? D'un bon poids ? Oui

Au début il grossissait bien ? Oui, mais il a eu tout de suite la diarrhée

Il tétait bien ? Oui, il tétait beaucoup, il avait tout le temps faim et puis depuis quelques mois, il ne mange plus.

J'entends l'enfant tousser à plusieurs reprises.

Il tousse depuis longtemps ? Oui, il a eu plusieurs bronchites, il a d'ailleurs eu un traitement de tuberculose.

Les selles sont comment ? Grasses (réponse spontanée)

Il est « salé » quand on l'embrasse ? Oui

Le médecin qui m'avait demandé de voir l'enfant a été stupéfait de ma manière de mener l'interrogatoire. Il avait ensuite le plus grand mal à concevoir la notion d'hypothèse diagnostique la plus probable.

### **ANNEXE 2 : INFECTION URINAIRE**

On me présente un petit garçon de 6 ou 7 ans. Il a de la fièvre. On me dit qu'il a une infection urinaire.

Le diagnostic a été posé sur des urines avec des leucocytes et des protéines. Pas de notion de douleurs abdominales.

Le coup d'œil montre un enfant de taille normale pour l'âge. La TA n'a pas été prise.

La NF ne montre pas d'hyperleucocytose. Pas de CRP faite.

L'enfant est sous antibiothérapie...

Pour combien de temps ? 10 jours puisque nous ne pouvons pas savoir s'il existe une anomalie rénale sous-jacente !

### **ANNEXE 3 : DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR**

Au cours de mon séjour, qu'il s'agisse d'enfants hospitalisés ou d'enfants portés par leurs parents dans la rue, j'ai été frappée par l'aspect hypotonique et peu présent des moins de 2 – 3 ans.

Enfants trop sages, on n'entend pas pleurer à l'hôpital, rire non plus, ni solliciter. Dans la rue où ils sont toujours au bras, ils somnolent, « pendent », sans s'intéresser à ce qui se passe, et sans **interagir** avec la mère qui est le plus souvent encore cachée sous la burqa.

Les mères observées à l'hôpital, sans burqa, ne sourient pas, elles ont l'air triste. Elles laissent les enfants posés sur le matelas à leur côté, sans les toucher.

Sur le plan du développement (moteur et autres ?), les enfants ont très régulièrement un retard d'environ 4 à 6 mois par rapport au score de Denver.

L'exemple le plus frappant est l'absence de sollicitude visible des mères et l'absence de demande relationnelle des enfants.

Je n'ai pu évaluer précisément cette impression clinique.

Une étude serait sans doute très intéressante.

ACF semble répondre à cette problématique en mettant dans son programme de nutrition à la fois la composante « diététique » mais aussi les stimulations psychomotrices et l'accompagnement des mères.

Les pédiatres afghans n'ont pas les données théoriques nécessaires, même semble-t-il de préoccupation pour ce thème.

Rapport de mission validé par l'ambassade de France en Afghanistan le 9 octobre 2006

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



Dr Philippe Bonhoure  
Chef de la Cellule Santé

