



# OFFRE DE SOINS ET SYSTÈME DE RÉFÉRENCE HOSPITALIER À KABOUL

MISSION D'EXPERTISE FRANÇAISE - MAI 2002

CONTACT :

**DOCTEUR FRÉDÉRIC TISSOT**  
mobile : 00 46 73 00 44 539  
(+93) 070 27 74 66  
frederic.tissot@diplomatie.gouv.fr

سفارت فرانسه  
کابل

AMBASSADE DE FRANCE  
KABOUL



**M**INISTÈRE  
DES  
**A**FFAIRES  
**É**TRANGÈRES



**OFFRE DE SOINS ET SYSTÈME  
DE RÉFÉRENCE HOSPITALIER**

**À K A B O U L**

MISSION D'EXPERTISE FRANÇAISE - MAI 2002

LES AUTEURS :

MONSIEUR PHILIPPE **R**OGNIE,  
MONSIEUR KASSEM **E**MAM,  
MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL **C**SASZAR-GOUTCHKOFF,  
MONSIEUR GÉRARD **F**OULON,  
MONSIEUR FRANÇOIS **C**RÉMIEUX.

# Sommaire

## I - INTRODUCTION

<b>I.1 - CADRE GÉNÉRAL DE LA MISSION DU MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES</b> .....	2
I.1.1 - OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE LA MISSION .....	2
I.1.2 - COMPOSITION DE LA MISSION .....	3
<b>I.2 - MÉTHODOLOGIE</b> .....	3
I.2.1 - DOCUMENTATION ET BIBLIOGRAPHIE .....	3
I.2.2 - RENCONTRES AVEC LES AUTORITÉS AFGHANES .....	3
I.2.3 - RENCONTRES AVEC LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX .....	3
I.2.4 - RENCONTRES AVEC LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES .....	4
I.2.5 - RENCONTRES AVEC LES DIRECTEURS DES STRUCTURES SANITAIRES DE KABOUL .....	4
<b>I.3 - PRÉCAUTIONS SUR LA VALIDITÉ DES DONNÉES</b> .....	4

## II - CONTEXTE : LA SANTÉ EN AFGHANISTAN

<b>2.1 - SITUATION POLITIQUE, ÉCONOMIQUE ET SOCIALE</b> .....	7
2.1.1 - SITUATION POLITIQUE .....	7
2.1.2 - SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE .....	7
2.1.3 - UNE ADMINISTRATION RENAISSANTE NON ENCORE OPÉRATIONNELLE .....	7
2.1.4 - L'AIDE INTERNATIONALE .....	8
<b>2.2 - LA SANTÉ EN AFGHANISTAN APRÈS 23 ANS DE GUERRE</b> .....	9
2.2.1 - SITUATION EN 1989-1991 .....	9
2.2.2 - EPIDÉMIOLOGIE ET OFFRE DE SOINS EN 2001-2002 .....	10
2.2.2.1 - Mortalité et morbidité générale	
2.2.2.2 - Domaine de la mère et l'enfant	
<b>2.3 - USAGERS DES SERVICES DE SOINS ET ACCESSIBILITÉ</b> .....	10
2.3.1 - L'ENQUÊTE RIGOREUSE RÉALISÉE PAR LE CICR EN 1999 AUPRÈS DE 214 FOYERS KABOULIS .....	11
2.3.2 - UNE AUTRE ENQUÊTE A ÉTÉ FAITE PAR "TERRE DES HOMMES" DANS LE CADRE DE SON ACTION "SUIVI DE FEMMES À DOMICILE" À KABOUL .....	11
2.3.3 - DIFFICULTÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS .....	12
<b>2.4 - ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ; OFFRE DE SOINS THÉORIQUES</b> .....	12
2.4.1 - EN AFGHANISTAN .....	12
2.4.1.1 - Moyens budgétaires selon le Ministère de la Santé Publique	
2.4.1.2 - Répartition des personnels et des structures	
2.4.1.3 - Les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé	
2.4.2 - LE SYSTÈME DE SANTÉ AFGHAN À KABOUL .....	14
2.4.2.1 - Le système privé	
2.4.2.2 - L'offre de soins des ONG	
2.4.2.3 - Le système de soins publics	
2.4.2.4 - Les ressources humaines selon le Masterplan 2002-2006	

<b>2.5 - LES GRANDS ENJEUX DE LA RECONSTRUCTION</b> .....	<b>17</b>
2.5.1 - LE STATUT DE LA FEMME .....	17
2.5.2 - L'ÉGALITÉ RÉGIONALE .....	17
2.5.3 - L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS GARANTIE À TOUS LES AFHGANS ET KABOULIS .....	18
<b>2.6 - LES SOINS PRIMAIRES : UNE PRIORITÉ SANITAIRE NATIONALE</b> .....	<b>18</b>
2.6.1 - LES OBJECTIFS .....	18
2.6.2 - LA MISE EN ŒUVRE .....	18

### **III - LES HÔPITAUX DE KABOUL**

<b>3.1 - RÉALITÉ DU TRAVAIL D'ENQUÊTE ET PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2 - RECUEILS DE DONNÉES ET ENTRETIENS</b> .....	<b>21</b>
3.2.1 - LES ENTRETIENS AVEC LES DIRECTEURS .....	21
3.2.2 - LE RECUEIL DES DONNÉES .....	21
<b>3.3 - SITUATION GÉNÉRALE</b> .....	<b>22</b>
3.3.1 - LA VILLE DE KABOUL .....	22
3.3.2 - LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES DANS LA VILLE .....	22
3.3.2.1 - Au Sud- Ouest	
3.3.2.2 - Au Centre	
<b>3.4 - CAPACITÉS D'HOSPITALISATION ET ACTIVITÉ</b> .....	<b>24</b>
3.4.1 - LES CAPACITÉS D'HOSPITALISATION À KABOUL .....	24
3.4.2 - L'ACTIVITÉ DES HÔPITAUX .....	25
<b>3.5 - ANALYSE DU FONCTIONNEMENT HOSPITALIER À KABOUL</b> .....	<b>27</b>
3.5.1 - TYPES D'ACTIVITÉ .....	27
3.5.1.1 - Consultation externe (OPD)	
3.5.1.2 - Hospitalisations (IPD)	
3.5.2 - L'ADRESSAGE "RÉFÉRENCE" .....	28
3.5.3 - LA PARTICIPATION FINANCIÈRE .....	29
<b>3.6 - ORGANISATION INTERNE ET GESTION</b> .....	<b>29</b>
<b>3.7 - ORGANISATION EXTERNE</b> .....	<b>30</b>
3.7.1 - RELATIONS DES ÉTABLISSEMENTS AVEC LES ONG ET LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES ..	30
3.7.2 - RELATIONS AVEC LE SYSTÈME PRIVÉ .....	31
3.7.3 - RELATIONS AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ PRIMAIRE .....	31
<b>3.8 - FORMATION ET SYSTÈME HOSPITALIER</b> .....	<b>32</b>
3.8.1 - SYSTÈME DE RÉFÉRENCE ET FORMATION .....	32
3.8.2 - QUALITÉ ET VALIDITÉ DES FORMATIONS .....	32
3.8.2.1 - Formation officielle	
3.8.2.2 - Formation et ONG	

3.8.3 - QUANTITÉ ET NOMBRE DE PERSONNES .....	33
<b>3.9 - LES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>34</b>
<b>3.10 - LES RESSOURCES MATÉRIELLES : ÉQUIPEMENTS, CONSOMMABLES, PRODUITS PHARMACEUTIQUES .....</b>	<b>35</b>
<b>3.11 - CONCLUSION : CET ÉTAT DES LIEUX POSE LA QUESTION DE LA DÉFINITION ET DU RÔLE DE L'HÔPITAL À KABOUL .....</b>	<b>37</b>

## **IV - PROPOSITIONS**

<b>4.1 - UNE CLARIFICATION DES MISSIONS AU SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 - DES EXIGENCES À RESPECTER .....</b>	<b>39</b>
4.2.1 - UNE EXIGENCE DE DIGNITÉ .....	39
4.2.2 - UNE EXIGENCE D'EFFICACITÉ ET DE LISIBILITÉ, ET UNE RATIONALITÉ DES COÛTS .....	39
<b>4.3 - UN REGROUPEMENT DE STRUCTURES POUR UNE MEILLEURE GESTION .....</b>	<b>40</b>
4.3.1 - SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES .....	40
4.3.2 - SPÉCIALITÉS MÉDICALES .....	40
4.3.3 - AUTRES SPÉCIALITÉS .....	40
<b>4.4 - PROPOSITIONS PRATIQUES DE RÉORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS À KABOUL .....</b>	<b>41</b>
4.4.1 - LE PÔLE MÉDICO-CHIRURGICAL DU NORD .....	41
4.4.2 - LE PÔLE MÉDICO-CHIRURGICAL DU SUD .....	41
4.4.3 - PÔLE FEMMES ET MATERNITÉS : MALALAÏ ET RABIA E BALKHI .....	42
4.4.4 - PÔLE PÉDIATRIQUE .....	43
4.4.5 - DEUX SITES PARTICULIERS .....	43
Maïwand	
Khair Khana	

## **V - DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION POSITIVE FORTE ET URGENTE**

### **V - ANNEXE**

**CARTES DES ÉTABLISSEMENTS DE KABOUL**

**TABLEAUX DES DONNÉES QUANTITATIVES DES ÉTABLISSEMENTS DE KABOUL**

**TABLEAUX DES PROJECTIONS ÉCONOMIQUES À ÉCHÉANCE 2011**

+ TABLEAU DES PROJECTIONS DE BESOINS EN PERSONNEL SUR LA MÊME PÉRIODE

**FICHES DES HÔPITAUX DE KABOUL**

**GLOSSAIRE**

**Nous tenons à remercier ici :**

*Monsieur l'Ambassadeur de France à Kaboul*  
*Madame La Ministre de la santé de l'Afghanistan*  
*Mesdames et Messieurs les directeurs d'hôpitaux rencontrés*  
*Les ONG*  
*La Banque Mondiale*  
*L'Organisation Mondiale de la Santé*  
*L'UNICEF*  
*L'UNHCR*

# Résumé

## \* L'AFGHANISTAN ENTRE DANS UNE PHASE DE PAIX ET DE RECONSTRUCTION APRÈS 23 ANS DE GUERRE

En 2001, l'Afghanistan comptait près de 22 millions d'habitants. Près de 5 millions de réfugiés vivaient en Iran et au Pakistan. Un million d'entre eux sont déjà rentrés. Ce pays déstructuré, détruit, retrouve l'espoir.

Kaboul, la capitale, compte 2 à 2,5 millions d'habitants.

Lors de la conférence de Tokyo, des engagements ont été pris par la communauté internationale pour reconstruire ce pays, garantir la paix, la réussite et la stabilité politique d'un régime démocratique et légitime.

## \* LA SITUATION SANITAIRE EST TRÈS PRÉOCCUPANTE.

L'ensemble des indicateurs sanitaires montre à quel point une action rapide et prolongée est nécessaire. La mortalité infantile à 5 ans est de 25 %. La couverture vaccinale et l'accès aux soins du système de santé primaire sont très faibles.

Le Ministère de la santé, avec l'OMS, a défini une politique nationale de santé pour tous.

La priorité est donnée au système santé primaire, aux femmes, aux enfants et aux habitants des provinces.

Le rôle et l'action des ONG sont reconnus et souhaités.

La mise en œuvre de ce programme nécessite une réorganisation profonde du système de soins et la mobilisation de moyens.

## \* LE SYSTÈME HOSPITALIER DE KABOUL EST PEU EFFICACE ET SURDIMENSIONNÉ

Pour 10 % de la population nationale, Kaboul concentre plus de 50 à 70 % des ressources humaines.

La majorité de ces personnels est employée dans les hôpitaux de Kaboul. L'action massive de réintégration menée par le MoPH peut sembler contraire aux orientations politiques définies en matière de Santé Publique.

Les 23 établissements hospitaliers de Kaboul sont dans un état peu compatible avec leurs missions. Leurs équipements techniques n'existent plus.

La mission comptabilise 4.600 agents hospitaliers, avec une répartition proche de 1 infirmier pour 1 médecin. La capacité hospitalière totale est de 2.756 lits.

La gestion de ces établissements n'est pas autonome. Les relations avec les Mother and Child Health (MCH) et les centres de santé publics sont absentes.

Le système privé est très développé, commercial, peu maîtrisé, sans lien avec les priorités de santé du pays.

## \* PROPOSITIONS ET ORIENTATIONS

La mise en œuvre du plan de santé du gouvernement afghan basé sur le développement des soins de santé de base est la priorité. Des investissements sont nécessaires. Des décisions difficiles aussi.

Le système hospitalier de Kaboul, tel qu'il existe aujourd'hui, ne répond pas aux objectifs de la politique retenue. En effet, il est dans l'incapacité de réaliser ses principales missions au service du système de santé primaire : référence et formation.

De plus - et peut-être surtout - il mobilise une part beaucoup trop importante des ressources disponibles.

Dans ce sens, le développement non maîtrisé du système hospitalier de Kaboul met clairement en péril l'ensemble de la politique de santé.

Il apparaît urgent de définir une politique du système de référence hospitalier à Kaboul. Celle-ci pourrait viser deux objectifs :

- réhabiliter et accompagner qualitativement - soins, formation, management - certaines structures hospitalières,
- réorienter une part importante des ressources humaines vers le système de santé primaire.-

Dans ce sens, un effort doit être fait pour :

- redéfinir la mission des sites de référence hospitaliers, au service des soins de santé primaires,
- regrouper, réorganiser et réhabiliter certains établissements hospitaliers spécifiques, en leur donnant les moyens de mettre en œuvre leurs missions propres.

Cette réorganisation pourrait se faire selon une démarche progressive.

Il s'agit de ne retenir à terme que quelques sites hospitaliers sur Kaboul dont les plateaux techniques rénovés, les personnels encadrés et formés, et le management renforcé pourraient développer une démarche de qualité dans le domaine des soins et de la formation. Implantés au plus près des populations, en lien avec les structures de santé ambulatoire, ils viendront conforter, renforcer et légitimer la démarche de santé pour tous, basée sur les soins de base.

Ce système de référence d'excellence au service des programmes de soins de santé primaires sera alors capable de servir les objectifs de santé retenus, notamment dans le domaine de la mère et l'enfant.

Les établissements non retenus, en particulier ceux de faible capacité et peu spécialisés, pourraient voir leurs activités - et l'ensemble de leurs ressources humaines - réorientés vers des activités de soins de santé de base, de consultation de proximité, d'éducation et de prévention.

Dans ce sens, la mission française propose le regroupement des activités de soins et de formation autour de quatre pôles :

- un pôle médico-chirurgical au Nord autour du site de Wazir Akbar Khan, en y transférant les activités utiles de Jamourhiat et Antany,
- un pôle médico-chirurgical au Sud autour du site historique de Ali Abad reconstruit. Sur ce dernier, associées aux activités pédiatriques d'Ataturk, seraient transférées les activités de Ibn-e-Sina, New Ali Abad, Karthe Seh, avec éventuellement les activités ORL de Maïwand.
- un pôle « femmes et maternité » avec Malalai et Rabia-e-Balkhi, en relation étroite avec le dispositif des MCH,
- un site pédiatrique médico-chirurgical à Indira Gandhi en relation avec Atatürk.



# Introduction

CONTEXTE : LA SANTÉ EN AFGHANISTAN

LES HÔPITAUX DE KABOUL

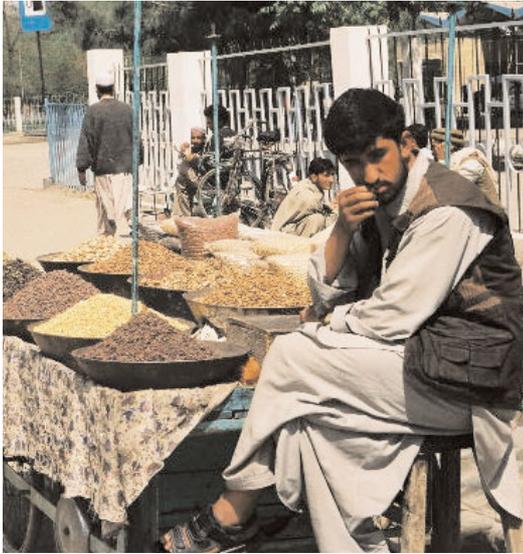
PROPOSITIONS

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION POSITIVE FORTE ET URGENTE

ANNEXES



## I.1 - CADRE GÉNÉRAL DE LA MISSION DU MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES



La France est le seul pays qui, à titre bilatéral, dispose en Afghanistan d'un représentant permanent dans le domaine de la santé.

Le Docteur Frédéric Tissot a en effet été nommé chargé de mission santé près l'ambassade de France suite à une première « mission santé » diligentée à Kaboul en novembre 2001 par les ministères français des Affaires Étrangères et de la Santé.

Cette présence permanente a permis l'instauration de liens de travail avec l'ensemble des partenaires dans le domaine de la santé en Afghanistan et tout particulièrement avec les responsables du Ministère de la Santé Publique - Ministry of Public Health (MoPH).

C'est à la demande des autorités afghanes qu'une mission d'expertise a été envoyée par le Ministère des Affaires Étrangères afin de réaliser une évaluation du système de référence hospitalier de Kaboul.

Ce rapport est donc destiné aux autorités afghanes et tenu à la disposition des différents partenaires impliqués dans la reconstruction du système de santé afghan.

La mission a effectué un séjour à Kaboul et en Afghanistan du 14 avril au 4 mai 2002.

### I.1.1 - OBJECTIFS DE LA MISSION

La note de cadrage énonçait les objectifs détaillés :

- réaliser un état des lieux aussi précis que possible de l'ensemble des structures hospitalières de la ville de Kaboul. Décrire et comprendre les systèmes actuels d'adressage des patients entre les différents niveaux de prise en charge : système de santé primaire, hôpitaux de proximité ou généraux et hôpitaux de spécialité ;
- évaluer le rôle actuel des hôpitaux dans la politique de formation des médecins et personnels paramédicaux afghans ;
- repérer les interventions des différents partenaires dans le champ de la santé et plus spécifiquement dans les hôpitaux de Kaboul.



Cette mission devait fournir des propositions pour l'organisation du système de référence hospitalier à Kaboul, en conformité avec les priorités politiques du gouvernement afghan, les priorités de santé publique retenues par l'Organisation Mondiale de la Santé et les orientations de politique publique proposées par la Banque Mondiale.

Les termes de référence de la lettre de mission sont explicites :

*"Il s'agit clairement, dans le cadre de la politique de "Santé pour tous" décidée par les autorités afghanes en mars 2002, de déterminer quel système de référence hospitalier il est nécessaire et possible, immédiatement et à terme, de mettre en place à Kaboul pour améliorer et compléter les structures de soins de bases, éléments essentiels pour l'accès de la population au système de santé".*

## **I.1.2 - COMPOSITION DE LA MISSION**

Cette mission pluridisciplinaire était composée de cinq experts :

- Monsieur Philippe ROGNIÉ,  
Directeur d'Hôpital, Chef de Cabinet de Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé,-
- Monsieur Kassem EMAM,  
Directeur d'Hôpital au CHRU Henri Mondor de Créteil (94), ancien Directeur du Centre Hospitalier Universitaire Ali Abad de Kaboul,
- Monsieur le Docteur Michel CSASZAR-GOUTCHKOFF,  
Médecin inspecteur en chef de santé publique, ministère de la santé, DDASS Evry (91)
- Monsieur Gérard FOULON,  
Économiste au CERMES-INSERM - Unité 502 - Villejuif (94),
- Monsieur François CRÉMIEUX,  
Directeur adjoint du CHU Louis-Mourier (AP-HP), Colombes (92)

## **I.2 - MÉTHODOLOGIE**

---

### **I.2.1 - DOCUMENTATION ET BIBLIOGRAPHIE**

La mission a pris connaissance de la documentation existante sur le système de santé afghan. Notamment :

- le projet stratégique du Ministère de la Santé Publique "Working document for the development of the Master plan for the reconstruction and rehabilitation of the health system in Afghanistan, 2002-2006" ;
- la documentation de l'Organisation Mondiale de la Santé, notamment les données épidémiologiques issues des bases de données "Health Mapper" et "OPDinfo", l'ensemble des analyses réalisées dans le cadre du programme "Basic Development Needs", ainsi que les différents rapports rédigés par les experts de l'OMS ;
- l'évaluation des structures sanitaires réalisée en 1999 par le Comité International de la Croix Rouge, en 2002 par l'ISAF et par MDM ;
- les différents rapports et bases de données de l'UNICEF sur l'état de santé de la population ;
- les principaux rapports de la Banque Mondiale, notamment :
  - \* World Bank approach paper (novembre 2001) ;
  - \* Preliminary needs assessment for recovery and reconstruction (janvier 2002) ;
  - \* Joint donor mission to Afghanistan (avril 2002)\*

### **I.2.2 - RENCONTRES AVEC LES AUTORITÉS AFGHANES**

Les experts ont rencontré les Autorités Sanitaires Afghanes, au premier rang desquels Madame la Ministre de la Santé, Soheila Sediq, Monsieur le vice-ministre de la santé, le Docteur Firouz, leurs adjoints et conseillers, ainsi que le Doyen de l'Institut médical de Kaboul, le Pr Anouar Afzal.

### **I.2.3 - RENCONTRES AVEC LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX**

La plupart des partenaires publics internationaux ont été consultés

- \* la représentation de la Commission Européenne à Kaboul,
- \* les agences des Nations-Unies impliquées dans le champ sanitaire
- \* les représentants de la Banque Mondiale,
- \* ceux du Comité International de la Croix-Rouge.

## I.2.4 - RENCONTRES AVEC LES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES

Si la mission n'a pu développer de contacts avec l'ensemble des Organisations Non Gouvernementales présentes en Afghanistan (plus d'une centaine), plusieurs ont été rencontrées, parmi lesquelles Médecins Sans Frontière, Médecins du Monde, Action contre la Faim, MRCA, Aide Médicale Internationale, Terre des Hommes, ACTED, Healthnet international, Emergency.

## I.2.5 - RENCONTRES AVEC LES DIRECTEURS DE STRUCTURES SANITAIRES DE KABOUL ET VISITES SUR SITES

La mission a visité toutes les structures hospitalières, hors deux à trois établissements mineurs. Elle y a rencontré les directeurs d'hôpitaux et de nombreux chefs de services. Ces visites furent l'occasion d'une collecte systématique de données portant notamment sur :

- les infrastructures,
- les capacités d'hospitalisation,
- les ressources humaines,
- les moyens diagnostics et les équipements médicaux ou non médicaux,
- les structures d'enseignement,
- les relations avec les autres acteurs du système de santé.

Chaque fois que cela était possible, des comparaisons ont été effectuées entre les données recueillies par la mission française et celles collectées par d'autres, notamment le CICR en 1999 et MDM et l'ISAF en 2002. L'ensemble des données concernant chaque établissement est joint en annexe au présent document.

## I.3 - PRÉCAUTIONS SUR LA VALIDITÉ DES DONNÉES



Les cinq années de pouvoir des Talibans, leur absence dans la gestion administrative du pays, cumulées aux destructions physiques de nombreux bâtiments gouvernementaux et aux exodes de nombreux cadres au gré des différents épisodes politiques de ces dernières années ont laissé une administration exsangue. Les seuls outils de comptabilité sont aujourd'hui la patience de quelques responsables, le crayon et la feuille de papier. Le

système d'information sanitaire est à reconstruire. Ainsi, l'obtention d'une donnée quantitative ou qualitative est aléatoire même au niveau le plus élevé.

Selon les périodes les entités ne sont pas mesurées de la même façon. L'effectif total n'est pas toujours connu, les médecins ne sont pas toujours identifiés et distingués des personnels médico-administratifs.

Le « lit » est une notion de faible signification pour décrire un établissement. Cela reste à défaut d'autres indicateurs, une notion de base permettant de mesurer des écarts, des variations et quelques taux. La mission en connaît les limites. En l'état actuel il existe peu d'alternative.

Quelques données sont fiables et précises, le plus souvent issues d'enquêtes ciblées pertinentes sur le plan méthodologique. Elles concernent notamment l'analyse des files actives des ONG médicales et sanitaires (Terre des Hommes, MSF, AMI, MDM, Emergency), certains travaux thématiques de l'OMS et de l'UNICEF dans leurs domaines d'expertise (malaria, tuberculose, lutte contre les maladies infectieuses notamment).



Pour les services de soins en général, la fiabilité des données est réduite. L'OMS estime une marge d'erreur allant parfois jusqu'à 30 à 50 %.

En aucun cas cependant, cela ne doit récuser la réflexion sur la réorganisation du système de référence de Kaboul ou sur la mise en œuvre de programmes. Les ordres de grandeur et les évolutions entre les différents recueils de données mentionnés sont valides.

La mission française a pris l'initiative d'un recueil de données systématique et exhaustif sur l'ensemble des structures d'hospitalisation de Kaboul afin de contribuer à la mise à jour des données existantes et de permettre une assise solide à la réflexion.

Elle a par ailleurs recueilli les données concernant le budget prévisionnel de l'Etat ainsi que diverses données d'ordre économique et financier du ministère de la santé. Il n'a pas été possible d'isoler un budget hospitalier ou une notion de coût. En revanche, on peut décrire des sommes globales en matière de personnel et de certaines lignes de fonctionnement.



INTRODUCTION

# Contexte : la santé en Afghanistan

LES HÔPITAUX DE KABOUL

PROPOSITIONS

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION POSITIVE FORTE ET URGENTE

ANNEXES



## 2.1 - SITUATION POLITIQUE, ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

### 2.1.1 - SITUATION POLITIQUE

En 2001, l'Afghanistan comptait près de 22 millions d'habitants. Près de 5 millions de réfugiés vivaient en Iran et au Pakistan. Un million d'entre eux sont déjà rentrés en juin 2002.

La conférence de Bonn de décembre 2001, rassemblant les représentants des différentes composantes du pays, a désigné une autorité intérimaire afghane (AIA), dont la mission principale est la mise en œuvre de la Loya Jirga en juin 2002. Celle-ci vient de confirmer Ahmad Karzaï à la tête du futur gouvernement provisoire.

L'AIA a également mis en place les éléments administratifs et matériels pour la reconstruction du pays. Ce travail, très important, se déroule dans des conditions matérielles difficiles. De multiples projets sont élaborés avec les agences de l'ONU et les principales ONG.

Le Ministère de la Santé Publique - MoPH - est le lieu de décision et d'organisation de toutes les questions de santé. L'OMS a été désignée comme "lead agency". Donner au Ministère les moyens matériels de mener sa politique de santé publique est l'une des priorités retenues par cette agence.

A l'issue de la Loya Jirga, une nouvelle période de 18 mois s'ouvre. Elle doit être mise à profit pour mettre en place les facteurs de paix et de sécurité utiles pour la survie de la population.

### 2.1.2 - SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE



L'ensemble des indicateurs classiques témoigne d'une économie détruite par 23 ans de conflits. Le PIB annuel par habitant est de 200 \$.

L'économie, essentiellement agricole, est fortement déstabilisée. Les communications sont irrégulières, voire inexistantes.

Actuellement, le besoin minimum pour un fonctionnaire Kabouli et sa famille est évalué à 150 à 200 \$ par mois. Le salaire d'un médecin s'élève officiellement à 40 \$.

Une grande partie de la population, sans emploi, n'accède pas à ces niveaux de revenu.

A Kaboul, 80 % des personnes seraient en dessous du seuil de pauvreté, 70 % sont illettrées, 90 % parmi les femmes. La ville connaît une croissance rapide du fait de l'afflux des réfugiés et peu de structures et de services les attendent malgré les efforts des organismes spécifiques. Des zones urbaines surpeuplées et dépourvues d'infrastructures (eau, évacuations, électricité) se créent à la périphérie (voir en annexe le tableau des projections économiques à moyen et long terme).

### 2.1.3 - UNE ADMINISTRATION RENAISSANTE

Le Plan de développement sanitaire, élaboré en 1991 et mis à jour en 2002 avec l'appui de l'OMS, prévoit l'une profonde réorganisation du système de santé. Ce plan standard prévoit, comme dans beaucoup de pays, de décentraliser la décision et la gestion des ressources pour la santé de niveau primaire et secondaire au niveau du district sanitaire, entité non encore définie d'environ 100 à 200 000 personnes, de taille intermédiaire entre le district administratif et la province.

Mais l'Administration centrale mise en place par le Gouvernement intérimaire n'est pas encore opérationnelle. La principale préoccupation du Gouvernement est de consolider l'Etat de droit, notamment la sécurité intérieure (armée, police) et les finances publiques (la douane notamment). Les Ministres sont en outre confrontés à des problèmes d'agencement, d'organisation et d'approvisionnement. La relation entre l'administration centrale et les régions reste virtuelle. Le pays comporte 7 régions, 29 provinces et 330 nahia (districts). Les districts sont divisés en Gozars. La région Centre, comporte six provinces (Kaboul, Logar, Wardak, Parwan, Kapissa, Bamyane). Lorsque le Gouvernement provisoire, issu de la Loya Jirga sera en place, quelques mois seront encore nécessaires pour roder ces jeunes institutions.

#### 2.1.4 - L'AIDE INTERNATIONALE

La première réunion sur la reconstruction de l'Afghanistan s'est tenue à Bruxelles les 20 et 21 décembre 2001.

Sous la co-présidence des États-Unis, de l'Union Européenne, du Japon et de l'Arabie Saoudite, elle rassemblait l'Autorité Intérimaire Afghane, 33 pays, 12 organisations internationales et plusieurs organisations non gouvernementales.

Plusieurs secteurs prioritaires ont été définis : aide aux structures institutionnelles, énergie, eau et assainissement, emploi, éducation et santé.



Dans ce dernier secteur, le montant de l'aide minimale nécessaire a été estimé à 80 M\$ la première année, à 210 M\$ pour les deux ans et demi à venir, à 380 M\$ sur cinq ans et à 640 M\$ sur 10 ans. Ces estimations ont été obtenues par comparaison avec les opérations similaires menées au Cambodge, au Liban, au Mozambique et au Rwanda, en multipliant l'aide annuelle moyenne par habitant par l'effectif de la population afghane.

Selon la même méthode, les coûts de fonctionnement récurrents ont été estimés pour l'ensemble des secteurs bénéficiaires de l'aide à 700 M\$, 1.800 M\$ et 3.100 M\$, ce qui représenterait pour le secteur de la santé, au prorata des chiffres précédents, 35 M\$, 122 M\$ et 166 M\$.

Un premier fonds d'aide d'urgence à l'Autorité Intérimaire Afghane a été créé, pour un montant de 24 M\$, essentiellement destiné à payer les fonctionnaires (dont le nombre, dans le domaine de la santé, a été évalué à 23.000) et l'aide technique. Ce fonds fonctionne sur Kaboul, jusqu'à la réunion de la Loya Jirga.

L'aide internationale a été reconnue comme devant être, au moins chronologiquement, le premier vecteur de financement de la reconstruction.

Un fonds unique a été proposé lors de la conférence de Tokyo les 21 et 22 janvier 2002. En avril, les premières annonces se montaient à 400 M\$. Ce fonds, bientôt opérationnel, sera administré par la Banque Mondiale, le P.N.U.D., la Banque Asiatique et la Banque Islamique de Développement.

Pour sa part, l'Union Européenne, avec les pays qui la composent, consacra à la reconstruction de l'Afghanistan une enveloppe de 2,5 milliards d'Euros sur cinq ans. En 2002, la Commission européenne a engagé 57,5 millions d'euros dès le premier semestre puis 70 millions d'euros supplémentaires au 2ème semestre. Les opérations portant sur la santé relèvent de cette deuxième enveloppe. 14 millions d'euros devraient y être consacrés.

## 2.2 - LA SANTÉ EN AFGHANISTAN APRÈS 23 ANS DE GUERRE

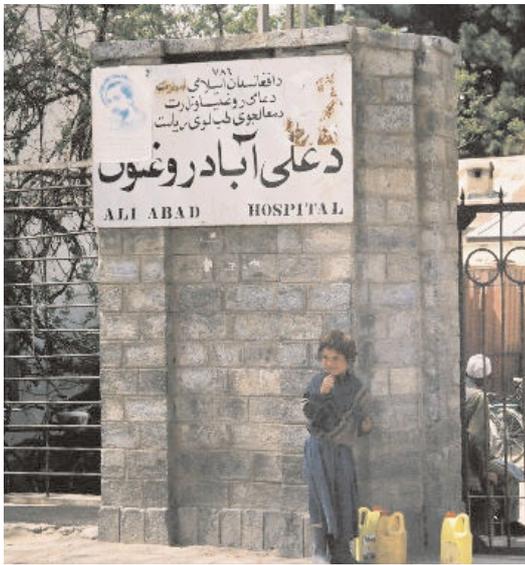
### 2.2.1 - SITUATION EN 1989-1991

Le rapport sur l'orientation et la réhabilitation du système de santé, établi en 1991 par le Ministère de la Santé et l'OMS, constatait :

- un taux brut de mortalité de 28 ‰,
- un taux de natalité de 48 ‰,
- un taux de croissance démographique de 2.51 ‰,
- une espérance de vie entre 40.5 et 42 ans,

En 1989, l'Afghanistan avait déjà les taux les plus élevés pour :

- la mortalité des enfants de moins de 5 ans : 304 pour 1 000 naissances,
- la mortalité infantile : 182 pour 1000 naissances (129 en milieu urbain, 300-500 en zone rurale isolée).



La mortalité était liée aux affections saisonnières, pneumopathies en hiver, diarrhées en été, à la malnutrition et aux conséquences des faibles poids à la naissance.

Les maladies transmissibles complétaient ces étiologies : poliomyélite, tétanos, diphtérie, rougeole, et pour les adultes, blessures de guerre, tuberculose et paludisme.

La mortalité maternelle était de 640 pour 100.000 naissances vivantes.

Selon les études faites dans les camps de réfugiés en Iran et au Pakistan, 5 à 10 % des grossesses étaient considérées comme à risques, mais près de 98 % des accouchements se faisaient à domicile sans assistance compétente sur le plan sanitaire.

Des enquêtes ponctuelles montraient une moyenne de 9,4 enfants par femme dont 5,7 vivants. 43 % d'entre eux mourraient dans l'année.

Ces données indiquaient déjà l'importance fondamentale à mettre en place des structures de santé primaire, d'éducation et de prévention.

A cette date, une organisation fine était proposée, selon la pyramide des soins. La notion de district était établie, avec des hôpitaux « Woleswali » au nombre de 93 et d'autres de 5 lits de type « Alakadari »

Pour 10 % de la population nationale, Kaboul concentrait déjà 58 % du matériel de radiologie, 78 % des structures de type « Mother and Child Health Clinics » et 50 % du parc hospitalier.

Sur 2.400 médecins recensés, les deux tiers exerçaient à Kaboul, qui comptait aussi 1.270 infirmières, 411 sages-femmes, et 326 techniciens de laboratoire.

En province, on dénombrait alors 4.000 travailleurs de santé dont 246 médecins, 335 infirmières et 1.586 travailleurs intermédiaires.

Le constat établi par la mission, proche de celui de 1989 établi par le CICR et l'analyse de l'OMS, confirme cet écart entre une théorie ambitieuse, susceptible d'avoir un impact sur la santé et la réalité kaboulienne.

Ce décalage incite à une rapide définition de politiques prenant en compte les multiples aspects de l'organisation sanitaire, sous tendus par des contraintes socio-économiques et politiques incontournables.

## 2.2.2 - EPIDÉMIOLOGIE ET OFFRE DE SOINS 2001-2002

### 2.2.2.1 - MORTALITÉ ET MORBIDITÉ GÉNÉRALES

Le taux de mortalité brut est de 21 % (données du rapport OMS 2001), la mortalité infantile est de 152 pour 1.000 naissances, la mortalité avant 5 ans est de 257 pour 1.000 naissances soit 16.000 décès par an. Le taux de mortalité maternelle de 820 pour 100.000 naissances, est considéré comme le plus élevé au monde avec la Sierra Léone. Sur le plan nutritionnel, la moitié des enfants de moins de 5 ans ont une malnutrition chronique. Pour 16 % d'entre eux celle ci est sévère.

Le taux d'incidence de la tuberculose est de 14,4 pour 100.000. 11 % de la population atteinte est traitée. Seuls 44,7 % de ces traitements sont considérés comme réussis. On note des épidémies de choléra en 1999 et en 2000 dans certaines régions centrales. Les épidémies de gripes et assimilées ont un fort taux de décès. Une épidémie de rougeole récente aurait tué plusieurs dizaines de milliers d'enfants.

Sur le plan vaccinal, la couverture est de 40 % pour le BCG, 35 % pour la rougeole, et seulement 11 % pour la polio et 9% pour le DTP.

### 2.2.2.2 - DOMAINE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT - DONNÉES SITE WWW.WHO.ORG.

Hormis les taux très élevés de mortalité maternelle et infantile, le taux de fertilité est à 6,9, le taux de suivi médicalisé de grossesse est de 8 %, et le taux d'accouchement avec accompagnement sanitaire est de 8 %.

80 à 90 % des femmes enceintes sont anémiées et souvent carencées en iode.



Le besoin et le désir de contraception sont de 98 % dans certaines études (Terre des Hommes). Le taux de césariennes à la maternité de Malalaï est de 3,8 %. Un suivi hospitalier dans cette maternité relève 15 % d'éclampsie. Les hémorragies et les infections générales ou basses seraient fréquentes. 1,7 % des enfants seraient prématurés, 3,4 % morts nés. 20 % des enfants pèseraient moins de 2,5 kg.

Un usage culturel fréquent recommande pour le nouveau-né une diète stricte de 3 jours.

L'allaitement exclusif au sein à trois mois ne serait que de 25 %.

Il y aurait du fait de la guerre 800 000 veuves et orphelins.

Les décès des enfants sont dus, comme il y a vingt ans, aux pneumopathies pour 20 %, à la diarrhée pour 20 % et à une pathologie relevant d'une prévention vaccinale pour encore 20 %.

L'accès à l'eau potable n'est pas la règle, 19 % en ville (40 % selon d'autres sources), 11 % en milieu rural. L'accès à des sanitaires fonctionnels n'est que de 28 % en ville et 8 % en milieu rural.

Ceci montre l'urgence et l'importance des soins de santé primaire ambulatoire et de proximité, de l'éducation à la santé et de mesures d'hygiène et de nutrition de base.

## 2.3 - USAGES DES SERVICES DE SOINS ET ACCESSIBILITÉ À KABOUL

Peu de travaux spécifiques sont consacrés à l'aspect culturel de la santé. L'expérience des soignants et deux travaux récents permettent de donner quelques idées de grande valeur.

L'utilisation du système de soins par les Afghans est exceptionnel. Elle ne concerne qu'une faible partie de la population.

Ce faible usage est dû à de multiples facteurs. L'extrême concentration de l'offre de soins au centre de Kaboul, son coût prohibitif, sa faible qualité, l'absence de transport et l'absence de ressources sont des éléments déterminants.

Pour les femmes et les enfants se surajoutent des éléments culturels et sociologiques très lourds, entraînant un surcroît non négligeable de morbidité et de mortalité.

### **2.3.1 - L'ENQUÊTE SYSTÉMATIQUE RÉALISÉE PAR LE CICR EN 1999 AUPRÈS DE 214 FOYERS KABOULIS APPORTAIENT LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :**

- 51% des foyers avaient connu un épisode morbide le mois précédent, le plus souvent chez un enfant (2/3) et le plus souvent une pneumopathie ou une diarrhée.
- 6% des foyers avaient compté un décès durant l'année précédente, pneumopathie et dénutrition pour les 2/3.
- 35% avaient recours au service public de santé, 24% au secteur privé. 42% avaient recours aux deux systèmes.
- Le recours au service public était lié à la gratuité, le recours au secteur privé à l'absence d'attente et à la garantie d'une dispensation de soins.
- 75% des foyers utilisaient de façon non exclusive des pratiques traditionnelles.
- sur 222 accouchements, 180 d'entre eux (80%) avaient eu lieu à domicile, 38 (17%) en secteur public et 4 en clinique privée.
- à domicile : 50% des accouchements avaient été assistés par un membre de la famille, 37% par une accoucheuse traditionnelle, 6% par une sage-femme et 0,5% par un médecin.

A noter que cette étude a été réalisée au sein d'une population ayant un accès élevé aux soins puisque 72 % des enfants présents étaient complètement vaccinés au moment de l'enquête.

On souligne cependant la fréquence importante de l'accouchement à domicile sans présence médicale.

### **2.3.2 - UNE AUTRE ENQUÊTE A ÉTÉ FAITE PAR "TERRE DES HOMMES" DANS LE CADRE DE SON ACTION "SUIVI DE FEMMES À DOMICILE" À KABOUL.**



En 2001, ce suivi - 4 visites minimum et une éducation aux soins élémentaires - a concerné 27.845 personnes dont 4.650 grossesses ont abouti à 4.000 nouveaux-nés dont 3,5 % de faible poids.

Dans cette file active, 7 % des femmes furent admises à l'hôpital et 0,7 % dans un MCH pour complications. On note l'absence de décès maternel, mais celui de 84 enfants dans la période néonatale (soit 2 %).

En terme de morbidité, 40 % des mères souffraient d'anémie sévère, 2,5 % d'endométrite et 2 % d'infection urinaire. 5,5 % des nouveaux-nés présentaient une conjonctivite, 2 % une omphalite et 1,5 % une infection respiratoire aiguë.

Dans cette étude, effectuée aussi auprès d'une population plus sensibilisée, puisque "suivie",

60 % des accouchements avaient lieu à domicile, 32 % à l'hôpital, 2,5 % en clinique privée.

L'assistance à l'accouchement était faite dans 33% des cas par un membre de la famille, 14 % par une sage-femme et 0,8 % par un médecin privé.

### **2.3.3 - DIFFICULTÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS.**

Concrètement, à Kaboul, chaque personne est livrée à elle-même pour accéder aux soins et au système de santé. Sur 2 millions de personnes, on peut considérer que la moitié, vivant dans une extrême pauvreté, renonce totalement aux soins.

Comme cela sera montré plus loin, l'extrême concentration des établissements de Kaboul en centre-ville, dans le centre Nord-Est, laisse certains quartiers dépourvus de toute offre de soins.

Par ailleurs, établir un taux général de fréquentation de ces structures de soins est de faible signification. En effet :

- les personnes à revenus importants peuvent se faire soigner à Kaboul en privé ou aller en Iran ou au Pakistan,-
- et les personnes les plus pauvres - la majorité - cumulent les risques accrus, la faible éducation et la difficulté de recours aux soins.-

C'est pour cette dernière population ciblée que doit être organisé le système de santé publique.

## **2.4 - ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, L'OFFRE DE SOINS THÉORIQUE**

---

### **2.4.1 - EN AFGHANISTAN**

#### **2.4.1.1 - MOYENS BUDGÉTAIRES SELON LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MOPH**

En 2001 :

Près de 216 milliards d'afghanis avaient été affectés à la santé, dont 159 milliards pour les salaires et 10 milliards pour les médicaments. Les talibans ont réduit ces dotations de façon drastique, réduisant de moitié la part réservée aux salaires (79,5 milliards d'afghanis). Ainsi près de la moitié des personnels ont été exclus des établissements. Ils étaient souvent présents physiquement mais non payés. Ceci explique en partie la politique actuelle de ré-affectation de principe et rapide des personnels anciennement exclus.

En 2002 :

A titre indicatif le budget de l'Etat, prévu pour l'année 1381 du calendrier solaire (soit 2002), est de 15.650 milliards d'afghanis (460,3 M\$), dont 2.832 milliards (83 M\$\$) seront assurés par des recettes internes. Le reste devra être fourni à partir des dotations internationales annoncées.

Au sein de ce budget : 27 % sont prévus pour la défense et la sécurité, 20 % pour la police et la justice, 22 % pour le secteur social (soit 101,2 M\$) comprenant l'éducation, la santé et la promotion du statut de la femme.

Le budget de la santé devrait atteindre 948,9 milliards d'afghanis, essentiellement pour les salaires avec un espoir de valorisation substantielle.

L'équilibre budgétaire en général, le financement du système de santé en particulier est une des questions essentielles. Cela engage la crédibilité, la qualité, la pérennité du système mis en place. Si la gratuité des soins reste un principe constitutionnel, le recouvrement des coûts, la participation, le financement international conditionnent les modalités de mise en œuvre. L'accessibilité, l'équité, la qualité doivent être prioritaires.

Si ces questions dépassent les termes de références de la présente mission, elles font cependant partie intégrante de toute démarche santé publique, toujours contingente de l'action politique et du contexte économique.

#### **2.4.1.2 - RÉPARTITION DES PERSONNELS ET DES STRUCTURES**

Selon le MoPH, le personnel total relevant du ministère de la santé était au 1er mai 2002 de 23.100 personnes. Il avait été réduit à 10.300 par les talibans. Il devrait être de 26.156 personnes très prochainement.

Kaboul aurait 12.400 employés dans le domaine de la santé (53.6 % du total) répartis en 7.230 travailleurs de santé dont 30 à 40 % seraient des médecins (soit entre 2.175 et 2.900), 1.131 administratifs et 4.039 "workers".

Hors Kaboul il y aurait :

- 294 établissements sans lits avec 3.624 personnels soignants, 302 administrateurs, 1.812 "workers". Soit 5.738 personnes, soit 19,5 personnes par établissement.
- 35 établissements avec lits avec 593 personnels soignants, 70 administrateurs, 455 "workers" pour un total de 1.108 personnes soit 31 personnes par établissement.
- 135 établissements ruraux avec 393 personnels soignants, aucun administrateur, 131 "workers", pour un total de 524 personnes soit 3,88 personnes par établissement.

Le total hors Kaboul serait, selon une première source, de 7.370 personnes à rapprocher des 13.756 personnes d'une seconde source plus probable.

Pour l'essentiel, il faut retenir un total de 24.000 à 26.000 personnes, une très forte concentration à Kaboul même, et notamment dans les établissements hospitaliers.

Parmi les personnels soignants on note une très forte représentation des médecins (0,7 médecin/agent).

#### **2.4.1.3 - LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ**

Malgré l'exode et la guerre, il y a toujours eu un personnel sanitaire afghan présent, actif, de formation locale aussi bien au sein du MoPH que dans les ONG.

Les ONG ont joué, et jouent encore, un rôle essentiel dans le système de santé. Présents depuis la guerre contre les Soviétiques - AMI, MDM, MSF, CICR, Swedish Comitee... - elles sont maintenant actives dans tous les types de structures sanitaires, du service de santé primaire à la gestion et au fonctionnement de certains hôpitaux. Si en temps de guerre on comptait 20 à 30 ONG effectives sur le terrain, Kaboul en compte près de 250 à ce jour dont les projets, souvent hétéroclites, ne sont pas toujours très clairs.

Les ONG médicales sont, actuellement, essentiellement impliquées dans les soins de santé de niveau primaire, l'appui aux populations les plus fragiles. Ainsi à Kaboul, seules 2 MCH (Mother and Child) ne sont pas soutenues par une ONG. Selon nos interlocuteurs, ce lien avec une ONG a un impact direct sur l'accessibilité et la qualité du service rendu. Elles garantissent la motivation, la stabilité et le niveau de qualité de leurs intervenants par des programmes de formation initiale et continue, par une prise en charge parfois totale mais plus souvent partielle du salaire (« incentives » ou complément de salaires) et par un contrôle externe sévère visant à prévenir les « détournements et refacturations sauvages ».

De ce point de vue les associations telles que MRCA, MDM, MSF, AMI, Health Net, ACF, Handicap... qui assurent de fait une très grande part de l'activité médicale et sanitaire, sont des exemples pertinents.

D'autant qu'elles s'inscrivent pour la plupart dans les orientations du plan de santé afghan et sont fortement impliquées en province et en milieu rural.

A ce sujet le MoPH est confronté à une stratégie paradoxale :

- d'une part, il incite officiellement les professionnels de santé à travailler en province et en milieu rural,
- il souhaite interdire les « incentives » à Kaboul pour les orienter sur la province,
- et d'autre part, il affecte de nombreux personnels dans les structures de soins à Kaboul, sans argumentaire sanitaire fondé.

Il est vrai que peu de sites hors Kaboul offrent suffisamment de sécurité, de stabilité et d'infrastructures pour attirer un personnel au niveau de rémunération proposé actuellement.

Par exemple, le schéma fonctionnel des MCH - qui couvrent chacune une population de 20.000 à 50.000 habitants - prévoit une équipe cohérente de 15 personnes. Le MoPH en affecte entre 22 et 30, plus pour des raisons sociales que sanitaires. Cette pratique désorganise considérablement les équipes, entame la motivation des personnels et risque de nuire à toute future politique de gestion des ressources humaines.

Si la motivation de la démarche du MoPH paraît légitime, la décision trop rapide et isolée risque de mettre en péril la poursuite de certains programmes et leur qualité même. Une solution peut être envisagée au travers une approche plus concertée et plus étalée dans le temps respectant les différents impératifs.

## 2.4.2 - LE SYSTÈME DE SANTÉ À KABOUL

### 2.4.2.1 - LE SYSTÈME PRIVÉ

Il est abondant. Il y aurait 3.000 pharmacies, 1.000 cabinets "clinics", une quinzaine de cabinets de radiologie, et une cinquantaine de laboratoires d'analyses, tous indispensables pour les explorations fonctionnelles, l'imagerie et les examens biologiques. C'est par ce système que la majorité des médicaments est distribuée. Ce système privé est de qualité peu connue et certains praticiens jouissent d'une très bonne réputation. Les prix sont élevés pour le standard de Kaboul mais abordables. Une consultation vaut près de 1 \$, une ordonnance de 5 à 10 \$, une intervention chirurgicale 50 \$ et plus. Il existe, en principe, une supervision administrative et fiscale par le MoPH et le ministère des finances.

### 2.4.2.2 - L'OFFRE DE SOINS DES ONG



Historique et importante, elle a parfois été la seule existante. Elle relève de la compétence d'une vingtaine d'ONG fiables, dont une grande partie est française. Elle fonctionne avec du personnel majoritairement afghan. Le contrôle, la qualité, le souci de bonne gestion sont la règle. Les services sont principalement orientés vers les soins de santé primaires, présents dans presque tous les MCH de Kaboul et des "clinics" de programme mère/enfant à domicile. Ces ONG interviennent parfois dans des programmes hospitaliers, tout en évitant la gestion directe (ACF, MSF, Hammer Fondation, MDM). Beaucoup a été fait surtout en période critique de guerre et de conflit.



#### 2.4.2.3 - LE SYSTÈME DE SOINS PUBLIC

A Kaboul, il est essentiellement représenté par les MCH, le système hospitalier et certains établissements techniques, il comprend :

- deux établissements de soins relevant de la police et la sécurité,
- un hôpital militaire,
- la banque de sang, le laboratoire central, l'institut de radiologie,
- des établissements de soins spécialisés ambulatoires, pour la leishmaniose, la tuberculose,
- la polyclinique centrale, le centre de paraplégiques et la clinique de stomatologie,
- les structures ambulatoires et de santé primaire : "clinics" et 25 MCH.

Les établissements hospitaliers de Kaboul - qui sont présentés au chapitre III - ont subi une dégradation très importante. Leur état est incompatible avec un service sanitaire décent, que celui-ci soit ambulatoire ou hospitalier. Certains bâtiments ont subi des dommages liés aux combats (Military hospital, Antany, Old Ali Abad...), d'autres, en l'absence d'entretien régulier sont très abîmés (Indira Gandhi, Wazir, Malalai...). Souvent l'eau manque, l'électricité est peu régulière, les sanitaires absents. Des travaux de faible importance pourraient permettre de ramener une certaine dignité, notamment à New Ali Abad.

- Les hôpitaux publics généraux sont présentés dans le tableau ci-après.

## HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

ETABLISSEMENTS		PERSONNEL	CAPACITE	OFFRE	ACTIVITÉS PROPOSÉES
ANTANY	MOPH	146	170	MF	Médecine infectieuse
ATATURK	MOPH	162	130	P	Pédiatrie médicale + ACF
EMERGENCY FOR WAR VICTIMS	ONG	305	110	HFP	Chirurgie de guerre - Urgence de guerre - ONG
IBN-E-SINNA CHEST	MOPH	126	100	HF	Médecine (ex-chirurgie)
IBN-E-SINNA EMERGENCY	MOPH	220	125	HF	Médecine - ORL (ex-chirurgie)
INDIRA GANDHI PÉDIATRIC	MOPH	505	300	P	Pédiatrie médicale & chirurgicale - Néonatalogie ACF
JAMHURIAT	MOPH	375	180	HF	Chirurgie générale - Urologie - Médecine - Urgences
KARTHE SEH	MOPH (CICR)	500	400	HFP	Chirurgie générale - Médecine - Pédiatrie médico-chirurgicale
KHAIR KHANA	MOPH (FNUAP)	253	48	HFP	Obstétrique simple - Médecine - Pédiatrie médicale ACF
MAIWAND	MOPH	352	237	HFP	ORL - Chirurgie plastique - Pédiatrie médicale - Dermatologie
MALALAI	MOPH	240	250	F/NN	Obstétrique - Gynécologie - ± Nursery - Urgences obstétricales
MILITARY 400	Militaire	300	400	H	Chirurgie générale - Orthopédie - Médecine
NEW ALI ABAD	MOPH	547	200	HF	Urologie - Chirurgie générale - Neuro-psychiatrie - Neurochirurgie
NOOR EYE	MOPH (IAM)	255	80	HFP	Ophthalmologie
MILITARY 200	Militaire	76	40	F	Obstétrique - Chirurgie générale (femme)
RABIA-E-BALKHI	Nursery	330	250	FPNN	ORL - Chirurgie générale - Obstétrique Femmes
MENTAL HEALTH	MOPH	190	74	HF	Psychiatrie
WAZIR Ak bar Khan	MOPH (CICR)	400	250	HF	Orthopédie - Chirurgie générale - Médecine - Urgences

(source: lorsqu'aucune source n'est indiquée, il s'agit de données recueillies par la mission MAE)

## PLATEAUX MÉDICO-TECHNIQUES ET INSTITUTS

ETABLISSEMENTS		PERSONNEL	CAPACITE	OFFRE	ACTIVITÉS PROPOSÉES
BANQUE DE SANG	MOPH	198 (MAE)	-	-	Banque de sang
INSTITUT DE RADIOLOGIE	MOPH	143 (MOPH)	-	HFP	Radiologie de principe et Formation
LABORATOIRE CENTRAL	MOPH	149 (MOPH)	-	HFP	Laboratoire de référence
STOMATOLOGY	MOPH	284 (MOPH)	25 CICR	HF	Stomatologie
PARAPLEGIC CENTER	MOPH	65	(??)	HF	—
AMNIAT SÉCURITÉ	Sécurité intérieure	750 (CICR)	- ?	- (?)	
HÔPITAL DE LA POLICE	Police	56 (CICR)	- ?	- (?)	
INSTITUT DE LA TUBERCULOSE	MOPH	233	-	HFP	Tuberculose ambulatoire
INSTITUT DU PALUDISME	MOPH	220	-	HFP	Paludisme ambulatoire

## CENTRES DE FORMATION

FACULTÉ DE MÉDECINE DE KABUL

INSTITUT PARA-MÉDICAL

### LÉGENDES

MOPH : MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
CICR : CROIX ROUGE INTERNATIONALE  
ACF : ACTION CONTRE LA FAIM

NN : NÉONATOLOGIE  
P : PÉDIATRIE

F : FEMMES  
P : PÉDIATRIE  
H : HOMMES

#### 2.4.2.4 - LES RESSOURCES HUMAINES, SELON LE MASTER PLAN 2002-2006

Concernant les ressources humaines, l'effectif en 2002 est de 3.906 médecins, 2.564 techniciens, 4.993 infirmières. Selon les standards retenus dans le plan 2002-2006, pour une population estimée à 25 millions d'habitants les besoins en personnel sont de :

- 5.826 médecins,
- 6.442 techniciens supérieurs,
- 13.222 techniciens/infirmières,
- 37.500 agents de santé.

Les ressources humaines actuelles présentent un double déficit :

- Quantitatif, notamment en techniciens, infirmiers et agents de santé ;
- Qualitatif en raison de l'obsolescence des programmes de formation, de la faiblesse du système de formation et de la quasi absence de la formation continue.

## 2.5 - LES GRANDS ENJEUX DE LA RECONSTRUCTION



La reconstruction du système de santé s'intègre dans le grand ensemble de la reconstruction de l'Afghanistan.

La stabilité politique d'un état démocratique et la sécurité sont les impératifs premiers.

La fin de la sécheresse, l'accès à l'eau, au sanitaire, à des ressources, des aliments et l'éducation sont tout aussi nécessaires.

Spécifiquement, trois points sont à prendre en compte pour permettre la poursuite des travaux entrepris et leur efficacité :

### 2.5.1 - LE STATUT DE LA FEMME



L'amélioration du statut de la femme est un enjeu primordial. Cela doit passer par la famille, l'éducation et la santé.

Le statut actuel de la femme entraîne des renoncements aux soins, des décès d'enfants et de mères. Il s'agit d'une question concrète et urgente.

### 2.5.2 - L'ÉGALITÉ RÉGIONALE

Kaboul concentre beaucoup de moyens. Ceux-ci ne sont pas mis à la disposition de l'ensemble des afghans. Les centres de référence nationaux n'ont plus et pas encore les moyens de jouer leur rôle.

L'objectif de rééquilibrage est intégré à l'ensemble des plans de reconstruction. Il s'agit d'une question extrêmement complexe et ancienne. Elle doit prendre en compte les éléments de sécurité et la garantie de ressources pour les travailleurs de santé. Cette dimension est considérée dans les propositions du rapport.

### 2.5.3 - EGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS, GARANTIE À TOUS LES AFGHANS

Une très faible partie de la population a accès aux soins et au système de santé.

Le prix des soins est un obstacle infranchissable. Il s'ajoute à une répartition de l'offre sans lien avec les lieux d'habitation.

L'arrivée massive des réfugiés est une « aubaine » pour le pays ; dans l'immédiat, ces personnes sans ressources soulignent l'urgence de réorganiser le système de soins, notamment à Kaboul.

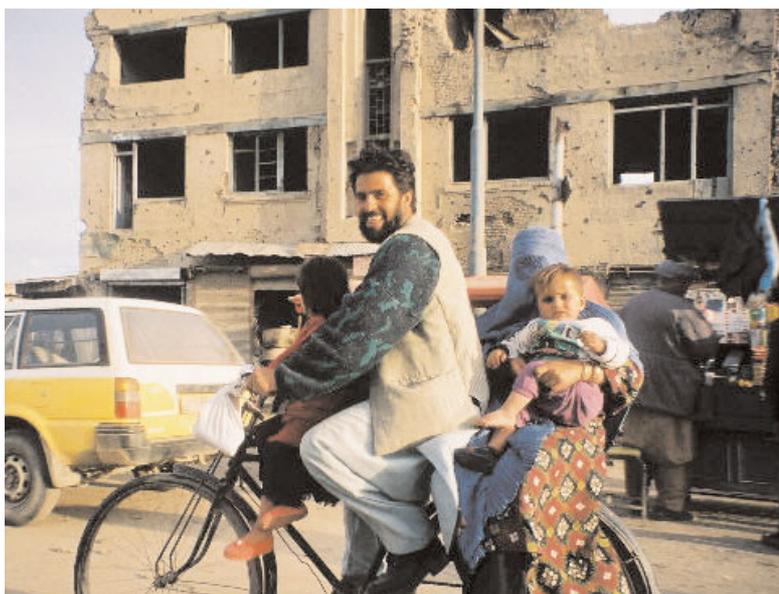
## 2.6 - LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE : UNE PRIORITÉ NATIONALE

### 2.6.1 - LES OBJECTIFS

Les objectifs prioritaires ont clairement été définis par le Ministère de la Santé Publique. Ils répondent aux besoins. Ils proposent :

- le développement du système de santé primaire,
- le développement des services au plus près des populations, en province et en zone rurale,
- des populations et thèmes spécifiques :
  - la santé des mères, avec notamment les soins obstétricaux d'urgence,
  - celle des enfants, avec en particulier un programme de vaccination et de prévention des maladies saisonnières, diarrhées et pneumopathies,
  - la santé mentale,
  - les blessés,
  - la formation.

### 2.6.2 - LE MISE EN ŒUVRE



Au niveau opérationnel, le principe général est la mise en œuvre des soins de santé primaires selon une organisation en district, province, et région.

Le MoPH se propose de jouer le rôle de deuxième niveau, sans intervention directe.

La Banque Mondiale et l'OMS, selon une analyse présentée en commun, propose une « délégation de service public » à des opérateurs privés (ONG ou autres opérateurs) qui

auraient pour charge de mettre en place les services de soins de base selon des objectifs et un cahier des charges définis par le MoPH.

L'aspect économique est essentiel, louvoyant entre une gratuité de services érigée en principe constitutionnel, une nécessaire amélioration de l'accès aux soins de qualité, une stratégie de recouvrement des coûts en gestation et un équilibre budgétaire qui reste à trouver.



INTRODUCTION

CONTEXTE : LA SANTÉ EN AFGHANISTAN

# Les hôpitaux de Kaboul

PROPOSITIONS

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION POSITIVE FORTE ET URGENTE

ANNEXES



### 3.1 - RÉALITÉ DU TRAVAIL D'ENQUÊTE ET PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES



La mission française a réalisé une étude exhaustive de l'ensemble des structures hospitalières de la ville de Kaboul entre les 14 avril et 04 mai 2002.

La capitale afghane compte un grand nombre de structures d'hospitalisation (entre 18 et 25 selon les définitions). Les événements des 20 dernières années en Afghanistan rendent très difficile toute analyse systématique et précise : certains hôpitaux ont disparu, d'autres renaissent, des services ont pu être déplacés parfois plusieurs fois au gré soit des combats soit de restructurations administratives.

Certains critères établis dans des pays stables, comme le nombre de lits ou le nombre de médecins, deviennent impossible à évaluer précisément dans le Kaboul de l'après guerre : le nombre de lits peut fluctuer au gré des besoins, la définition

même de ce qu'est un médecin est aléatoire et certaines personnes sont hospitalisées parce qu'elles n'ont nulle part où aller.

Ces difficultés sont accentuées par la faiblesse de la toute nouvelle administration et le peu d'information fiable disponible au niveau central : les moyens de gestion des hôpitaux au ministère de la santé publique sont limités aux plus rudimentaires et reposent sur la bonne volonté de deux, voire trois fonctionnaires. Il est utile de préciser ici que les hôpitaux de Kaboul ne disposent d'aucun moyens de communication entre eux, à fortiori avec leur ministère à l'exception des quelques réunions organisées, il n'y a ni téléphone, ni radio, ni échanges réguliers de documents écrits.

La mission française a donc mené une longue enquête de terrain afin de collecter directement auprès des responsables des structures hospitalières les informations nécessaires à l'analyse de la situation.

Au moins un médecin de santé publique et un expert hospitalier ont rencontré tous les directeurs d'hôpitaux. Les données présentées ici ont été collectées au cours d'entretiens directs de 2 heures environ et toutes les structures ont été longuement visitées, notamment la presque totalité des plateaux techniques : services d'imagerie, laboratoires, bloc opératoires.

Nous présentons ici nos données propres et tentons chaque fois que possible de les confronter à quelques autres sources de données, notamment le recueil effectué par le CICR en 1999 et les données obtenues verbalement en fin de mission de la part du Ministère de la Santé Publique.

Les données CICR permettent souvent des comparaisons utiles à deux années d'intervalle. Les données obtenues du MoPH sont également instructives, notamment sur le plan du personnel. Elles semblent en effet être un bon indicateur des objectifs que le ministère cherche à atteindre. Il y a fort à parier que d'ici la publication de cette étude, le nombre effectif de personnels dans les hôpitaux de Kaboul soit plus proche des chiffres du MoPH que de ceux recueillis par la mission française.

Enfin, les auteurs ont observé une grande concordance entre les différents types de données (ressources humaines, capacités, activité) qui tente à conforter le positionnement des différents hôpitaux et à délimiter au moins deux catégories : celle des hôpitaux actifs et susceptibles de reprendre un fonctionnement normal et celle des hôpitaux présentant des dysfonctionnements structurels majeurs.

## 3.2 - RECUEILS DE DONNÉES ET ENTRETIENS

### 3.2.1 - LES ENTRETIENS AVEC LES DIRECTEURS

La mission française s'est entretenue avec les directeurs des 18 structures d'hospitalisation publiques civiles de Kaboul. Certaines données ont pu également être collectées sur les hôpitaux dépendant des ministères de la défense ou de l'intérieur mais ces derniers, exclus du champ initial d'analyse de la mission française, n'ont pu faire l'objet d'un recueil d'information aussi exhaustif que les structures civiles.

L'unique structure d'hospitalisation placée sous le contrôle de gestion d'une organisation non gouvernementale (« emergency for war victims ») a été incluse dans cette étude.

Les demandes de rendez-vous auprès des directeurs étaient accompagnées d'une lettre émanant du ministère de la santé publique afghan présentant la mission et son objet.

Ces entretiens - en anglais ou en dari - furent l'occasion de longs échanges fructueux sur le fonctionnement des établissements. La grille de recueil de données constituait un canevas d'entretien même s'il est très souvent arrivé que les discussions dévient sur tel ou tel aspect particulier de la gestion hospitalière ou de l'organisation des services de santé de Kaboul.

De manière générale, ces entretiens se sont remarquablement déroulés et ont largement contribué à notre réflexion. Nous souhaitons ici remercier une fois encore tous ceux qui ont pris le temps nécessaire pour nous rencontrer et espérons n'avoir jamais trahi ni leurs propos, ni leurs pensées.

### 3.2.2 - LE RECUEIL DE DONNÉES



Le recueil de données est articulé autour des questions principales de la gestion hospitalières : données générales sur l'hôpital, caractéristiques de l'environnement immédiat de l'hôpital, capacités d'hospitalisation, ressources humaines, conditions d'enseignement, équipement (en nombre et en qualité), principales données d'activité, informations sur les relations entretenues avec d'autres acteurs du système de santé, enfin quelques remarques d'ordre général. C'est a posteriori que nous étions capables de compléter la dernière partie de la grille en confrontant les informations collectées avec d'autres sources de données.

La qualité des informations fournies par nos interlocuteurs nous semble inégale, tous ne pouvant nous renseigner que sur ce qu'ils ou elles savaient. L'évidence est utile à rappeler tant les conditions de recueil de données chiffrées dans des institutions aussi déstructurées que le sont certains hôpitaux relève de la gageure. Certains directeurs disposent de tableaux des emplois, de données d'activité précises sur le mois ou l'année précédente, d'informations sur leurs équipements. D'autres pas, soit qu'ils étaient en fonction depuis peu, soit que leur hôpital ait connu des évolutions d'activité fortes comme la réouverture totale ou partielle, le dédoublement de service pour créer des lits d'accueil de femmes, l'afflux important de nouveau personnels dernièrement ; soit encore que leur organisation interne ne permette pas la collecte et la synthèse de données fiables.

Malgré ces difficultés, il semble à la mission française que les données collectées permettent une analyse d'ensemble fiable et que leur comparaison à d'autres sources garantissent les ordres de grandeur.

L'ensemble des données est joint en annexe.

## 3.3 - SITUATION GÉNÉRALE

### 3.3.1 - LA VILLE DE KABOUL

Kaboul est une ville dont la population est comprise entre 2 et 2,5 millions d'habitants, elle s'étend sur 40 kilomètres d'Est en Ouest et 24 kilomètres du Nord au Sud.

Ces chiffres de populations sont à prendre avec précaution tant les mouvements de populations sont actuellement importants : retour des déplacés dans leurs régions d'origine et retour des exilés dans le pays.

Sur le plan topographique, la ville est coupée en deux parties par quatre collines qui se rejoignent et ne qui laissent qu'un étroit passage du nord-est au sud-ouest le long de la rivière Kaboul. La partie ouest de la ville, et notamment les quartiers du sud-ouest, ont été considérablement détruits durant les années de guerre 1992 - 1994. C'est notamment là que se situent l'université de Kaboul, la faculté de médecine et le site de l'hôpital universitaire Ali Abad.

La ville est irrégulièrement fournie en électricité, les coupures sont fréquentes et le réseau d'eau est presque exclusivement dépendant des milliers de puits individuels creusés pour atteindre les nappes phréatiques.

Il est difficile de discuter avec précision les écarts de niveau de vie des différentes populations qui composent la ville de Kaboul. Certains quartiers, notamment ceux du centre, sont plus riches. D'autres, souvent à la périphérie, sont plus pauvres et se sont développés de manière plus chaotique, notamment sur le plan des infrastructures publiques. Certaines zones ont de très fortes concentrations de populations à faibles revenus comme Dashte Bashi et Khaïr Khana.

### 3.3.2 - LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES DANS LA VILLE

La presque totalité des hôpitaux se situent en centre ville, dans la partie est de Kaboul. La moitié des structures d'hospitalisation est même comprise dans un cercle de moins d'un kilomètre de diamètre.

Au sud-ouest, il ne reste plus que deux structures d'hospitalisation : l'hôpital pédiatrique Atatürk, récemment réhabilité et qui fonctionne, est situé sur le site de l'ancien hôpital universitaire ; l'hôpital Karthe Seh, composé de trois entités, théoriquement orientées vers des spécialités chirurgicales mais dont l'antenne gynécologique-obstétrique ne fonctionne plus. Cet hôpital est hébergé dans des habitations privées, louées par le CICR qui le soutient financièrement depuis 1996 (date de la destruction de l'hôpital universitaire). C'est l'unique structure d'hospitalisation générale dans cette partie de la ville.

Au centre, le vieux centre ville de Kaboul comprend huit structures hospitalières : les hôpitaux Ibn-sinna (Chest et Emergency), Maïwand, l'hôpital ophtalmologique Noor institut, la maternité Rabia-e-Balkhi, l'hôpital de stomatologie, le centre pour paraplégiques et l'hôpital psychiatrique.

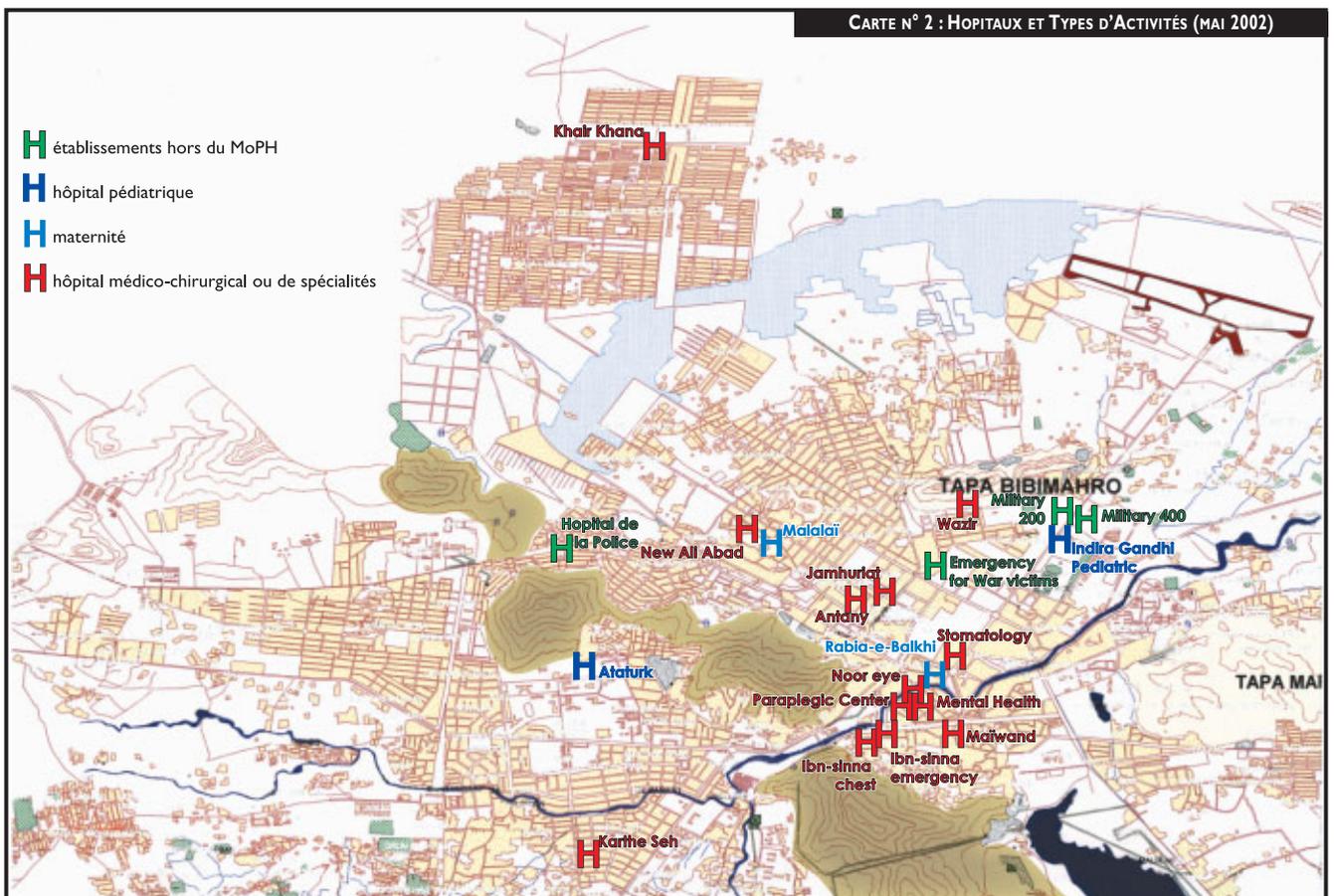
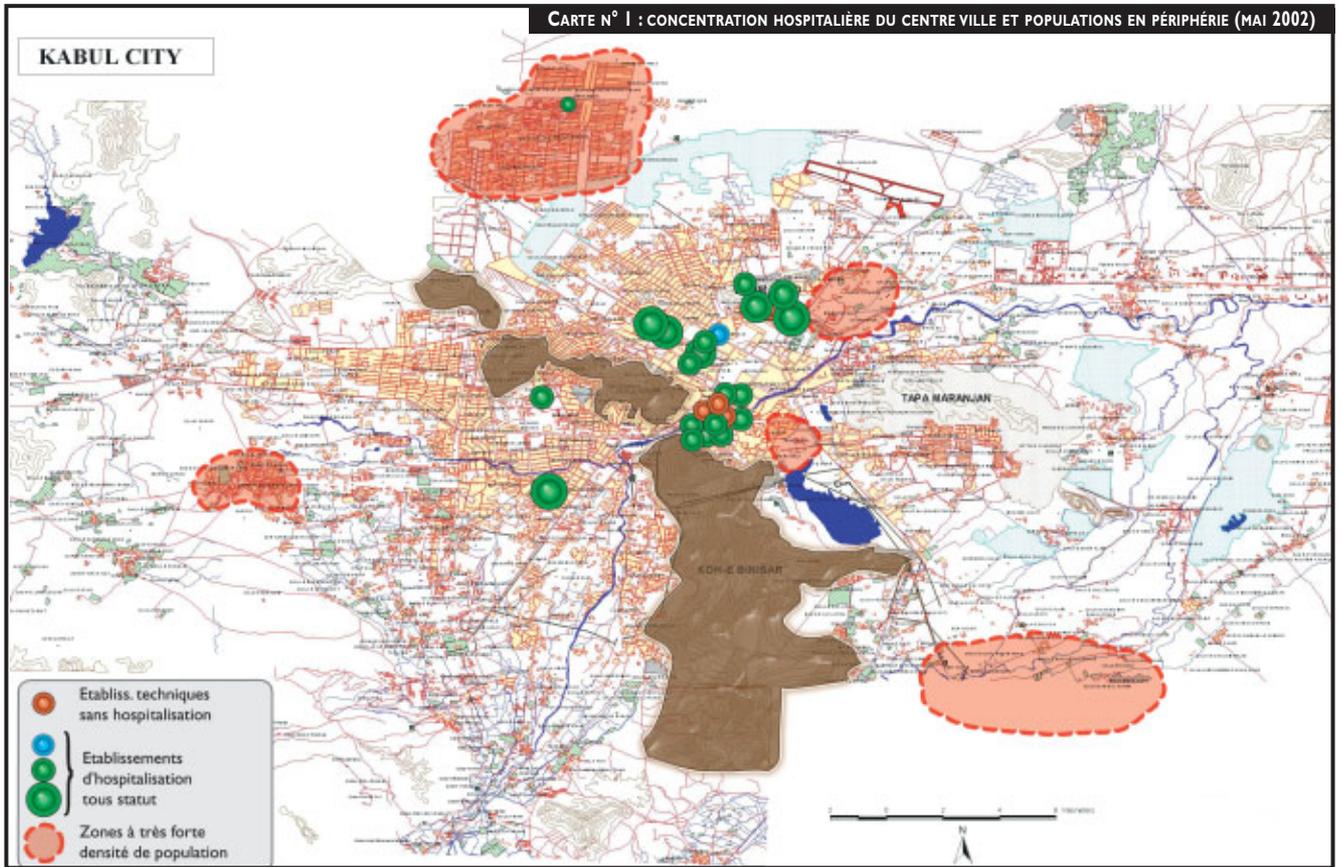
Un second pôle, non loin, regroupe les hôpitaux Antany, Jamhuriat, Ali Abad (new) et la maternité de Malalaï.

Un troisième pôle enfin, quelques kilomètres au nord, comprend l'hôpital militaire, l'hôpital Wazir Akbar Khan et l'hôpital pédiatrique Indira Gandhi.

Seul l'hôpital Khaïr Khana, situé dans le quartier du même nom, au nord, est excentré et au cœur d'un quartier récent, très peuplé et relativement dépourvu d'autres infrastructures publiques. Toutefois, il s'agit d'une très petite structure de 48 lits.

**LA CARTE N°1** (ci-après) situe les hôpitaux dans la ville, indépendamment de leurs orientations médicales. Il apparaît clairement une coupure est-ouest et une forte concentration de toutes les structures au centre de la ville.

**LA CARTE N°2** (ci-après) regroupe les hôpitaux en quatre groupes : les maternités, les hôpitaux pédiatriques, les autres hôpitaux généraux ou de spécialités relevant du secteur public et les hôpitaux hors secteur public, hôpitaux militaires, hôpital de la poli-

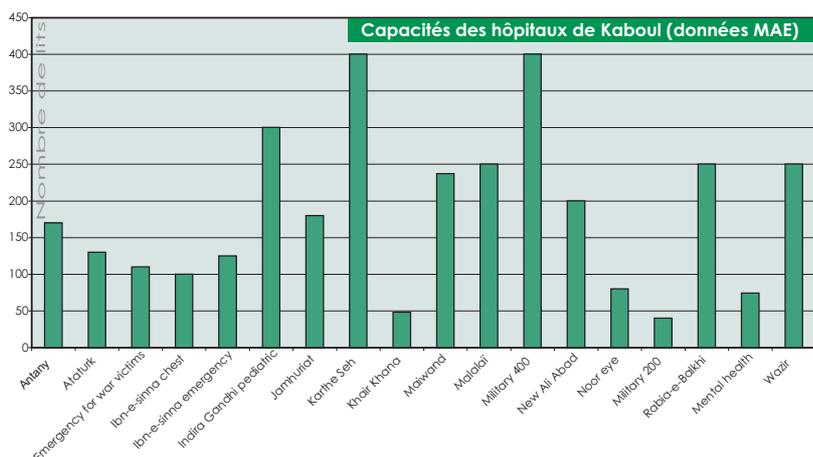


ce et l'hôpital de l'ONG Emergency. Cette carte relève des inégalités géographiques au sein de la ville encore plus marquées : ni maternité ni plateau diagnostic au sud. Sachant que la majeure partie de l'offre de soins privée se concentre, assez naturellement, au plus près des hôpitaux, donc au cœur de la ville, cela augmente encore les inégalités de répartition géographique.

Sur la carte n°1 on remarque que les structures de soins sont en fait éloignées des zones les plus peuplées.

Un rééquilibrage de l'offre de soins hospitaliers entre le nord-est et le sud-ouest de la ville devra être une des priorités de la politique hospitalière d'autant plus si repeuplement des quartiers détruits devait conduire, au moins dans un premier temps, à accueillir à l'ouest de la ville des populations plus vulnérables.

### 3.4 - CAPACITÉS D'HOSPITALISATION ET ACTIVITÉ



La mission s'est attachée à recueillir précisément le nombre de lits dans chaque hôpital. Les données présentées sont sujettes à plusieurs incertitudes liées à la définition d'un lit ; certains sont occupés par des accompagnants, d'autres le sont par des patients au très long cours sans autre alternative de logement ; certains services ont été ouverts, fermés, dédoublés récemment et on note parfois un décalage entre les chiffres officiels et la réalité au jour de la visite.

#### 3.4.1 - LES CAPACITÉS D'HOSPITALISATION À KABOUL

Hôpitaux	Données CICR (1999)	Données mission française (2002)	Evolution
Antany	100	170	41,2 %
Ataturk	130	130	0 %
Emergency for war victims		110	100 %
Ibn-e-sinna chest	100	100	0 %
Ibn-e-sinna emergency	260	125	-108 %
Indira Gandhi pédiatric	300	300	0 %
Jamhuriat	150	180	16,7 %
Karthe Seh	500	400	-25 %
Khair Khana	49	48	-2,1 %
Maiwand	423	237	-78,5 %
Malalai	200	250	20 %
Mental health	40	74	46 %
Military 200		40	100 %
Military 400	1000	400	-150 %
New Ali Abad	100	200	50 %
Noor eye	30	80	62,5 %
Rabia-e-Balkhi	250	250	0 %
Wazir	239	250	4,4 %
<b>TOTAL</b>	<b>3.871</b>	<b>3.344</b>	<b>-15,8 %</b>
<b>Structures MoPH</b>	<b>2.871</b>	<b>2.794</b>	<b>-2,8 %</b>

Nous avons répertorié 3.344 lits d'hospitalisation à Kaboul, dont 440 lits dans les hôpitaux militaires et 110 lits dans l'hôpital de l'ONG italienne Emergency.

Le tableau ci-contre donne la répartition précise de ces lits par établissement. Les capacités observées par la mission sont proches de celles relevées en 1999 par le CICR à quelques exceptions importantes : Emergency (+ 110 lits) ouvert en 2001 ; Ibn-Sinna emergency (-135 lits) confronté à des difficultés techniques majeures ; Karthe Seh (-100 lits) qui a cessé une partie de son activité, notamment obstétrique ; Maiwand (-200 lits) ; Military (-600 lits) sans doute directement lié à la fin de la guerre ; Noor eye institute (+50 lits).

Globalement, et sous réserve des erreurs de collectes de données, le nombre de lits a plutôt diminué à Kaboul entre 1999 et 2002 mais

peu dans le secteur public civil, la principale diminution de capacité étant celle de l'hôpital militaire "400 lits".

Kaboul compte environ 500 lits de maternité, Malalaï, Rabia-e-Balkhi et maternité militaire.

Il semble que la plupart des hôpitaux comprennent désormais presque autant de lits homme que femme, au moins théoriquement. L'hôpital de Rabia-e-Balkhi est exclusivement réservé aux femmes, mais le personnel est mixte.

Deux hôpitaux sont exclusivement pédiatriques : Atatürk avec 130 lits et Indira Gandhi avec 300 lits. Maïwand, notamment en ORL et en chirurgie plastique et reconstructive, accueille également des enfants dans son service de pédiatrie. Khaïr Khana "52" dispose également de quelques lits de pédiatrie.

On trouve parmi les structures de moins de 200 lits des hôpitaux très spécialisés et centrés sur une unique discipline : la psychiatrie, l'ophtalmologie avec Noor Eye, la pédiatrie avec Atatürk, l'hôpital militaire des femmes et l'hôpital de guerre de l'ONG Emergency.

D'autres, comme les deux hôpitaux Ibn-Sinna, les hôpitaux Antany et Jamhuriat sont à la fois de petite taille et peu centrés sur des disciplines spécifiques.

### 3.4.2 - L'ACTIVITÉ DES HÔPITAUX

Le recueil de l'activité des hôpitaux est là aussi difficile. Au-delà de l'absence de système d'information hospitalier performant, notre mission a eu lieu quelques mois seulement après la fin de la guerre et la chute du régime des talibans. L'activité des hôpitaux a été profondément bouleversée ces derniers mois avec, par exemple, l'ouverture massive de lits pour femmes ou la chute de l'activité des hôpitaux militaires.

La mission s'est attachée à recueillir cinq données qui semblaient les plus robustes :

- le nombre d'hospitalisation,
- le nombre de consultants externes,
- le nombre d'accouchements,
- le nombre de césariennes,
- le nombre d'interventions chirurgicales.

Il a parfois été possible d'aller au-delà de ce recueil de données minimal, certains hôpitaux ayant de véritables rapports d'activité mensuels ou sur l'année écoulée. On dispose alors d'effectifs précis, du nombre d'hospitalisations et de consultations, de certaines pathologies et de l'activités détaillée des blocs opératoires.

Le tableau ci-après reprend ces principaux indicateurs en précisant trois sources de données :

- La première série correspond au recueil de données réalisé par notre mission en avril 2002.
- La seconde correspond au recueil réalisé par le CICR en 1999 ;
- La troisième série correspond à la meilleure évaluation subjective que nous soyons en mesure de faire : soit que nous soyons confiants dans nos propres données, soit parce les visites des établissements nous ont permis d'affiner ces évaluations, soit encore parce que n'ayant obtenu aucune donnée lors des visites, nous nous en remettons aux données publiées avant notre travail.

On note une certaine cohérence entre les activités d'hospitalisation et de consultation, à l'exception de l'hôpital d'ophtalmologie qui logiquement est le premier en terme de consultations et ne reçoit que peu d'hospitalisations.

Certains hôpitaux, de petite taille, ont une activité faible, Antany, Jamhuriat, les deux hôpitaux Ibn-sinna, avec moins de 4.000 consultants et de 500 hospitalisations par mois.

# ACTIVITÉS

Hôpitaux	Données mission française (2002)					Données CICR (1999)			Evaluation mensuelle "best guess"		
	Accouchements	Consultants	Hospitalisations	Interventions chirurgicales	Accouchements	OPD / Jour	Accouchements	Césariennes	Consultants	Hospitalisés	
Ibn-e-sinna chest		100/jour	100/mois	0/jour		50	0	0	3000	100	
Emergency for war victims		56/mois	146/mois	285/mois			0	0	202	146	
Antany		960 / mois	190/mois			125	0	0	960	190	
Ataturk		100 -150/mois	5-15/jour			100	0	0	3750	200	
Mental health		100/jour	10/jour				0	0	3000	300	
Noor eye		500/jour		260-350/mois		220	0	0	15000	400	
Jamhuriat		60-70/jour	20	3-15/jour		80	0	0	2000	600	
Maiwand	0	100/jour	20/jour			90	0	0	3000	600	
Ibn-e-sinna emergency		150/jour	20/jour			175	0	0	4500	600	
New Ali Abad		250/jour	15-20/jour	10/jour		65	0	0	7500	600	
Khair Khana	15-20/ jour	300/jour	22/jour	0	15/jour	310	525	0	9000	660	
Indira Gandhi pediatric		100-350/jour	20-40/jour	10/jour		450	0	0	9000	900	
Rabia-e-Balkhi	25-30/jour	300-400/jour			5/jour	100	825	75	11000	1000	
Karthe Seh		4800/mois	1088/mois	550/mois		120	0	0	4800	1088	
Malalai	14047/an	540 / an	22286/an		33/jour	50	1170	45	3650	1860	
Wazir		300/jour	90/jour	200/mois		250	0	0	9000	2700	
Military 400		110-300/jour		25/jour		185	0	0	7500	-	
Military 200	10-12/jour			4-5/mois			330	4	-	-	
TOTAL							2850	124	96862	11944	

## 3.5 - ANALYSE DU FONCTIONNEMENT HOSPITALIER À KABOUL

Le système de référence, basé sur la structure hospitalière, doit assurer à plusieurs fonctions :

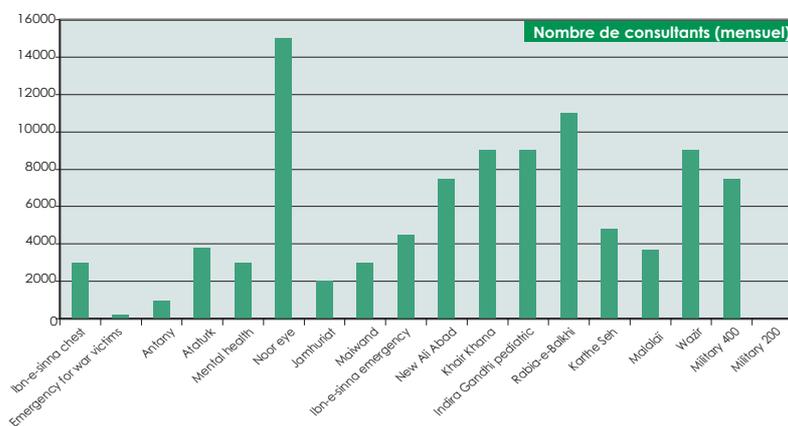
- formation initiale et continue,
- réception de l'adressage médical,
- expertise technique et sanitaire,
- participation aux politiques de santé prioritaires,
- participation à l'organisation du système de santé primaire.

C'est en fonction de ces orientations qu'ont été appréciées l'activité et l'organisation des hôpitaux de Kaboul.

Nous donnerons une analyse générale, avec les quelques exceptions méritants d'être citées. Elles montrent que les changements sont nécessaires et possibles.

### 3.5.1 - TYPE D'ACTIVITÉS

#### 3.5.1.1 - CONSULTATIONS EXTERNES (OPD)

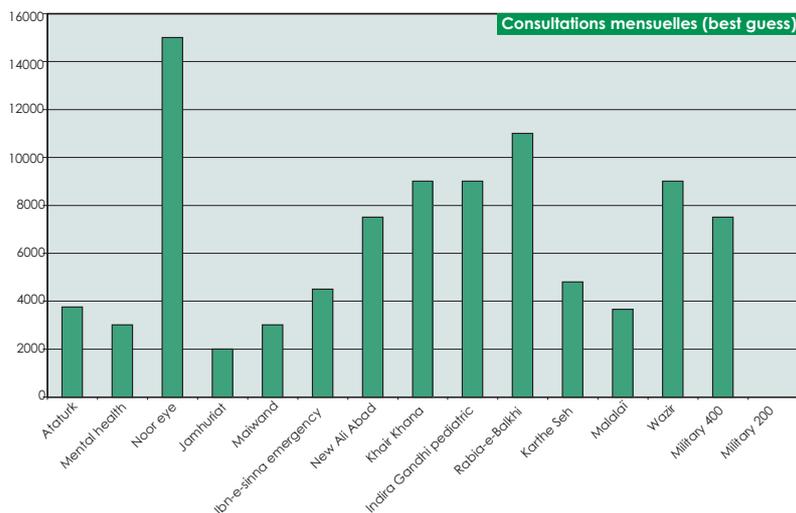


La quasi-totalité des établissements ont une très importante activité de consultation. Celle-ci représente entre 200 et 400 personnes par jour et s'effectue en principe entre 8 heures et 13 heures, soit 40 à 80 personnes par heure. Il n'y a pas de tri, pas d'adressage. Les files d'attente sont importantes. Aucun établissement ne dispense de médicament ni n'effectue des examens

de façon régulière, hormis quelques urgences. Le suivi n'est pas organisé. Le rôle du bâton du portier n'est pas négligeable.

Le service rendu est du meilleur niveau possible en fonction de la pénurie - Antony, Atatürk - mais une amélioration notable peut être faite.

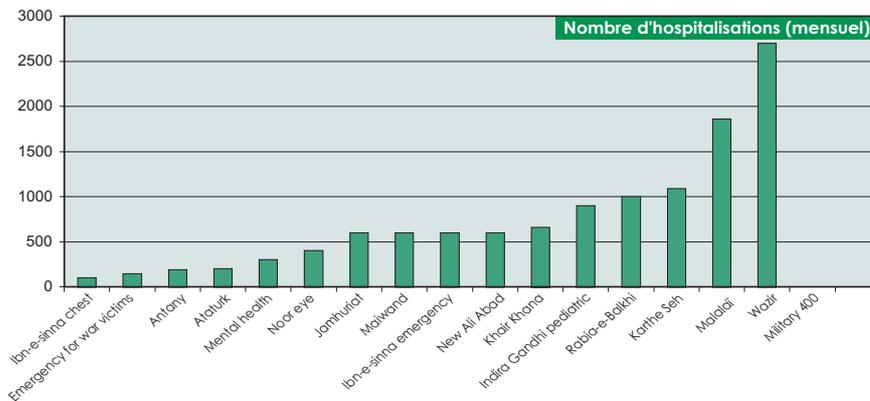
Il serait nécessaire de différencier si possible le tout venant médico-chirurgical de la consultation spécialisée et enfin de l'urgence vitale.



Les créneaux horaires méritent d'être élargis. Cela vient d'être officiellement décidé par le MoPH jusqu'à 16 h. Surtout une déconcentration des lieux de consultation vers les quartiers les plus denses et les plus nécessaires paraît nécessaire en lien avec la santé primaire et les MCH.

### 3.5.1.2 - HOSPITALISATIONS (IPD)

Hors l'urgence et certaines indications chirurgicales, les critères d'hospitalisation ne sont pas du tout connus, voire inexistant.



En l'absence de tout moyen médico-technique pertinent, l'aide au diagnostic n'est que clinique et l'hospitalisation ne le justifie pas seul. Les meilleures explorations se font en privé et en ambulatoire (échographie, radiographie, endoscopie, examen de laboratoire).

La plupart des pharmacies hospitalières sont à peu près vides. Le service rendu est le plus souvent une perfusion de glucose, de Ringer ou de sérum physiologique. Hors quelques cas d'urgences (méningites et antibiotiques) les médicaments sont accessibles en privé et en ambulatoire, avec ou sans prescription.

Notons des traitements "héroïques" tel que le cancer du poumon sans radiothérapie, sans chirurgie et sans chimiothérapie. A l'inverse, le système très rigoureux d'Action contre la Faim pour les dénutritions aiguës montre que le niveau à atteindre reste possible et réaliste. La chirurgie, par sa nature impérieuse, est traitée souvent différemment.

Les personnes, les plus nécessiteuses, si seulement elles le peuvent recourent au système de soins le moins doté. En sachant, comme on l'a vu, que les plus vulnérables n'accèdent jamais à un système de soins. Une grande partie des personnes hospitalisées seraient mieux et plus vite traitées en ambulatoire et en proximité mais leur absence de ressources les en empêche. Cela provoque l'hospitalisation sans la justifier.

L'hôpital ne rend pas le service médico-technique attendu, hors exception. A cela s'ajoutent deux questions majeures : l'adressage et la ponction financière.

### 3.5.2 - L'ADRESSAGE « RÉFÉRENCE »

Il est surtout exploré dans le domaine de la mère et de l'enfant. Un système de consultation existe en MCH, il dépiste des indications médicales d'hospitalisation. Les femmes ou les enfants sont adressés avec une lettre pour une hospitalisation souvent urgente. Cette procédure n'aboutit pas souvent. Les enfants et les femmes ne sont pas toujours hospitalisés, souvent renvoyés et livrés à eux-mêmes, supportant seuls une contradiction entre médecins. A l'issue de l'hospitalisation, quand elle a lieu, aucun lien n'est établi avec l'extérieur en particulier avec les MCH.

Un important travail d'évaluation a été effectué par « Médecins du Monde ». Il est en cours de publication. Cela devrait permettre dans un délai assez court, d'organiser une relation formalisée et suivie entre le système de référence (Malalaï...) et certaines MCH soutenues par des ONG volontaires. A terme ce réseau pourrait être étendu à Rabia, à Indira Gandhi et à Atatürk.

Il est remarquable que précisément interrogé sur les MCH, aucun établissement ne puisse en connaître le fonctionnement usuel ni évoquer l'idée même d'une coopération organisée dans le domaine prioritaire de la mère et de l'enfant.

L'hôpital jouit d'une réputation détestable, variable selon les établissements, surtout du fait des relations humaines et du faible service rendu.

Par ailleurs les relations du secteur privé et de l'hôpital, sans doute très denses, sont non formalisées et peu identifiables. Un médecin exerce toujours dans chaque secteur.

### 3.5.3 - LA PARTICIPATION FINANCIÈRE

Elle est un élément fondamental du système de soins. Elle justifie à elle seule une meilleure organisation du système de soins. Elle crée des injustices croissantes et s'oppose à la qualité, à l'accessibilité et à l'équité.

Dans le système privé, les prix des prestations semblent à peu près stabilisés et connus : 50.000 afghanis pour une échographie, 20.000 pour une consultation en pédiatrie, parfois 50.000. 1,2 million pour une amygdalectomie, 70.000 pour un film de radiographie vierge, 10 à 20 000 afghanis pour une analyse biologique simple. (1 EUR = 30.000 afghani)

Deux petits établissements d'obstétrique privés existent. L'accouchement et la césarienne y sont tarifés.

Dans le système public - constitutionnellement gratuit - la facturation est frauduleuse et anarchique. Il est très difficile de connaître précisément les pratiques, elles sont citées par tous. Le MoPH a pris la mesure de cette question et tente de proposer des solutions.

Les ONG pratiquent, comme nous l'avons dit, le contrôle et le complément de salaire (incentives).

En vertu du principe de gratuité, aucune participation n'est demandée officiellement au patient. En fait presque tout est payant et cher. Au mieux, si la prestation médicale est gratuite, l'ensemble des consommables et produits est apporté par la famille (fils, films, médicaments, nourriture, analyse), au prix constant du bazar.

Plus clairement chacun tente de rentabiliser son service, du portier au médecin, en passant par tous les services rendus, soin, hébergement, accueil...

Les coûts peuvent être très importants (1 million d'afghanis). Quelques mesures de pitié peuvent protéger les cas de grande détresse, mais paradoxalement, l'hôpital gratuit revient très cher au patient, sans garantir la qualité.

Cet aspect est d'autant plus opposé à l'accessibilité que ces pratiques sont imprévisibles et arbitraires, à l'inverse du système privé payant.

Toujours est-il que 80 à 90 % de la population n'a accès à aucun système privé ou public.

## 3.6 - ORGANISATION INTERNE ET GESTION



L'une des particularités des établissements de Kaboul réside dans leur mode de gestion et d'organisation.

Les établissements sont dirigés par un médecin directeur nommé par le MoPH. Beaucoup d'entre eux ne sont en fonction que depuis quelques mois sans véritable connaissance de leur établissement, sans formation en gestion ou en management.

Cette direction est une direction de principe. L'autorité n'est que morale. La nomination du personnel est le seul fait du MoPH en direct. Les moyens sont également directement gérés par le niveau central.

Il n'y a ni trésorerie ni autonomie de gestion. L'intendant, de type régisseur, établit des demandes à l'attention du Ministère, médicaments, nourriture, essence. Celles-ci sont honorées, ou non, selon les possibilités dans des délais variables et mystérieux.

La capacité de management et d'animation des équipes est très faible. La répartition des services, des moyens, est encore directement gérée par le MoPH. Si la compétence des personnels du ministère est forte, leur difficulté à déléguer est très invalidante pour la dynamique du système.

Cependant, dans la plupart des établissements, les équipes rencontrées montrent une motivation et une détermination très fortes dans une situation de crise et de pénurie. Le système, bien que comportant des aspects imparfaits, a su conserver une réalité au travers d'une destruction, qui pour d'autres administrations, a été beaucoup plus brutale.

Dans de nombreux endroits, des réunions professionnelles, une organisation médicale et une certaine hiérarchie subsistent.

L'OMS prône, à juste titre, le renforcement des équipes centrales, et, avec la Banque Mondiale, une forte autonomie et une responsabilisation des équipes opérant sur le terrain. Cela pourrait aller jusqu'à la délégation de service public avec un contrat de gestion déléguée (Performance-based Partnership Agreements : PPA).

Ceci suppose une stabilité, une formation des équipes, la définition d'objectifs clairement établis, avec quelques indicateurs d'activité et de gestion robustes, simples, fiables et comparables.

La réorganisation proposée par la mission prend en compte cet aspect primordial et le rend possible.

### 3.7 ORGANISATION EXTERNE



La mission a identifié des points réguliers et constants pour l'organisation externe. Les liens établis, quelques exceptions sont notables, montrant le changement possible.

Si des relations existent, elles ne sont pas formalisées, elles sont fortement personnalisées, et ne tiennent qu'à la qualité de tel ou tel individu.

Cela a un impact très fort sur le recrutement des patients, la qualité de la prise en charge et le suivi du travail entrepris.

Chaque établissement se conçoit pour lui-même comme une entité autonome, isolée, dépendant du niveau central du MoPH, sans relations aucune avec le système de santé primaire.

Il arrive même qu'apparaissent de façon inadaptée des stratégies de concurrence fortes, voir de démarchage vis à vis de certaines ONG ou pour développer telle ou telle activité sans liens avec des besoins de santé.

#### 3.7.1 - RELATIONS DES ÉTABLISSEMENTS AVEC LES ONG ET LES AGENCES INTERNATIONALES

Cela concerne surtout le domaine de l'enfance, l'obstétrique et quelques activités particulières. Le plus souvent il s'agit d'approvisionnement plus ou moins régulier en consommables et médicaments (Save the children, Hope, Unicef, OMS, CICR...).

Parfois, l'aide porte spécifiquement sur une activité :

- l'orthopédie infantile à Indira Gandhi avec Hammer Forum ;
- ACF avec les centres de re-nutrition de Maïwand, Indira Gandhi et Atatürk. Cela comprend "incentives", matériel, supervision et formation.

Cette aide est difficilement mesurable. Elle varie selon qu'on s'intéresse aux donateurs ou aux bénéficiaires. Actuellement, l'aide est surtout directe vers les établissements. Il semble que le MoPH veuille centraliser et maîtriser ce champ. Il y aurait une crainte de n'ajouter que de la lourdeur de gestion dans ce cas.

Un contrôle sévère paraît indispensable. Sans certitude absolue, il semble cependant qu'une partie des médicaments livrés par les ONG et les organismes internationaux soient réorientés vers le bazar au bénéfice des travailleurs de santé et de certains médecins. Cela peut décourager l'aide internationale. C'est bien un problème mondial et non afghan. Des procédures d'une grande créativité ont été décrites pour le détournement des produits.

### 3.7.2 - RELATIONS AVEC LE SYSTÈME PRIVÉ

Elles sont très importantes. Parfois très opérationnelles et efficaces comme à Antany. Elles sont peu connues, difficiles à décrire. Elles doivent être prises en compte. Elles rendent service à titre individuel aux médecins, mais moins aux malades et à une faible partie d'entre eux.

### 3.7.3 - RELATIONS AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ PRIMAIRE

Ces relations sont actuellement inexistantes. Elles sont pourtant déterminantes tant pour l'avenir des établissements hospitaliers que surtout pour la santé des afghans.

L'hôpital est essentiellement utilisé pour des patients présentant des pathologies qui auraient bénéficiées avec plus d'efficacité et à moindre coût du système de prévention et de structures de santé de niveau primaire. L'exemple des causes de mortalité de l'enfant est éloquent, criant : diarrhées, pneumopathies, maladies transmissibles relevant du vaccin, eau, nutrition. Le déséquilibre de l'investissement intellectuel et matériel est défavorable au système de santé primaire. Il est encore considéré comme plus valorisant et de plus forte notoriété de travailler dans un hôpital prestigieux que dans un MCH, et sans doute plus rentable pour les ressources des médecins.

Une MCH couvre une population de 20.000 à 50.000 habitants. Kaboul dispose de plus de 30 MCH, dont 7 supportées par ACF, 4 par MDM, 8 par IFRC, 2 par MSF, 3 par Swedish Committee.

Il en faudrait, selon le ministère, une pour 30.000 environ, soit près de 65, c'est à dire deux fois plus. Cela mobiliserait près de 650 à 950 personnels médicaux en version « haute » (15 à 22 personnels par MCH).

Les MCH actuellement dispensent des soins « mère-enfant » très complets mais exclusivement de type ambulatoire.



Ils ne font pas d'accouchements, ce qui est actuellement un vrai sujet de discussion. En effet, la politique d'accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU), proposée par l'UNICEF, nécessite de renforcer les capacités du système de soins. Faut-il que les MCH délivrent aussi ces soins obstétricaux d'urgence - en clair réalisent les accouchements 24 h sur 24 avec du personnel qualifié et motivé, soutenu par un système de communication et du transport performant afin d'être en lien avec le système de référence ?

L'intégration des SOU dans les soins de santé de base nécessite une forte réflexion avec les partenaires, notamment les ONG, puis des décisions politiques claires. La redéfinition des missions des MCH, actuellement en cours, est un des éléments majeurs pour l'amélioration de l'accessibilité des femmes et des enfants au système de santé.

Par ailleurs, les MCH ont besoin d'un système fiable, simple et réactif de relation avec les maternités de références et avec les hôpitaux pédiatriques. Sans ce lien, les MCH sont dans une grande difficulté vis à vis d'une partie de leurs patients avec un degré d'incertitude préjudiciable à leur efficacité.

Ceci suppose un travail d'organisation minutieux, permettant autour de quelques standards de surveillance et d'hospitalisation et de quelques procédures simples un accroissement important du service rendu. Cela peut aider au désengorgement de l'hôpital et à la meilleure prise en charge des cas graves.

Deux exemples montrent cette possibilité, ils nous ont été rapportés :

- Healthnet international à Jalalabad : l'ONG gère en même temps 2 MCH, la partie mère-enfant de l'hôpital de référence et des postes de soins de santé primaires. L'ensemble donne une grande cohérence et est proche de ce que pourrait être un PPA. En pratique, cette expérience est de petite échelle, et suppose la cogestion hospitalière avec une ONG.
- L'ancien accord Malalaï-Khaïr Khana prévoyait il y a quelques années le déplacement d'équipes spécialisées de Malalaï vers Khaïr Khana.

## 3.8 - FORMATION ET SYSTÈME HOSPITALIER

### 3.8.1 - SYSTÈME DE RÉFÉRENCE ET FORMATION

L'Afghanistan a toujours formé ses propres professionnels de santé. Dans les années 1970-1980, Ali Abad était un lieu prestigieux, proche de l'université. La coopération internationale était marquée, avec Lyon en France puis avec l'Union soviétique.

Toutefois se posent maintenant des questions importantes en terme de quantité et de qualité.



Il y a toujours une formation médicale à Kaboul. Tous les médecins rencontrés en sont issus. Dans la plupart des établissements des enseignants sont identifiables, soit comme assistant, soit comme professeur. Cette fonction est essentielle, tant pour les médecins et futurs spécialistes que pour les sages-femmes, les infirmiers et les techniciens. Les critères pédagogiques sont encore instables, les outils et programmes rares. La coopération lyonnaise est attendue.

### 3.8.2 - QUALITÉ ET VALIDITÉ DES FORMATIONS

Il y a eu en Afghanistan deux sortes de formation.

#### 3.8.2.1 FORMATION OFFICIELLE

Elle s'effectue au travers de l'Institut médical et de l'institut médical intermédiaire de Kaboul. Toutefois, une grande partie du corps enseignant initial a émigré ou a disparu. L'enseignement de certaines disciplines n'est plus assuré comme la radiologie, l'imagerie, la psychiatrie...

L'Institut médical de Kaboul est composé de trois facultés : celle de médecine curative, celle de pédiatrie et celle de stomatologie. En tout, près de 200 nouveaux étudiants devraient intégrer ces facultés lors de la nouvelle entrée universitaire fin juin 2002. Ces facultés manquent de moyens humains, matériels, pratiques. L'aide internationale, et en particulier celle de la France, est précieuse. Mais les terrains de stages et l'encadrement sont difficiles à mettre en place. Chaque hôpital a clairement déclaré avoir un domaine de formation sanitaire et des terrains de stages pratiques lors de notre mission.

En fait, hormis les sites spécialisés comme Noor Eyes, seuls certains sites paraissent pertinents : Wazir, Maïwand en chirurgie plastique et ORL, New Ali Abad en urologie et neuro-chirurgie, Indira Gandhi et Ataturk en pédiatrie, Malalaï et Rabia en obstétrique et gynécologie.

Le doyen de l'Institut médical de Kaboul a établi une liste appropriée des terrains de stages reconnus. Elle est proche de cette analyse.



L'établissement de standards pédagogiques, la reconstitution d'un corps enseignant paraît urgente. Elle nécessite une redéfinition des sites. Elle constitue l'un des arguments de la réorganisation et du regroupement des sites de référence hospitaliers que la mission propose.

Le renforcement de la formation des sages-femmes est attendue, de même que les renforts des écoles d'infirmières et de techniciens, notamment en province.

L'histoire a vu naître cinq facultés de médecine à Herat, Jalalabad, Mazar-i-Charif, Badakhchan et Kandahar. L'opportunité médicale n'est pas établie. L'encadrement risque de n'être pas suffisant en qualité et nombre et devrait plaider pour une seule faculté. Mais comment faire ensuite pour que les médecins exercent ailleurs qu'à Kaboul ...

L'enseignement médical et paramédical n'a pas toujours été scientifique ces dernières années. Il a été surtout théologique et dogmatique. Des interrogations sont apparues quant à la compétence liée aux diplômes des professionnels formés ces dernières années.

#### **3.8.2.2 - FORMATION ET ONG**

L'autre grande filière de formation a été celle des écoles pratiques des ONG. Elles ont été déterminantes durant toutes les années de guerre car seules à même de former des personnels de santé sur le terrain. Leur qualité, souvent excellente, n'est cependant pas homogène. L'expérience compte beaucoup, la théorie est sans doute moins investie. Et les travailleurs formés sont nombreux et investis tant dans les dispositifs ONG, MoPH que dans le secteur privé..

L'OMS et le MoPH mettent en place un dispositif pour tenter d'évaluer, maîtriser et valider le niveau de connaissance des intervenants puis, si nécessaire, proposer des formations complémentaires.

#### **3.8.3 - QUANTITÉ ET NOMBRE DE PERSONNELS**

Le nombre de médecins n'est pas connu en Afghanistan avec exactitude. Il y en aurait un pour 10.000 habitants. Il est difficile de dire si cela est beaucoup ou peu. Sans doute est-ce faible vis à vis du besoin, surtout dans les provinces isolées. La répartition est remarquablement inadaptée : 1 médecin pour 1.000 habitants à Kaboul et 1 pour 400.000 habitants à Bâmyân.

Beaucoup d'étudiants ont pourtant été inscrits en faculté dans les années passées - près de 700 par an - sans que l'on puisse apprécier aujourd'hui ni leur utilité ni leur motivation.

Ce jour, il y a surtout un enjeu dans la répartition de ces médecins dans le pays et entre les structures. Une réorientation est nécessaire vers la province et la santé primaire.

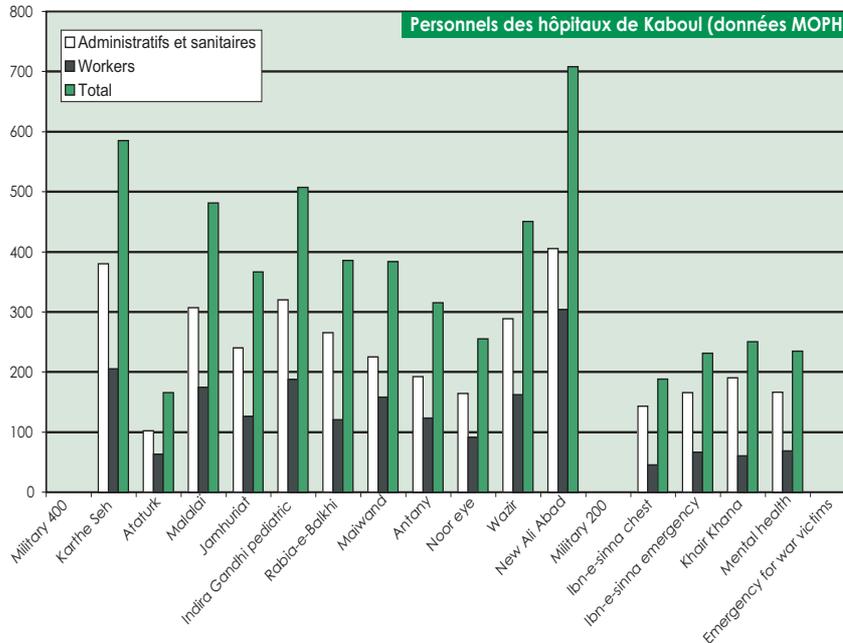
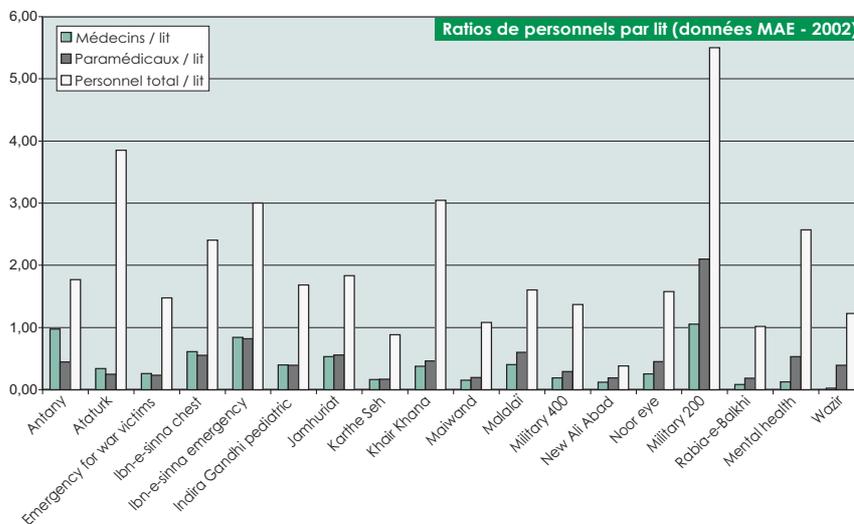
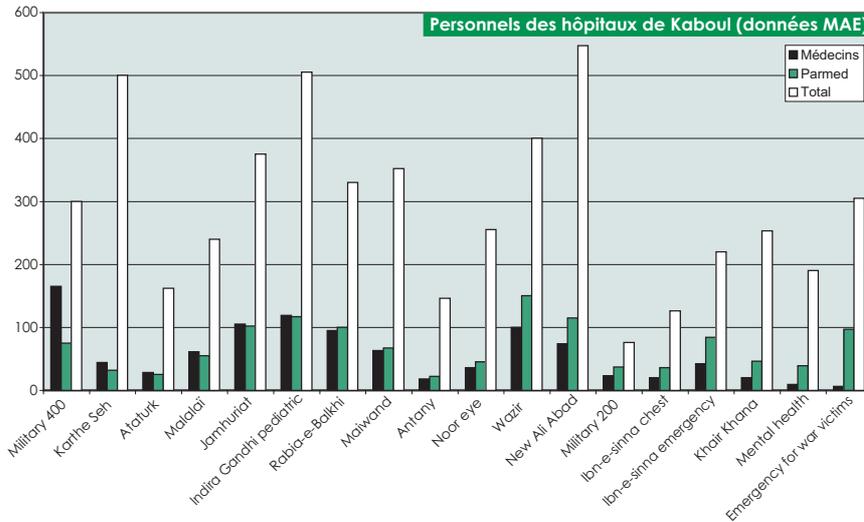
Enfin, plus que de médecins, le pays a besoin d'infirmiers, de travailleurs de santé et de sages-femmes.

Et Kaboul concentre, pour 10 % de la population, au moins 50 % des médecins, ceux-ci étant principalement localisés dans les établissements du centre ville.

### 3.9 - LES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE KABOUL

Malgré l'urgence, c'est probablement l'élément le plus difficile à maîtriser.

C'est le MoPH qui affecte les personnels dans les établissements - MCH et hôpitaux.

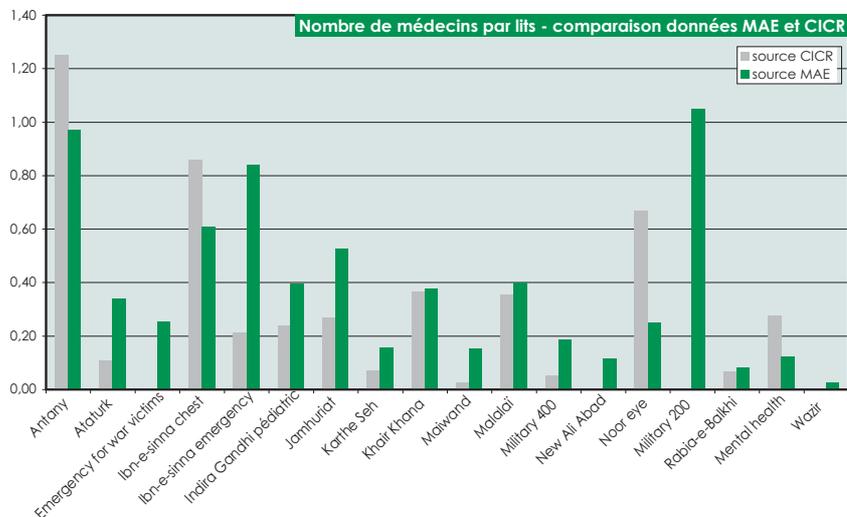


Dans le contexte actuel, on assiste à un vrai - et dangereux - paradoxe.

D'une part, le MoPH a décidé la mise en place de programmes prioritaires avant tout en faveur des provinces et du milieu rural. Les projets de coopération et d'action doivent aller dans ce sens. Et c'est pour renforcer cette tendance que le MoPH a demandé aux ONG de ne plus distribuer d'incentives pour les personnels travaillant sur Kaboul.

D'autre part le MoPH se voit - politiquement et socialement - obligé de proposer à tout professionnel de santé qui le demande un emploi, de préférence à Kaboul et de préférence en hôpital. On sait que les salaires sont insuffisants. Le service s'effectue pour tous de 7-8 h à 15-16 h. Passé ce temps, la quasi-totalité des personnels exercent une activité rémunératrice dans des cabinets privés.

Pourtant la faiblesse des ressources financières devrait orienter vers une rationalisation des affectations. La question, d'un tout autre registre que sanitaire, n'en est pas moins périlleuse dans son développement.



Ainsi, tous les établissements sont surdotés en personnels, souvent inoccupés. Présents, ils entraînent une désorganisation des services. Absents, ils mobilisent inutilement des ressources. La qualification, la compétence, la motivation de ces personnels reste difficile à évaluer.

### 3.10 - LES RESSOURCES MATÉRIELLES : ÉQUIPEMENTS, CONSOMMABLES, PRODUITS PHARMACEUTIQUES



Tous les établissements hospitaliers du MoPH sont dans un dénuement incompatible avec un exercice médical hospitalier. Pour tous les établissements publics de Kaboul, il n'existe qu'un seul appareil d'échographie obsolète. Les appareils de radiographie sont hors d'âge, souvent en panne, sans protection pour les personnels.

Mises à part une ou deux exceptions, toutes les ventilations per-opératoires sont manuelles, les blocs opératoires ne disposent que d'une table opératoire ancienne. Il n'existe aucun appareil de monitoring, même minimal. L'exploration n'existe pas. Les laboratoires sont réduits à l'usage d'un microscope au mieux, les réactifs manquent, la biochimie est inenvisageable. Un seul laboratoire dispose d'une étuve et de quelques milieux de culture, pour la bactériologie.

Le matériel thérapeutique est inexistant, fils, suture, petit matériel, proviennent du bazar pour l'essentiel. L'oxygène est distribué par quelques extracteurs, parfois des obus. A cette carence dans le service public, répond une offre assez structurée dans le privé pour les examens usuels et les sérologies simples (HBV, Syphilis, HIV) et quelques examens de parasitologie. Cela peut être un frein indirect très fort au développement d'une offre publique considérée comme concurrente. L'un des cabinets privés aurait d'ores et déjà commandé un scanner au Japon.

Mis à part quelques rares établissements comme Ataturk, l'eau manque, l'usage de seaux est régulière. Il s'agit de problème d'approvisionnement, de pompe d'acheminement et de distribution. L'électricité est irrégulièrement distribuée. Les véhicules sont absents et détournés de leur usage si présents. L'essence est rare. Les bâtiments sont vétustes, l'huissier fragile.

Dans chaque établissement un souci constant de nettoyer demeure et de faire le meilleur usage de la pénurie extrême. Quelques téléphones existent chez certains directeurs, la communication est orale et directe.

EQUIPEMENT													
Imagerie			Biologie		Bloc opératoires - anesthésie		Pharmacie		Infrastructures		Transport		
Nombre de table fonctionnelle	Echographie	Qualité du service	Hématologie	Microbiologie	Biochimie	Salles opérationnelles	Niveau équipement	Oxygène	Stock	Appvisionnement	Eau	Sanitaire	Electricité
Antany	0	0	∞	∞	∞	-	-	∞	*	*	*	*	**
Ataturk	1	0	**	∞	*	-	-	Extracteur	*	*	**	**	**
Emergency for war victims	1	0	***	***	***	2	***	Extracteur	***	***	***	***	***
Ibn-e-sinna chest	1	0	*	∞	∞	1	*(non vu)	Extracteur	*	*	**	**	∞
Ibn-e-sinna emergency	1	0	*	∞	∞	1	**	Extracteur	*(non vu)	*	*	*	∞
Indira Gandhi pédiatric	1	1	*	*	*	2	**	Extracteur	*	**	*	*	∞
Jamhuriat	1	0	**	*	*	5	*	nd	*	*	*	*	∞
Karthe Seh	1	0	**	*	*	3	**	nd	*	**	**	**	∞
Khair Khana	1	0	**	∞	∞	1	**	nd	*(non vu)	*	*	*	∞
Maiwand	1	0	**	*	*	2	**	nd	*	**	**	**	∞
Malalai	1	0	*	∞	∞	2	*	Extracteur	*	**	*	*	∞
Military 400	1	1	**	*	*	14	**	Fluides	**	**	**	**	∞
New Ali Abad	1	0	*	*	*	5	**	Extracteur	**	**	*	*	∞
Noor eye	-	-	-	-	-	2	**	nd	**	**	*	*	∞
Military 200	0	0	*	*	*	2	**	Extracteur	*	**	En travaux	En travaux	∞
Rabia-e-Balkhi	1	1	**	*	*	5	**	nd	**	**	**	**	∞
Mental health	0	0	∞	-	-	-	-	-	nd	nd	**	**	∞
Wazir Ak bar Khan	1	0	**	*	*	6	**	nd	**	**	*	*	∞

	Imagerie	Biologie	Equipelement		Pharmacie		Eau		Infrastructures		Transport
			Stock	appro	Stock	appro	Sanitaires	Electricité			
nd											
∞											
-											
*	Une table opérationnelle fixe - peu fiable	Analyses minimales dépendantes des approvisionnements de consommables	Equipements insuffisants	Stocks insuffisants	Approvisionnement totalement aléatoire	Accès irrégulier et incertain à un réseau 'seaux)	Hygiène insuffisante	Accès au réseau irrégulier - ruptures possibles			
**	Au moins une table fiable	Analyses élémentaires - approvisionnements organisés	Equipements insuffisants mais fonctionnels	Stocks irréguliers	Quelques réseaux d'approvisionnement	Réseau de distribution existant coupures possibles	Accessibilité et hygiène correctes	Accès au réseau normal - ruptures possibles			
***	Appareil récent et de bonne qualité - bonne organisation	Analyses disponibles - Pas de problème d'approvisionnement	Equipements fonctionnel adapté	Stocks suffisants	Approvisionnement régulier	Accès à un réseau et moyens d'indépendance (puit, pompes)	Bonne hygiène et accessibilité normale	Accès au réseau - indépendance en cas de coupure			Véhicules disponibles

### 3.11 - CET ÉTAT DES LIEUX POSE LA QUESTION DE LA DÉFINITION ET DU RÔLE DE L'HÔPITAL À KABOUL

---

Nos travaux, précédés de ceux du CICR, MDM, ISAF... montrent l'ampleur de la question posée par le système des hôpitaux de Kaboul. Le constat global est univoque. Il est grave et partagé :

- ce système centralise à Kaboul et dans le centre ville une offre de soins importante, de faibles qualité et efficacité par rapport aux besoins de santé identifiés comme prioritaires,
- il est surdimensionné avec trop d'établissements et de lits. Il concentre des personnels dans des structures qui n'en ont pas l'usage. Il détourne, pour longtemps, les moyens nécessaires, en particulier pour le système de santé primaire à Kaboul et en province,
- l'infrastructure très dégradée, sous équipée, éparpillée, n'a aucune maîtrise des relations fonctionnelles internes ou externes,
- le système est peu accessible, source de grandes inégalités. En principe gratuit, il est de fait très coûteux, pour un service d'une qualité non garantie.
- il n'a enfin pas les relations fonctionnelles indispensables avec le système de santé primaire, auquel il n'apporte aucun soutien effectif,
- réorganisée, la fonction de formation peut être rendue plus performante.

Tout ceci plaide en faveur d'une action positive forte vis à vis des hôpitaux de Kaboul.



INTRODUCTION

CONTEXTE : LA SANTÉ EN AFGHANISTAN

LES HÔPITAUX DE KABOUL

# Propositions

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION POSITIVE FORTE ET URGENTE

ANNEXES



## 4.1 - UNE CLARIFICATION DES MISSIONS AU SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EST NÉCESSAIRE

Le travail de recherche et d'analyse de la mission française rapporte des éléments concordants avec ce qui est décrit par les autres principaux intervenants.

Les propositions qui sont faites, sont simples et réalistes. Elles s'inscrivent dans la politique de santé définie par le MoPH et les orientations de la Banque Mondiale. Elles prennent en compte les contraintes non sanitaires.

Politiquement, s'il n'est pas possible de «toucher» à un seul établissement à Kaboul sans une forte contrepartie en visibilité et en performance - l'affectation des personnels dans les hôpitaux répond à des impératifs historiques et de paix sociale - il existe pourtant une marge de manœuvre importante pour la réorganisation.

Une transformation et une réorientation de l'activité de nombre d'entre eux est possible et recommandée. Cette orientation pourrait se faire dans le domaine éducatif ou social et serait un bénéfice pour la population.

Une clarification des missions au service de la santé publique est nécessaire.

Le système de référence hospitalier, centré sur quelques établissements précis, doit voir ses missions clairement définies :

- mettre à disposition une expertise technique et scientifique (diagnostic traitement) pour les cas médicaux dépassant les possibilités du système de santé primaire,
- participer à la formation et au perfectionnement des personnels de santé,
- renforcer l'efficacité et la légitimité des centres de santé, des MCH et de l'ensemble du dispositif de santé primaire ;
- participer aux programmes nationaux de santé, notamment en faveur des populations les plus vulnérables.

## 4.2 - DES EXIGENCES À RESPECTER



### 4.2.1 - UNE EXIGENCE DE DIGNITÉ

Mis à part quelques travaux récents, l'ensemble des structures hospitalières est très dégradé.

La plupart de ces établissements, destinés ou pas à une activité médico-technique, nécessite une réfection de simple décence comprenant l'eau, les sanitaires, l'éclairage, l'huissierie simple et la peinture.

### 4.2.2 - UNE EXIGENCE D'EFFICACITÉ ET DE LISIBILITÉ, MAIS AUSSI DE RATIONALITÉ ET DE COÛT

Actuellement, le service rendu par tel ou tel établissement n'est pas clairement identifiable sauf pour les grandes orientations chirurgicales, telle l'urologie, la neurochirurgie ou l'orthopédie qui ne concerne chacune qu'un site. En médecine notamment le recrutement se fait sans spécificité.

Pour renforcer l'expertise et la qualité du service rendu, il est nécessaire de définir pour quelques sites les spécialités qui y seront exercées au titre de la référence locale et régionale, voire nationale dans certains cas.

En terme d'efficacité et de rationalité, s'il apparaît clairement qu'une réhabilitation médico-technique n'est pas nécessaire pour la plupart des établissements actuels, certains mériteraient une réhabilitation urgente sous réserve d'être fortement impliqués dans une démarche rigoureuse de réorganisation et de requalification. C'est notamment le cas pour Malalai, Wazir, Indira Gandhi et sur le site du Old Ali Abad.

Dans la même optique, seuls quelques plateaux techniques doivent être identifiés et valorisés pour l'exploration fonctionnelle, l'imagerie, la formation et certains soins spécifiques. L'équipement mobilisé - biomédical, laboratoire, logistique - devra être harmonisé et standardisé pour valoriser la formation, faciliter l'usage et la maintenance, et réduire les coûts.

Nous mettons à part les réflexions concernant le site militaire et les sites spécialisés de Noor, de la stomatologie ainsi que les sites purement techniques : laboratoire central, Institut spécialisé en paludisme, tuberculose...

Si en Afghanistan il n'existe pas encore de ratio type en terme d'équipement et de structure, on peut raisonnablement considérer qu'un lit d'hôpital pour 1000 habitants paraît suffisant. Soit 2000 lits au total pour la ville de Kaboul qui en compterait actuellement 3.344 selon notre étude.

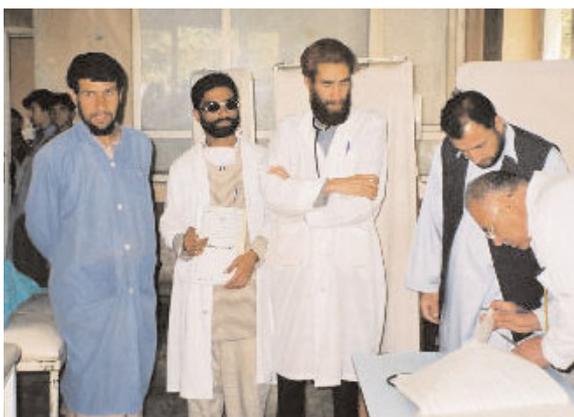
## 4.3 - UN GROUPEMENT DE STRUCTURES POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ ET UNE MEILLEURE GESTION

Les regroupements envisagés doivent répondre à une exigence sanitaire, biomédicale, géographique et stratégique.

### 4.3.1 - SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES :

- sur un site sud : urologie, chirurgie viscérale, chirurgie thoracique, neurochirurgie, et une part de chirurgie générale polyvalente,
- sur un site nord : orthopédie, chirurgie générale et viscérale polyvalente, avec une activité d'endoscopie et d'exploration endoscopique,
- Rabia et Malalaï : gynécologie médicale et chirurgicale, obstétrique avec une activité de néonatalogie, activité médico-chirurgicale polyvalente à l'attention des femmes.

### 4.3.2 - SPÉCIALITÉS MÉDICALES :



- la dermatologie, du fait des possibilités thérapeutiques actuelles, ne justifie plus l'animation de trois services. Ceux de Maïwand, Rabia Balkhi et Ibn e Sinna devraient être regroupés en un seul,
- l'activité pneumologique sur le futur site d'Ali Abad,
- l'activité infectieuse et l'endocrinologie à Wazir Akbar Khan avec une réduction de l'hospitalisation et un renforcement de l'activité ambulatoire,

Les autres disciplines nécessitent un recensement de compétences et de besoins et peuvent s'envisager sur les deux sites principaux, par exemple la cardiologie, l'oncologie et la gastro-entérologie.

### 4.3.3 - AUTRES SPÉCIALITÉS :

- L'ORL bénéficie actuellement d'un regroupement à Maïwand, d'un exercice spécifique en pédiatrie et à Rabia pour les femmes. Il semble surtout important de développer une activité ambulatoire décentralisée, et de proximité. Celle-ci peut être régulière sans être permanente.
- l'ophtalmologie s'exerce à Noor Eye. On peut envisager quelques interventions particulières en pédiatrie à Indira Gandhi ou à Atatürk.
- la psychiatrie est l'une des priorités nationales. Les principes généraux devraient être le développement de l'activité ambulatoire, la déconcentration des consultations et une activité d'hospitalisation rendue minimale et restant dans la cité.

## 4.4 - PROPOSITIONS PRATIQUES DE RÉORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS À KABOUL

Il s'agit de mettre en place quatre pôles de compétences clairement identifiés :

- deux pôles médico chirurgicaux, l'un au nord, l'autre au sud
- un pôle « femmes et maternité »,
- un pôle pédiatrique.

### 4.4.1 - LE PÔLE MÉDICO-CHIRURGICAL DU NORD



Il regrouperait dans une unité de gestion et un même projet, l'ensemble des activités de Wazir, Jamouhriat et Antany.

Il comprendrait la réhabilitation médico-technique de Wazir Akbar Khan qui conserverait son potentiel de 250 lits.

Dans un premier temps y seraient exercées la chirurgie générale polyvalente, l'orthopédie, l'endocrinologie, les pathologies infectieuses et une unité de soins intensifs.

Les activités de médecine et d'exploration fonctionnelle seraient définies plus précisément selon les besoins et les compétences identifiés.

Les hôpitaux de Jamouhriat et d'Antany ne devraient conserver qu'une activité générale

d'hébergement de type éducatif ou social. Eventuellement une cession au secteur privé pourrait être envisageable pour le site de Jamouhriat. Il ne devrait en aucun cas recevoir un investissement sanitaire du MoPH, pour une activité autre que celle liée à des soins de santé de base ou d'éducation.

Le site Nord devrait pouvoir bénéficier rapidement d'un service de réception des urgences et d'un service de consultations polyvalentes.

La population ciblée, mixte, serait essentiellement adulte.

Ce regroupement devrait permettre de passer de  $170+180+250 = 600$  lits à 250 lits.

Actuellement, le nombre total de personnels est estimé par le MoPH à 1.121 avec 223 médecins. Le nombre optimum pour une activité hospitalière efficace devrait être de 500 à 650 personnes.

L'effectif total pourrait être adapté au développement de consultations déconcentrées et de santé primaire.

### 4.4.2 - LE PÔLE MÉDICO-CHIRURGICAL DU SUD



Les cartes présentées mettent bien en évidence le vide existant au Sud et à l'Ouest de Kaboul. La perspective de la reconstruction des quartiers détruits lors des combats de 1992-1996 nécessite de relancer une activité de référence et de soins dans cette zone.

La réhabilitation du site historique d'Ali Abad répond à cet impératif : système de référence, hospitalisation et formation, le tout à 100 mètres de l'Institut Médical de Kaboul.

Ce pôle regrouperait dans un même projet et une même gestion autonome les activités exercées actuellement à New Ali Abad, Ibn e Sina Chest, Ibn e Sina Emergency, Karthe Se et Atatürk.

Si le site d'Atatürk a été récemment réhabilité pour le gros œuvre et la logistique courante, les autres sites sont très dégradés ou, comme Karthe Sé, destiné à d'autres activités.

En effet, le CICR souhaite se désengager dès que possible de Karthe Sé dont le bail s'achève fin 2002. Il paraît opportun de proposer une perspective rapide de re-localisation.

Les activités du pôle sud seraient :

- la neurochirurgie, l'urologie, la chirurgie thoracique, la chirurgie viscérale spécialisée et polyvalente,
- une activité de cardiologie et de pneumologie peuvent être envisagées,
- le site d'Atatürk exerce la pédiatrie médicale et la nutrition. Selon ce qui serait évalué et réorganisé à Indira Gandhi, d'autres activités chirurgicales et de néonatalogie pourraient être envisagées ultérieurement.
- un service d'accueil des urgences et un service de consultation polyvalente devraient y être organisés et identifiés.

La capacité actuelle des établissements concernés est de 940 lits dont 130 lits de pédiatrie. Elle pourrait être stabilisée sur le site sud à 350 lits adultes maximum et 130 lits pédiatriques.

Le personnel total selon le MoPH est de 1.712. En considérant un ratio de 2 agents pour 1 lit, le personnel nécessaire devrait être au maximum de 1000 agents.

L'effectif total ne devrait ensuite s'envisager qu'en fonction de l'activité ambulatoire et de celle liée au système de santé primaire qui pourrait être mise en place. Ceci laisse une capacité de redéploiement et d'action très importante.

#### 4.4.3 - PÔLE FEMMES ET MATERNITÉ : MALALAI ET RABI BALKHI



La santé de la mère et de l'enfant est une des priorités en Afghanistan. A Kaboul aussi.

Le système de référence, notamment dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence, doit être qualitativement renforcé.

En attendant que la réflexion en cours sur la réorganisation du dispositif soit aboutie, il semble pertinent de conserver les capacités en obstétrique de Malalai, de Rabi Balkhi et de la maternité de l'hôpital militaire. Soit une capacité d'environ 350 à 400 lits.

Chacun des sites devrait pouvoir disposer d'une équipe autonome exerçant en lien étroit avec les professionnels d'une zone géographique bien définie et de son « réseau de soins » comprenant les MCH et les diverses « clinics » associées.

En effet, il semble essentiel qu'avec l'amélioration des plateaux techniques, les formations envisagées et l'accompagnement managérial, soit menée une réflexion sur les liens fonctionnels à créer entre les structures de base et le système de référence.

Associer les femmes à cette réflexion avec l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans ce champ - y compris le système de transport d'urgence - permettrait de créer les liens indispensables aboutissant, in fine, à la diminution de la mortalité maternelle. Le savoir-faire des ONG dans ce domaine est important. Il doit être mobilisé.

#### 4.4.4 - PÔLE PÉDIATRIQUE : INDIRA GANDHI ET ATATÜRK

Indira Gandhi devrait pouvoir abriter l'ensemble des activités liées à l'enfance : néonatalogie, chirurgie générale ainsi que tous les aspects de la médecine et de l'exploration fonctionnelle infantile.

A Atatürk, l'ensemble de la médecine polyvalente et générale en pédiatrie y serait développé. L'opportunité d'y créer une activité chirurgicale et une activité néonatale ne devrait s'envisager qu'après la structuration du site d'Indira Gandhi et le repositionnement des activités de néonatalogie de Malalaï et Rabia.

De même que pour le suivi des grossesses, un réseau dense doit être créé entre les deux sites majeurs de pédiatrie et les MCH. Actuellement, il n'est rien. Les hôpitaux, surtout Indira Gandhi, apparaissent alors comme « encombrés » de cas relevant plus d'une prise en charge ambulatoire de qualité.

Par ailleurs, le rattachement d'Atatürk au site sud médico-chirurgical, permettrait de compléter et rationaliser l'utilisation du plateau technique nécessaire.

#### 4.4.5 - DEUX SITES PARTICULIERS

##### MAÏWAND

Maïwand offre actuellement quatre services, dans des locaux de bonne maintenance : la pédiatrie médicale, l'ORL, la chirurgie plastique soutenue par MRCA et la dermatologie.

Cette dernière activité devrait s'exercer en ambulatoire, avec référence sur un seul site.

Le renforcement du pôle ORL actuellement en cours en cours autour d'une équipe solide, avec l'arrivée des équipes de Ibn Sina, est à accompagner.

Le devenir de cet hôpital serait envisagé dans un deuxième temps après la réorganisation des quatre principaux pôles. Son utilité n'est pas remise en cause, mais son activité devrait être orientée vers une activité ambulatoire polyvalente de consultation dans cette partie de Kaboul très peuplée.



##### KHAÏR KHANA

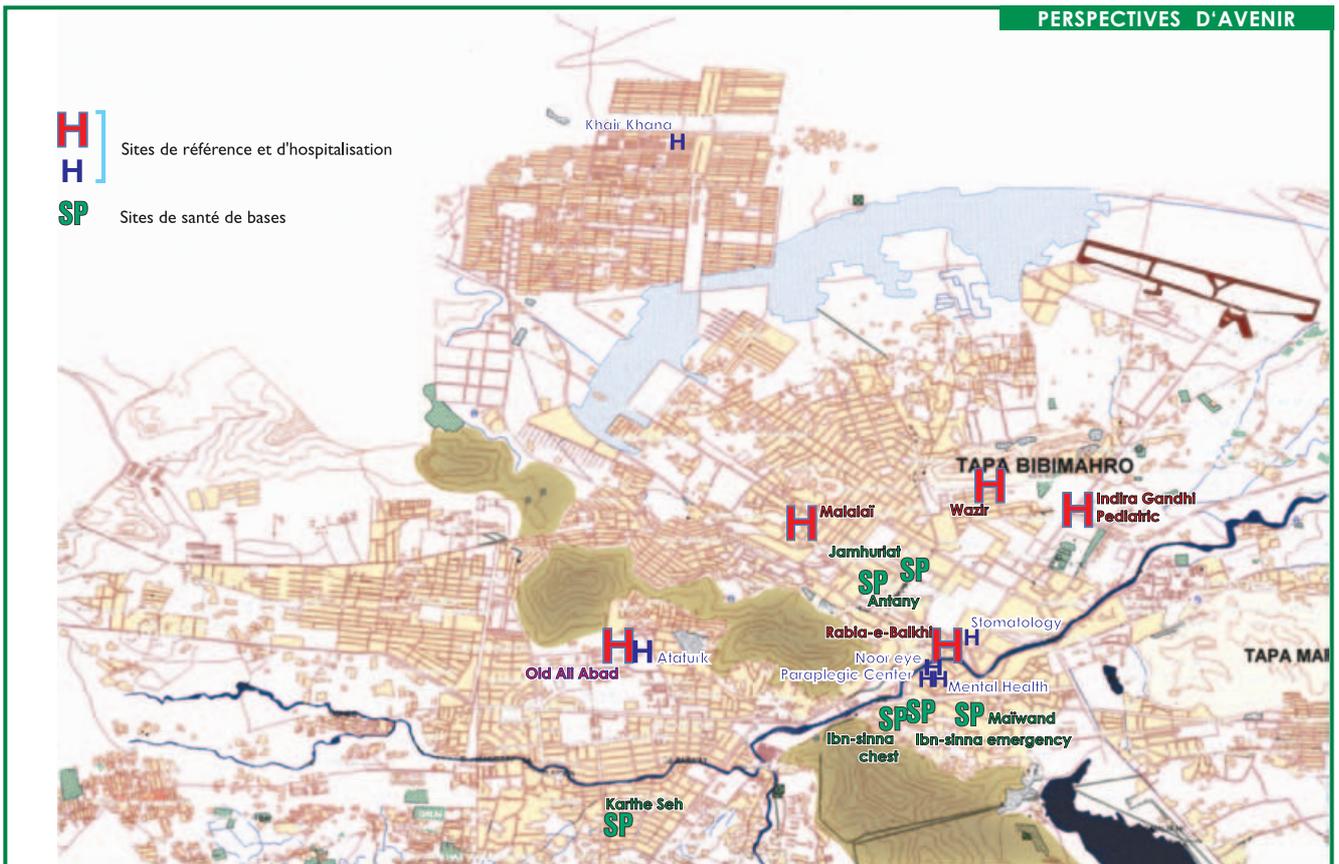
Cet établissement a une dimension originale et un volet d'activités de proximité tournées vers un site urbain de grande densité de Khaïr Khana.

Sa dimension ne devrait pas croître. La création de liens fonctionnels avec les quatre pôles de compétences devrait lui permettre d'orienter ses activités vers les soins de santé de base, y compris les soins obstétricaux d'urgence.



## 4.5 - VISUALISATION DES PROPOSITIONS

Le tableau et les deux cartes suivants permettent de bien mesurer et valider les perspectives de regroupement







De la nécessité...

INTRODUCTION

CONTEXTE : LA SANTÉ EN AFGHANISTAN

LES HÔPITAUX DE KABOUL

PROPOSITIONS

# De la nécessité d'une action positive forte et urgente

ANNEXES



**L**'Autorité intérimaire afghane a retenu les soins de santé de base comme seuls capables d'atteindre, notamment dans les provinces, l'objectif de la santé pour tous.

Cette approche, qui correspond aux besoins de santé de la population, est encouragée, à juste titre, par l'ensemble des acteurs et donateurs.



La maîtrise des maladies transmissibles, la diminution de la mortalité maternelle et infantile – soins obstétricaux d'urgence et vaccinations - l'accompagnement des réfugiés, des déplacés et des personnes handicapées, la lutte contre la malnutrition et le développement des services de santé mentale ont été retenus parmi les thèmes prioritaires.

Les réflexions actuelles s'orientent vers la mise en oeuvre des services de soins de base (basic service package). Ces services, notamment dans les provinces, devront mobiliser les ressources humaines qualifiées en nombre suffisant.

De manière cohérente avec cette approche, il est souvent considéré que « pas un sou ne doit être donné aux hôpitaux, et notamment à ceux de Kaboul ».

La mission d'expertise française adhère à cette idée générale.

Elle rappelle cependant que les soins de santé de base ne trouvent leur pleine efficacité que s'ils s'appuient sur la participation communautaire et un système de référence de qualité.

En effet, seul un système de référence organisé et maîtrisé, capable de participer aux soins médico-techniques, à la formation et à l'animation du système de santé peut donner sa légitimité à la démarche des soins de santé de base.

Il assure la crédibilité et la dignité des acteurs de santé qui chaque jour, sur le terrain, dans des conditions difficiles, tentent d'améliorer, au plus près de la population, et avec elle, la situation sanitaire des Afghans.



La présente étude montre, qu'au-delà les concepts et des idéologies, les hôpitaux de Kaboul concentrent entre 50 et 70 % des moyens en personnel et, sans doute, des ressources totales du système de santé de l'Afghanistan.

Pour des raisons non sanitaires, mais conformes aux contraintes socio-politiques actuelles, les personnels des hôpitaux de Kaboul ont déjà augmenté de près de 20 % en quelques mois.

En gardant le parc hospitalier tel qu'il est actuellement organisé et géré, il est peu probable de trouver un moyen d'inverser la tendance.

Les mesures autoritaires n'étant pas envisageables, la mission française propose qu'une politique hospitalière – une politique du système de référence - soit définie et mise en œuvre afin que le «bateau ivre des hôpitaux de Kaboul» ne continue

seul sa route, emmenant avec lui tout espoir de réorienter les ressources en faveur de la politique jusque là retenue.

La maîtrise des « hôpitaux de Kaboul » est indispensable, urgente et stratégique.

La mission retient certains arguments techniques, permettant d'amorcer cette maîtrise.

L'objet est de requalifier certains sites, assurant référence, équité, qualité et accessibilité dans une économie générale de moyens.

Il s'agit clairement de réorienter les activités hospitalières actuelles en faveur d'un système de référence au service des soins de santé primaire.

En effet, développer la santé primaire nécessite un rééquilibrage et une réorganisation très stricte du système de référence : maîtriser les coûts et accroître la fiabilité et la qualité du service rendu.

Si des aides ou des mesures financières sont envisagées, elles doivent s'appuyer sur un programme de réorganisation clair et précis, assurant une vision à long terme. Ce programme devra être valorisant pour chacun.

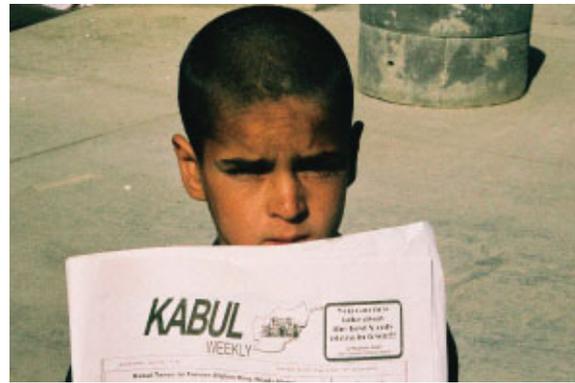
La mission considère que si aucune organisation n'est proposée, comportant un minimum de réhabilitation et de remise à niveau de quelques sites, Kaboul aura un secteur hospitalier sur-doté, pesant et inefficace. Ce sera un frein redoutable à toute tentative de mettre en œuvre les programmes tournés vers la santé primaire, les provinces et les populations vulnérables.



Cette étude prétend pouvoir participer à la prise de conscience de ce phénomène, bien connu dans d'autres pays, qui non pris en charge dès le départ pour les mêmes raisons – « pas un sou pour les hôpitaux ! » – ont détourné l'ensemble des décideurs d'une des urgences de planification.

Le mission d'expertise française est prête à poursuivre, auprès des autorités afghanes et avec les autres experts nationaux et internationaux, cette réflexion nécessaire à la prise de décisions urgentes.





INTRODUCTION

CONTEXTE : LA SANTÉ EN AFGHANISTAN

LES HÔPITAUX DE KABOUL

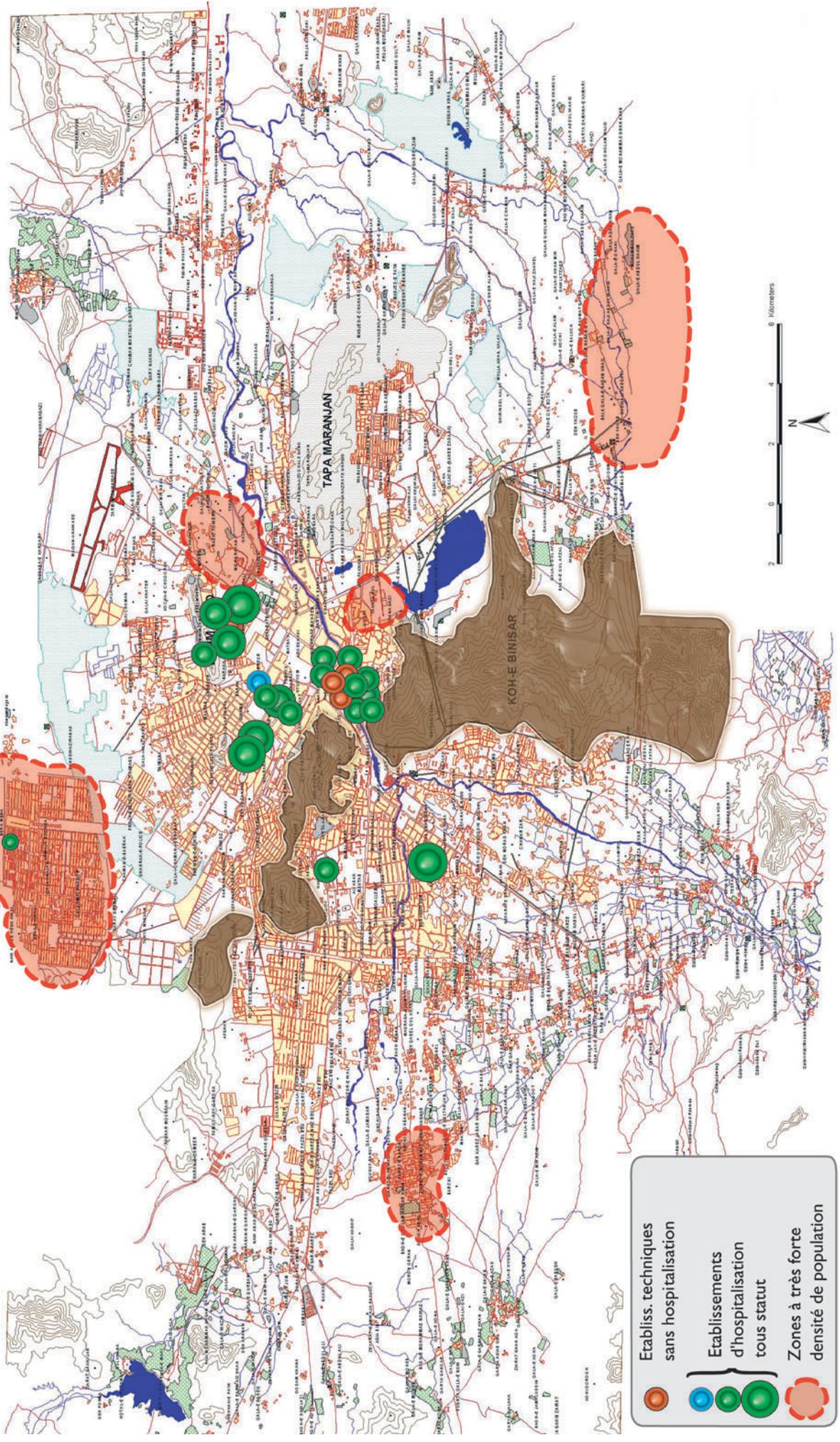
PROPOSITIONS

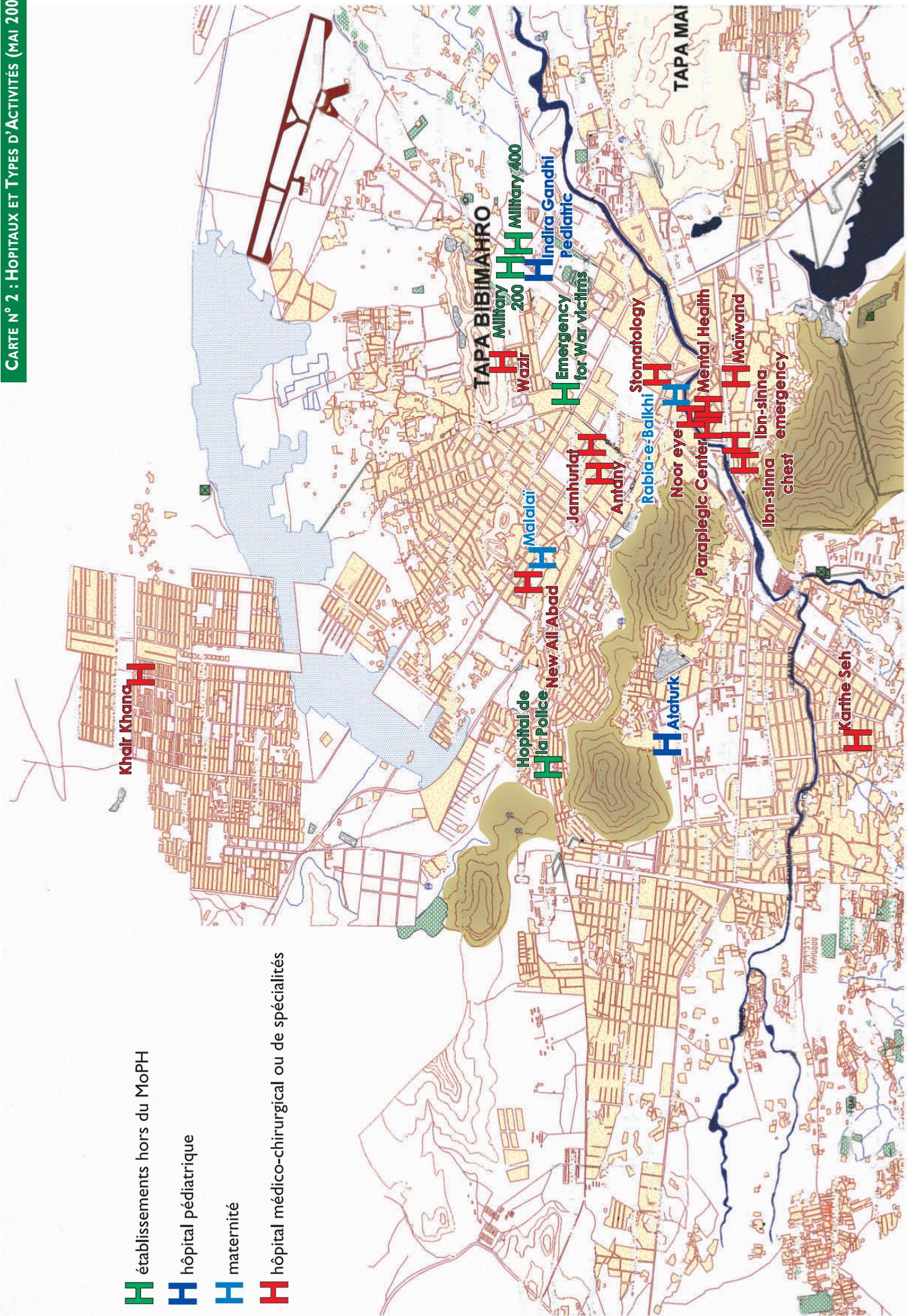
DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION POSITIVE FORTE ET URGENTE

## Annexes

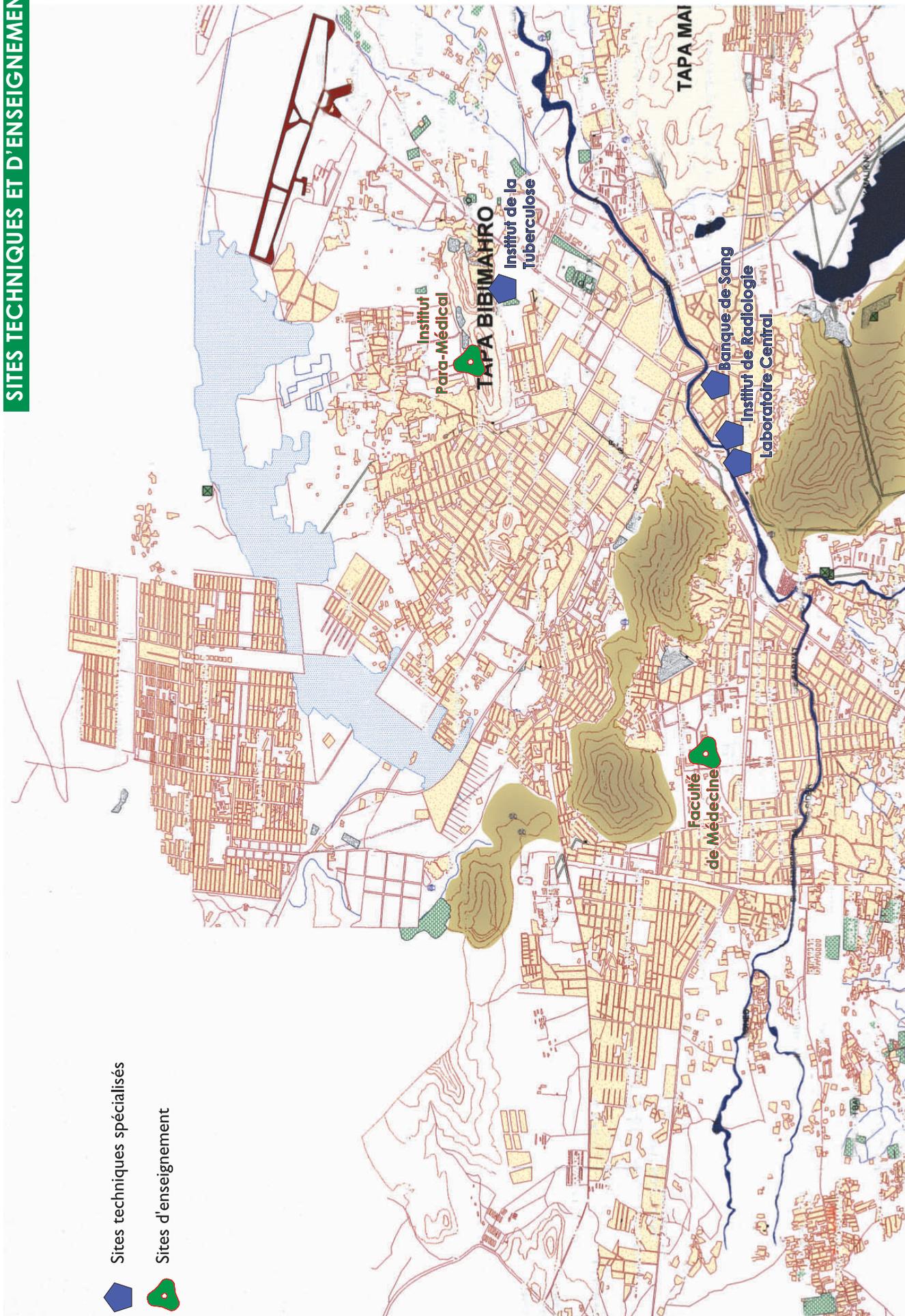


KABUL CITY





- H établissements hors du MoPH
- H hôpital pédiatrique
- H maternité
- H hôpital médico-chirurgical ou de spécialités

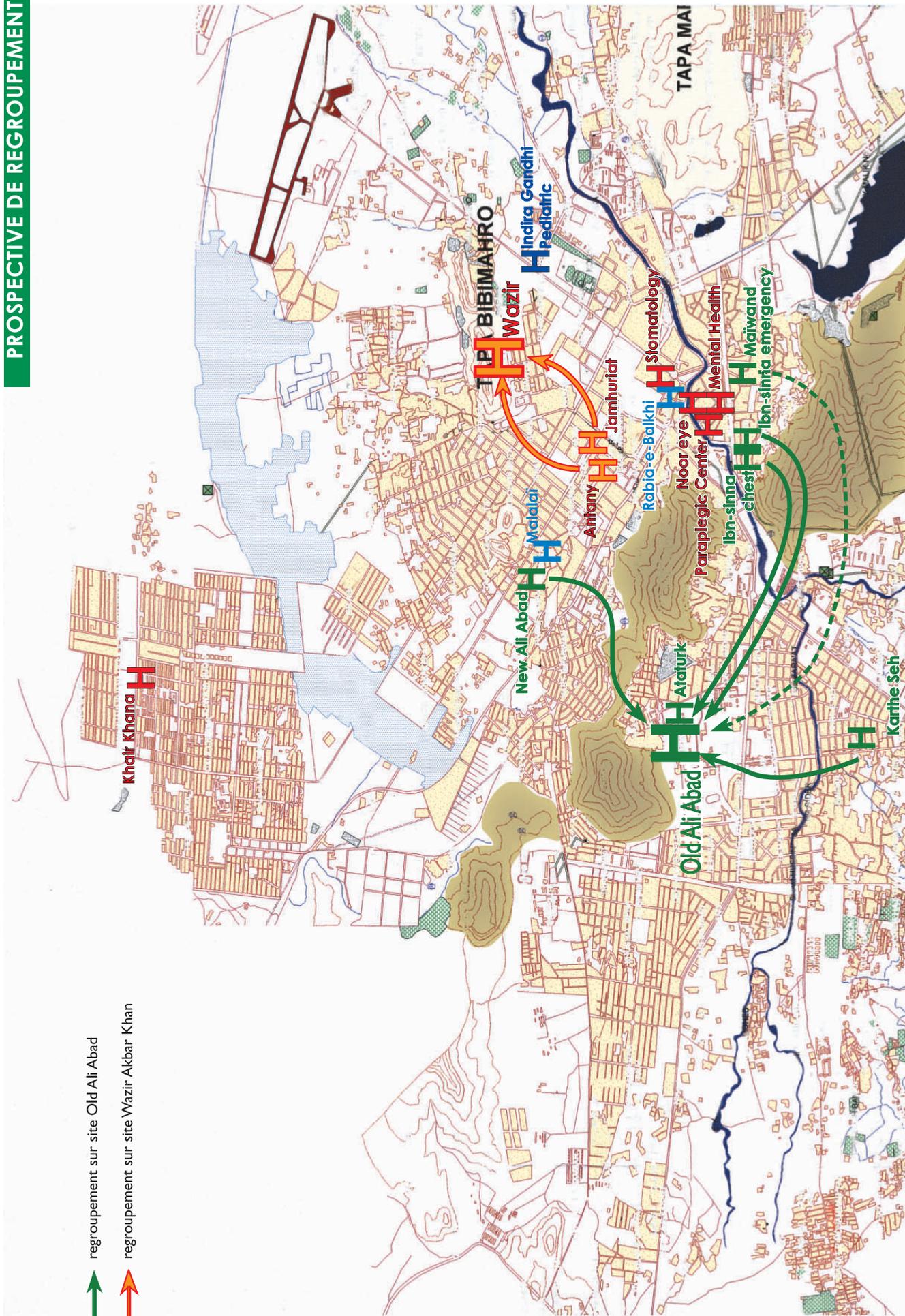


Sites techniques spécialisés



Sites d'enseignement





regroupement sur site Old Ali Abad



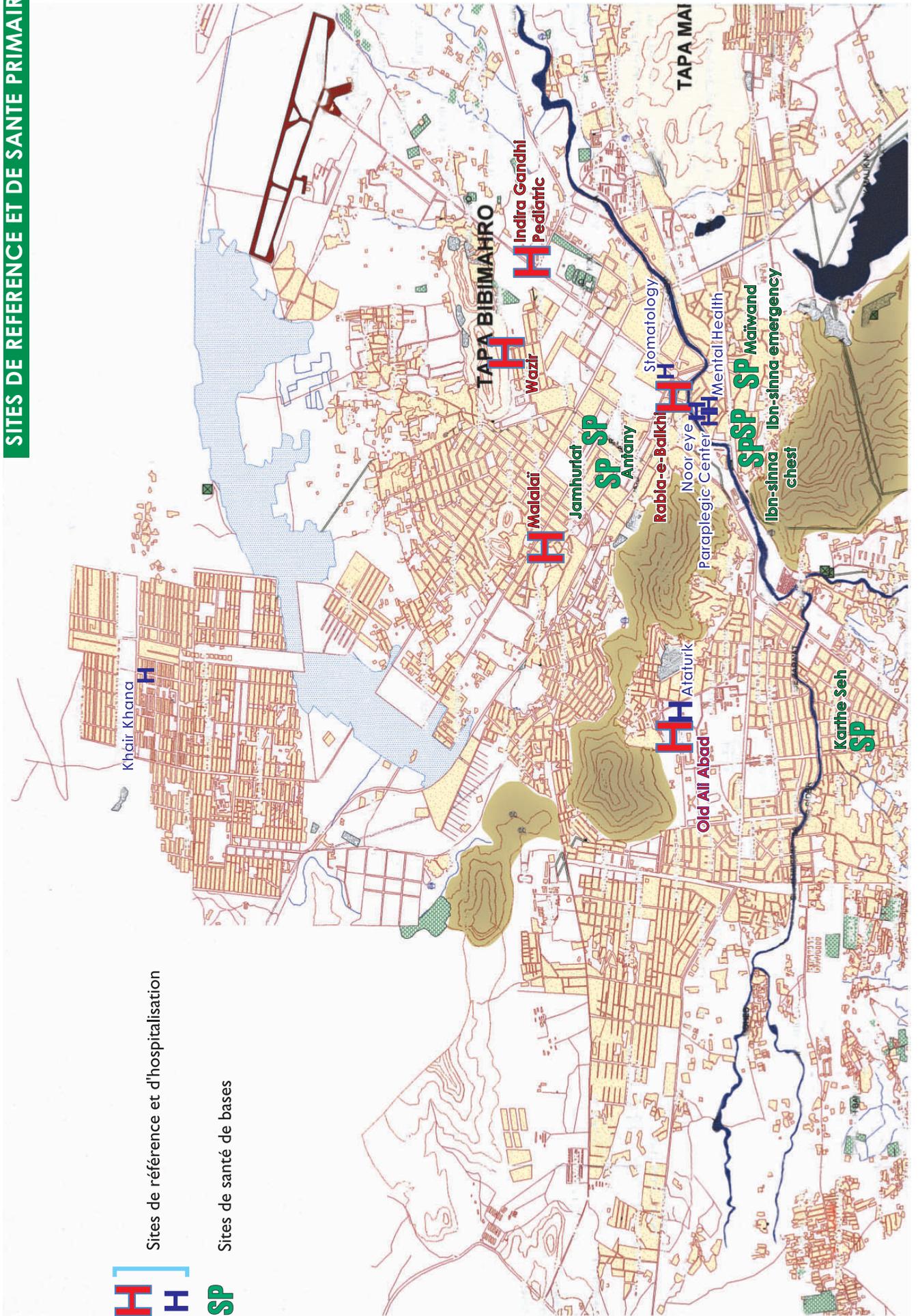
regroupement sur site Wazir Akbar Khan





Sites de référence et d'hospitalisation

Sites de santé de bases



HÔPITAUX	DONNÉES MISSION FRANÇAISE (2002)							DONNÉES CICR (1999)				EVALUATION MENSUELLE "BEST GUESS"			
	ACCOUCHEMENTS	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS CHIRURGICALES	ACCOUCHEMENTS	OPD / JOUR	ACCOUCHEMENTS	ACCOUCHEMENTS	CÉSARIENNES	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS	ACCOUCHEMENTS	CÉSARIENNES	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS
Antany		960 / mois	190/mois			125			0	960	190	0	0	960	190
Ataturk		100-150/mois	5-15/jour			100			0	3750	200	0	0	3750	200
Emergency for war victims		56/mois	146/mois	285/mois					0	202	146	0	0	202	146
Ibn-e-sinna chest		100/jour	100/mois	0/jour		50			0	3000	100	0	0	3000	100
Ibn-e-sinna emergency		150/jour	20/jour			175			0	4500	600	0	0	4500	600
Indira Gandhi pédiatric		100-350/jour	20-40/jour	10/jour		450			0	9000	900	0	0	9000	900
Jamhuriat		60-70/jour	20	3-15/jour		80			0	2000	600	0	0	2000	600
Karthe Seh		4800/mois	1088/mois	550/mois		120			0	4800	1088	0	0	4800	1088
Khair Khana	15-20/ jour	300/jour	22/jour	0	15/jour	310			525	9000	660	0	0	9000	660
Maiwand	0	100/jour	20/jour			90			0	3000	600	0	0	3000	600
Malalai	14047/an	540 / an	22286/an		33/jour	50			1170	3650	1860	45	0	3650	1860
Mental health		100/jour	10/jour						0	3000	300	0	0	3000	300
Military 200	10-12/jour			4-5/mois					330	-	-	4	-	-	-
Military 400		110-300/jour		25/jour		185			0	7500	-	0	0	7500	-

HÔPITAUX	ACCOUCHEMENTS	CONSULTANTS	EVALUATION MENSUELLE "BEST GUESS"	HÔPITAUX	DONNÉES MISSION FRANÇAISE (2002)	DONNÉES CICR (1999)	EVALUATION MENSUELLE "BEST GUESS"	HÔPITAUX	DONNÉES MISSION FRANÇAISE (2002)	DONNÉES CICR (1999)	EVALUATION MENSUELLE "BEST GUESS"	HÔPITAUX	DONNÉES MISSION FRANÇAISE (2002)	DONNÉES CICR (1999)	EVALUATION MENSUELLE "BEST GUESS"
	ACCOUCHEMENTS	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS	HÔPITAUX	ACCOUCHEMENTS	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS	HÔPITAUX	ACCOUCHEMENTS	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS	HÔPITAUX	ACCOUCHEMENTS	CONSULTANTS	HOSPITALISATIONS
New Ali Abad			250/jour	15-20/jour	10/jour		65	0	0	7500	600		0	7500	600
Noor -eye			500/jour		240-350/mois		220	0	0	15000	400		0	15000	400
Rabia-e-Balkhi	25-30/jour	2-3/jour	300-400/jour			5/jour	100	825	75	11000	1000		0	11000	1000
Wazir			300/jour	90/jour	200/mois		250	0	0	9000	2700		0	9000	2700
<b>TOTAL</b>								<b>2850</b>	<b>124</b>	<b>96862</b>	<b>11944</b>		<b>124</b>	<b>96862</b>	<b>11944</b>

Hôpitaux	CAPACITE									
	Données CICR (1999)				Données MAE (2002)					Ratio lits MAE/CICR
	Médecine	Chirurgie	Pédiatrie	Total	Médecine	Chirurgie	Pédiatrie	Obstétrique	Total	
Antany				100					170	41,18%
Ataturk				130					130	0,00%
Emergency for war victims									110	100,00%
Ibn-e-sinna chest				100					100	0,00%
Ibn-e-sinna emergency				260					125	-108,00%
Indira Gandhi pediatric				300					300	0,00%
Jamhuriat				150					180	16,67%
Karthe Seh				500					400	-25,00%
Khair Khana				49					48	-2,08%
Maiwand				423					237	-78,48%
Malalai				200					250	20,00%
Military 400				1000					400	-150,00%
New Ali Abad				100					200	50,00%
Noor eye				30					80	62,50%
Military 200									40	100,00%
Rabia-e-Balkhi				250					250	0,00%
Mental health				40					74	45,95%
Wazir				239					250	4,40%
TOTAL	0	0	0	3871	0	0	0	0	3344	-15,76%

Hôpitaux	PERSONNEL											
	Données CICR (1999)		Données MAE (2002)				Données MOPH (2002)				Evolution du nbre de médecins 1999/2002	Ecart MAE / MOPH
	Médecins	Total	Médecins	Paramed	Total	Inf/méd	Administratifs et sanitaires	Workers	Total	% adm et sanitaires		
Military 400	125		165	75	300	0,45					24,24%	
Karthe Seh	14		44	32	500	0,73	380	205	585	0,65	68,18%	14,53%
Ataturk	5		28	25	162	0,89	102	63	165	0,62	82,14%	1,82%
Malalai	86		61	55	240	0,90	307	174	481	0,64	-40,98%	50,10%
Jamhuriat	55		105	102	375	0,97	240	126	366	0,66	47,62%	-2,46%
Indira Gandhi pediatric	71		119	117	505	0,98	320	187	507	0,63	40,34%	0,39%
Rabia-e-Balkhi	40		95	100	330	1,05	265	120	385	0,69	57,89%	14,29%
Maiwand	36		63	67	352	1,06	225	158	383	0,59	42,86%	8,09%
Antany	18		18	22	146	1,22	192	123	315	0,61	0,00%	53,65%
Noor eye	10		36	45	255	1,25	164	91	255	0,64	72,22%	0,00%
Wazir	71		100	150	400	1,50	288	162	450	0,64	29,00%	11,11%
New Ali Abad	53		74	115	547	1,55	405	303	708	0,57	28,38%	22,74%
Military 200			23	37	76	1,61					100,00%	
Ibn-e-sinna chest	20		20	36	126	1,80	143	45	188	0,76	0,00%	32,98%
Ibn-e-sinna emergency	48		42	84	220	2,00	165	66	231	0,71	-14,29%	4,76%
Khair Khana	17		20	46	253	2,30	190	60	250	0,76	15,00%	-1,20%
Mental health	11		9	39	190	4,33	166	68	234	0,71	-22,22%	18,80%
Emergency for war victims			6	97	305	16,17					100,00%	
TOTAL	680	0	1028	1244	5282	1,21	3552	1951	5503	0,65	33,85%	4,02%

Hôpitaux	Analyse de ratios							
	Données CICR (1999)		Données MAE (2002)			Données MOPH (2002)		
	Médecins /lit	Personnel total / lit	Médecins /lit	Paramédicaux / lit	Personnel total / lit	Administratifs et sanitaires / lit	Workers / lit	Personnel total / lit
Antany	1,25		0,97	0,44	1,76	0,00	0,00	0,00
Ataturk	0,11		0,34	0,25	3,85	2,92	1,58	4,50
Emergency for war victims	n.d.		0,25	0,23	1,47	0,93	0,57	1,50
Ibn-e-sinna chest	0,86		0,61	0,55	2,40	3,07	1,74	4,81
Ibn-e-sinna emergency	0,21		0,84	0,82	3,00	1,92	1,01	2,93
Indira Gandhi pediatric	0,24		0,40	0,39	1,68	1,07	0,62	1,69
Jamhuriat	0,27		0,53	0,56	1,83	1,47	0,67	2,14
Karthe Seh	0,07		0,16	0,17	0,88	0,56	0,40	0,96
Khair Khana	0,37		0,38	0,46	3,04	4,00	2,56	6,56
Maiwand	0,02		0,15	0,19	1,08	0,69	0,38	1,08
Malalai	0,36		0,40	0,60	1,60	1,15	0,65	1,80
Military 400	0,05		0,19	0,29	1,37	1,01	0,76	1,77
New Ali Abad	0,00		0,12	0,19	0,38	0,00	0,00	0,00
Noor eye	0,67		0,25	0,45	1,58	1,79	0,56	2,35
Military 200	n.d.		1,05	2,10	5,50	4,13	1,65	5,78
Rabia-e-Balkhi	0,07		0,08	0,18	1,01	0,76	0,24	1,00
Mental health	0,28		0,12	0,53	2,57	2,24	0,92	3,16
Wazir	0,00		0,02	0,39	1,22	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,18		0,31	0,37	1,58	1,06	0,58	1,65

Hôpitaux	MEDECINE							
	Générale		Spécialité médicale 1		Spécialité médicale 2		Spécialité médicale 3	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Antany			Infectieux	Infectieux				
Ataturk								
Emergency for war victims								
Ibn-e-sinna chest	Inter							
Ibn-e-sinna emergency	Inter		Dermatoløgie					
Indira Gandhi pediatric								
Jamhuriat	Générale		Urgences					
Karthe Seh	Polyvalente							
Khair Khana	Polyvalente							
Maiwand			Dermatoløgie					
Malalai								
Military 400	Polyvalente		Réanimation					
New Ali Abad	Polyvalente		Neuropsychiatrie					
Noor eye								
Military 200		Polyvalente						
Rabia-e-Balkhi								
Mental health			Psychiatrie					
Wazir	Polyvalente		Soins intensifs					
<b>TOTAL</b>								

Données MAE

Hôpitaux	CHIRURGIE					
	Spécialité chirurgicale 1		Spécialité chirurgicale 2		Spécialité chirurgicale 3	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Antany						
Ataturk						
Emergency for war victims	Chirurgie guerre	Chirurgie guerre				
Ibn-e-sinna chest						
Ibn-e-sinna emergency	ORL					
Indira Gandhi pediatric						
Jamhuriat	Urologie					
Karthe Seh						
Khair Khana						
Maiwand	ORL		Plastique			
Malalai						
Military 400	Orthopédie					
New Ali Abad	Urologie		Nruochirurgie			
Noor eye	Ophtalmologie					
Military 200						
Rabia-e-Balkhi		ORL				
Mental health						
Wazir	Orthopédie					
<b>TOTAL</b>						

Données MAE

Hôpitaux	Gynécologie / obstétrique	Pédiatrie
	Femmes	Enfants
Antany		
Ataturk		Médecine + nutrition
Emergency for war victims		Chirurgie guerre
Ibn-e-sinna chest		
Ibn-e-sinna emergency		
Indira Gandhi pediatric		Médecine - chirurgie - néonatalogie - nutrition
Jamhuriat		
Karthe Seh		Médico-chirurgicale
Khair Khana	Générale	Médicale
Maiwand		Médicale
Malalai	Générale	Nurserie
Military 400		
New Ali Abad		
Noor eye		
Military 200	Générale	
Rabia-e-Balkhi	Générale	Nurserie?
Mental health		
Wazir		

Données MAE

## PROJECTIONS ÉCONOMIQUES À MOYEN ET LONG TERME

	2003 à juin 2004	juillet 2004 à décembre 2006	janvier 2006 à décembre 2011
--	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

### INDICATEURS

	2002	2003 à juin 2004	juillet 2004 à décembre 2006	janvier 2006 à décembre 2011
Durée de la période (en années)	1,0	1,5	2,5	5,0
Population moyenne de la période (en millions)	25	26	28	31
PIB Taux de croissance annuel moyen	15%	15%	10%	7%
PIB total annuel (millions \$)	5 000	5 900	7 600	10 100
PIB sur la période (millions \$)	5 000	8 850	19 000	50 500
PIB par habitant (taux croissance annuel)	12%	12%	7%	4%
PIB par habitant en \$	200	227	271	326
Nombre fonctionnaires (sauf défense)	225 000	220 000	250 000	275 000
Salaires moyen annuel des fonctionnaires (en \$)	1 200	1 250	1 350	1 650
Prestations sociales (en % des salaires)	30%	30%	30%	30%
Dépenses de fonctionnement de l'État (en % des salaires et prestations sociales versés)	66%	66%	50%	50%
Masse salariale annuelle (hors défense - millions \$)	270	275	338	454
Prestations sociales hors défense (en millions \$)	81	83	101	136
Dépenses de fonctionnement hors défense	232	236	219	295
Dépenses de défense (salaires, prest. sociales, fonctionnement)	120	120	120	116
Total dépenses de l'État (fonctionnement)	703	713	778	1 001
	703	1 070	1 945	5 004
Recettes fiscales (millions \$)	0	0	300	1 000
Aide nécessaire au fonctionnement de l'État (millions \$) par période	703	1 070	1 195	4
Aide nécessaire au fonctionnement de l'État (millions \$) cumulée	703	1 773	3 118	3 122
Total Dépenses Investissement	1000	2000	2800	2 310
Total coûts récurrents	700	1 200	1 200	1 200

Total Dépenses Investissement santé	50	140	152	128
Part des dépenses de santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat	6%	6%	6%	6%
Dépenses de fonctionnement de la santé (HI)	14	14	13	18
Salaires personnel de santé	21	33	58	102
Coûts récurrents santé	35	84	65	66
Total dépenses de santé (Hypothèse I)	70	131	137	186
Ratio Fonctionnement/salaire	25%	22%	39%	50%
Ratio Budget MoPH / Budget de l'Etat	10%	18%	18%	19%
Dépenses de santé par personne et par an	2,8	5,0	4,9	6,0

### EFFECTIFS EN PERSONNEL DE SANTÉ (SELON LE MOPH)

	Besoins selon les normes	Besoins supplémentaires				
Médecins	5826	1920	3906	4226	4877	5581
Techniciens	6442	3878	2564	3332	4894	6585
Infirmières	13222	8229	4993	6593	9848	13370
Adm et Employés	37500	31377	6123	11883	23601	36279
Total	62990	45404	17586	26034	43220	61815

# FICHES DES HÔPITAUX DE KABUL

---

---

FICHE IBESINAC

---

FICHE IBNESINA

---

FICHE INDIRAGA

---

FICHE JAMHURIA

---

FICHE KARTESEH

---

FICHE KHAIRKHA

---

FICHE MAIWAND

---

FICHE MALALAI

---

FICHE MATMILITAIRE

---

FICHE NOOR

---

FICHE RABIAEBA

---

FICHE WAZIR

---

FICHE EMERGENCY

---

FICHE 400LITS

---

FICHE ALIABAD

---

FICHE ANTANY

---

FICHE ATATURK

---

FICHE CHARIKAR

---

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Chest Ibn-e-sina

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Chest Ibn-e-sina</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Bashirullah Rashed (médecin)
<b>Date de l'entretien</b>	29 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Abdul Samad Karim (chirurgien) Dr Bashirullah Rashed

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Pul-E-Artal district n° 1</b>
<b>Type d'architecture : 1 aile sur deux étages sans ascenseur</b>
<b>Ancienneté des bâtiments : 40 ans</b>
<b>Etat général extérieur : Aspect « robuste » - vétuste</b>
<b>Etat général intérieur :</b>
<b>Remarques :</b> Longtemps l'hôpital de référence pour les interventions thoraciques – plus court depuis cinq ans.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Médecine interne	-	-	35	35
Chirurgie spécialisée	-	-	35	35
Pathologie chirurgicale	-	-	30	30
<i>TOTAL</i>			<i>100</i>	<i>100</i>

Le jour de la visite, 40 lits étaient réellement occupés.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Médecin interne	5				
Chirurgien spécialistes	3				
Généralistes	12				
Biologie			5		
Radiologie			3		
<i>Anesthésistes</i>			<i>1</i>		
<i>TOTAL</i>	<i>20</i>	<i>36</i>	<i>9</i>	<i>60</i>	<i>126</i>

L'effectif « théorique » est de 40 médecins et 50 infirmières.

Gros besoin de formation exprimé pour les paramédicaux.

Selon le MOPH (1 mai 2002) : total de 188 dont 143 administratifs et sanitaires et 45 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Médecine interne		3	
Chirurgie		1 trainer	
<b>TOTAL</b>			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1	Très vieille	10 /j max
	Echographie	Non		
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	<i>Usuel – pas de réactifs.</i>			
<b>Biochimie</b>				
<b>Microbiologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	1	Fermée – non visitée	
	Respirateurs	0		
	ECCG	1	Non fonctionnel	
<b>Véhicule</b>	Aucun			
<b>Pharmacie</b>	Très démunie – seringues fournies par IDA – soutien de WHO – Ong – MOPH (en principe tous les trois mois)			

Le réseau d'eau est détruit – faibles réserves – toilettes ponctuelles.

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Médecine interne	60%		
Chirurgie thoracique	30%		
Chirurgie générale	10%		
	100 / j en moyenne	100 / mois	

DMS = 5 – 6 jours

Peu à pas d'interventions chirurgicales lourdes.

En fait, aucune chirurgie thoracique faite – quelques drainages. Pas de thoracotomie  
inexpérience de chirurgien – absence d'instruments.

Médecine : pathologies cardiaques (RAA/ IDM)

Les russes ont aidé jusqu'en 1986 puis ont cessé. Une fois une valvulotomie (sans prothèse).  
Cancers du poumon sans radiothérapie, sans chirurgie, sans chimiothérapie.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Aucune relation mentionnée avec d'autres acteurs du système de santé.		

<b>Remarques générales</b>
L'hôpital a perdu toute sa fonction de chirurgie thoracique en 1986. Il demeure une activité de médecine faiblement organisée.

<b>Autres sources de données</b>
<b><u>Organisation Mondiale de la Santé</u></b> (ICRC - CICR - 1999)  100 lits <ul style="list-style-type: none"><li>- 35 chirurgie</li><li>- 35 médecine</li><li>- 70 hommes dont 20 occupés (taux d'occupation 50%)</li></ul> 50 OPDs 20 médecins  <b>Analyse</b> : le nombre de médecins correspond avec le relevé de la mission – le directeur prévoit 20 médecins de plus. Le nombre de outpatients aurait doublé entre 1999 et 2002
<b><u>ISAF</u></b> Pas de rapport ISAF sur cet hôpital
<b><u>Médecins du monde</u></b> Pas de rapport MDM sur cet hôpital

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Ibn-e-Sinna Emergency Hospital

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Ibn-e-Sinna emergency</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Abdulrachid Ghafouri (interniste)
<b>Date de l'entretien</b>	27/04/2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Abdulrachid Ghafouri

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Pul – é – Ârtal / district n° 1</b>
<b>Type d'architecture :</b> immeuble unique – 2 étages – pas ascenseur
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> + de 40 ans – initialement un hôpital d'urgence – et uniquement trois disciplines : médecine interne, chirurgie générale, centre d'urgence
<b>Etat général extérieur :</b> Vétuste
<b>Etat général intérieur :</b> Vétuste
<b>Remarques :</b> L'hôpital se situait sur la ligne de front 1992/94. Il a été reconstruit (réhabilité ?) par WHO. Des problèmes majeurs d'approvisionnement en eau : le réseau a été détruit par la guerre. Pas possible de remplir la réserve d'eau. Apport d'eau par porteurs. Electricité : également un problème – l'hôpital a un générateur mais pas de fuel.

<b>Capacité d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Médecine interne	32	32	-	64
Chirurgie	Selon les besoins		-	40
ORL			-	
Dermatologie	10	10	-	20
<b>TOTAL</b>				<b>120 – 125</b>

MOPH a promis de reconstruire le service d'urgences.

L'hôpital dispose d'un centre de consultations externes (OPD)

Taux d'occupation maximum – le service de chirurgie a ré-ouvert en février 2002

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie	4				
Médecine interne	4				
ORL	3				
Dermatologie	2				
Généralistes	29				
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>84</b>			<b>220</b>

Effectif théorique : 300 mais le service d'urgence n'étant pas ouvert, 50 personnels doivent être recruté lors de l'ouverture de ce service.

Le recrutement de chirurgien (encore peu nombreux mais leur nombre doit augmenter) se fait par une demande au MOPH et c'est le MOPH qui recrute et affecte les personnes.

MOPH (1 mai 2002) : Total 231 dont 165 administratifs et sanitaires et 166 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
ORL	Oui	Non	
Dermatologie	Oui	Non	
Chirurgie	Oui	Partis au Pakistan	
Médecine	Oui	Partis au Pakistan	
Stagiaires	Oui		
<i>TOTAL</i>			

Les professeurs qui étaient à Ibini Sinna sont tous partis à l'étranger.

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 (mobile)	Vétuste Marque russe	
	Echographie	0		
	ECG	1		
	Remarques			
<b>Biologie</b>	Frigidaire	1	Bon état	
<i>Hématologie</i>				
<i>Biochimie</i>				
<i>Bactériologie</i>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	1		
	Respirateurs	1		
	Défibrillateur	1		
<b>Véhicules</b>	Plus aucun			
<b>Pharmacie</b>	Peu achalandée d'après le directeur – pas visitée.			

Des russes ont récemment apporter du matériel, notamment pour le bloc opératoire

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Toutes disciplines	150 / jour		
Toutes disciplines		20 entrées par jour	
Décès			2 / mois

Lorsque l'hôpital ne dispose plus de lits, il réfère vers d'autres hôpitaux.

Nous avons visité le bloc opératoire, fait de 2 salles, propres et bien tenues. Quelques équipements russes. Un chirurgien débutait une amygdalectomie chez un enfant d'une dizaine d'années. Le problème principal selon ce chirurgien est l'approvisionnement en eau.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Endoscopie	Djamuriat	
Angiographie	Pakistan	
Dialyse	Pakistan	
Maladie Infectieuse	400 lits militaire	
Urologie	Ali abad	

L'hôpital travaille avec l'ONG Health Emergency pour les transferts de patients en urgence.

<b>Remarques générales</b>
<p>Le directeur nous informe qu'il existe un directeur de la gestion des hôpitaux au MOPH (Dr Muhares), chargé notamment de la répartition des médecins.</p> <p>Les malades sont « transférés » d'un hôpital à l'autre par taxi, faute d'ambulance. Un infirmier accompagne le patient. Avant (période Najibullah), l'hôpital disposait de 10 ambulances et jouait un rôle de centre référent en urgence (standard téléphonique, récupération des patients sur les lieux d'accident, etc...)</p> <p>Avant la guerre, il existait une procédure pour obtenir un passeport et un visa de la part du ministère de la santé pour partir au Pakistan « sur ordonnance médicale ».</p> <p>De l'insuline est fournie par l'ONG britannique Halo Trust.</p> <p>Les problèmes principaux sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eau et l'électricité</li> <li>- L'absence de médicaments et d'ambulances</li> </ul>

<b>Autres sources de données</b>
<p><b><u>Organisation Mondiale de la Santé</u></b> (CICR – 1999) 260 lits</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 35 chirurgie générale</li> <li>- 45 médecine interne</li> <li>- 80 hommes dont 37 occupés</li> <li>- 75 OPD</li> <li>- 48 médecins</li> </ul> <p><b>Analyse :</b> Le nombre de lits est similaires. La mission constate une répartition 50/50 hommes / femmes. Le nombre de médecins est similaire (48 / 41)</p> <p><b><u>ISAF</u></b> 60 médecins – chirurgie générale – chirurgie orthopédique – ORL – diabétologie – urgences</p> <p><b>Analyse :</b> Le rapport de l'ISAF est très succinct et peu informatif, de l'avis même de ses auteurs.</p>

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Indira Gandhi – Child Health Institut

Données générales	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Indira Gandhi</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Alawi (pédiatre)
<b>Date de l'entretien</b>	21 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Alawi

Environnement de l'hôpital
<b>Quartier / adresse : Wazir Akbar Khan / District n° 1</b>
<b>Type d'architecture :</b> Deux bâtiments reliés par une passerelle (4 étages) – ascenseur en panne
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> Construit entre 1966 et 1972 par le gouvernement indien
<b>Etat général extérieur :</b> Vétuste
<b>Etat général intérieur :</b> Vétuste
<b>Remarques :</b> Hôpital surchargé – apparence très vétuste malgré des bâtiments relativement récents. Impression de détresse.

Capacité d'hospitalisation				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Pédiatrie générale (2 services)	-	-	45	
Chirurgie générale	-	-	60	
Malnutrition	-	-		
ORL			25	
Orthopédie			50	
Nurserie – néonatalogie	-	-	12	
Urgences	-	-	20	
<i>Infectieux- maladie transmissibles</i>				
<i>Saisonnier</i>				
<i>Consultations externes</i>				
<b>TOTAL</b>	-	-		<i>300</i>

Hôpital de référence en pédiatrie – seuls services de chirurgie molle, dure et spécialisée.

300 lits théoriques répartis entre les différentes unités (20 à 30 lits par unité).

L'unité de soins intensifs ne dispose d'aucun équipement médical adapté.

L'unité de malnutrition est soutenue par ACF

L'unité saisonnière accueille des patients avec pathologies respiratoires l'hiver et diarrhées l'été.

Une grosse activité de consultations externes avec : soins dentaires, vaccinations, ORL, éducation à la santé.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Laboratoire			18		
Pharmacie			11		
Toutes disciplines				187	
Stomatologie			3		
Radiologie			10		
Vaccination			2		
Physiothérapie			3		
Internistes	60				
ORL	10				
Orthopédie	12				
Stomatologie	3				
Chirurgie générale	34				
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>117</b>	<b>47</b>	<b>187</b>	<b>505</b>

Selon MOPH (1 mai 2002) : 507 au total dont 320 administratifs et sanitaires et 187 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
?	Oui	5 nominativement désignés.	
<b>TOTAL</b>			

Certainement des professeurs.

Seul hôpital de référence dans la plupart des pathologies de l'enfant, couvrant en principe l'ensemble des disciplines pédiatriques (y compris neurochirurgie infantiles et malformations congénitales)

Une équipe chirurgicale solide et motivée.

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 (fixe)	Obsolète	
	Echographie (mobile)	1	Obsolète	
	Remarques			
<b>Biologie</b>	Mimumum			
<b>Hématologie</b>				
<b>Biochimie</b>				
<b>Bactériologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Blocs (nombre de salles inconnu)	1 (général) 1 (orthopédie)	Bien tenue et dénudée	
	Respirateurs	Aucun		
	Extracteurs	3		
<b>Automobile</b>	1 avec 150 litre de fuel par mois			
<b>Pharmacie</b>	Semble très démunie (soutien de UNICEF et ACF) – antibiotiques achetés sur le bazar.			

En biologie : très peu de réactifs

Le service d'orthopédie est soutenu par HAMMER FORUM

Problème d'eau pour l'ensemble de l'établissement (transport en bidons)

Problème d'éclairage.

Aspect général de l'hôpital (équipement) très usé.

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Toutes disciplines	100 – 350 / jour (supérieur à 500 sous réserve)	25 – 40 / jour (80-100 sous réserve) DMS : 4- 5 jours	
Interventions chirurgicales			10 / jour
Néonatalogie			12 enfants le jour de la visite

L'hôpital aurait 400 enfants hospitalisés dans 300 lits.

La durée d'hospitalisation varie de 1 jour à 1 mois.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
En général (notamment pharmacie)	UNICEF – OMS – PAM	
Malnutrition	ACF	

Aucun principe particulier de coopération avec les MCH.  
Pas de liens avec les maternités ou les autres établissements de pédiatrie.

### Remarques générales

Seul hôpital de pédiatrie, donc indispensable. Très nécessaires et fonctionnant dans des conditions très difficiles.  
Urgence d'intervention compte tenu du choix prioritaire accordé à la pédiatrie sur le plan des politiques de santé.

### Autres sources de données

#### **Organisation Mondiale de la Santé**

(CICR 1999)

Lits 300 lits

- 181 chirurgie générale
- 119 médecine interne
- 300 pédiatrie dont 210 occupés
- 450 OPD

71 médecins

**Analyse :** la mission a observé 119 médecins au lieu de 71. Les données d'activité sont similaires.

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Jamhuriat hospital

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Jamhuriat Hospital</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr A. Shakohmand (chirurgien généraliste)
<b>Date de l'entretien</b>	22 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr A. Shakohmand Pr. Rahim (professeur associé en urologie) Dr Assad (assistant du Dr. Rahim)

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse :</b> Flower street / District n° 10 Proche du lycée Malalai
<b>Type d'architecture :</b> 4 étages
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 27 ans
<b>Etat général extérieur :</b> Très vétuste – très dégradé
<b>Etat général intérieur :</b> Très vétuste
<b>Remarques :</b> Hôpital totalement délaissé sous les talibans

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Médecine interne	<i>Répartition indéterminée – selon les circonstances</i>			
Chirurgie générale				
Urgences				
<b>TOTAL</b>				<i>180</i>

Le jour de la visite, 40 lits occupés par des femmes pour des raisons diverses (chirurgie, médecine).

Hôpital surchargé.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens + divers</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgiens	60				
Médecins	45				
<b>TOTAL</b>	<i>105</i>	<i>102</i>	<i>58</i>	<i>100</i>	<i>375</i>

MOPH (1 mai 2002) : 366 personnels, 240 administratifs et sanitaires, 126 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Urgences	Probable		Hôpital de référence
Chirurgie générale	Probable		Référence
Urologie		1 professeur + 1 assistant	
<b>TOTAL</b>			

Seul établissement avec un endoscope (en plus de l'hôpital militaire)  
Jamuriat est un hôpital de mémoire prestigieuse

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 mobile	Récent (chinois)	
	Echographie	Non		
	ECG	1	Très simple	
	Endoscope	1	Vétuste	
<b>Biologie</b>	Minimale			
<b>Hématologie</b>	Minimale			
<b>Biochimie</b>	Minimale			
<b>Microbiologie</b>	Minimale			
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	5		
	Respirateurs	Pas connu		
<b>Banque de sang</b>	<i>Vétuste</i>			
<b>Pharmacie</b>	<i>Très pauvre – 7 à 8 produits</i>			

Les blocs sont situés au 4<sup>ème</sup> étage – l'ascenseur fonctionne  
Des procédures d'aseptie qui semblent rigoureuses.  
Des problèmes majeurs d'approvisionnement en eau – débit de 0,5 l/minute au puit.

Activité			
	Consultations externes (OPD)	Hospitalisation (IPD)	Autres
Toutes disciplines + urgences	60/70 par jour	Dont 20 hospitalisation / jour	
Interventions chirurgicales			3-15 / jour

Hôpital supposé tout accueillir en médecine interne (homme / femme) pour pneumologie, cardiologie, endocrinologie, gastro-entérologie, néphrologie.

Pas de pathologies infectieuses

Relations avec d'autres acteurs du système de santé		
Disciplines	Partenaires principal	Autre partenaire
Rien de connu. Soutien faible du CICR		

Remarques générales
Accueil de leucémies pour traitement traditionnel (sans chimiothérapie).

Autres sources de données
<p><b><u>Organisation Mondiale de la Santé</u></b></p> <p>150 lits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie générale : 70</li> <li>- Médecine interne : 80</li> <li>- Lits d'hommes 150 dont 45 occupés</li> <li>- 80 consultants</li> <li>- 55 médecins</li> </ul> <p><b>Analyse :</b> la capacité d'hospitalisation est proche de celle trouvée par la mission française. L'OMS réparti les lits précisément entre les disciplines alors qu'il a semblé à mission qu'il n'existait de telle répartition.</p> <p>Le nombre de médecins aurait doublé : 55 pour l'OMS / 105 d'après les données de la mission française.</p> <p>L'activité est similaire dans les deux recueils de données (80 consultants par jour)</p> <p><b><u>Pas de rapport de l'ISAF</u></b></p> <p><b><u>Pas de rapport de Médecins du Monde</u></b></p>

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Karté Seh

Données générales	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Karté Seh</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Fazel Karim Saidi
<b>Date de l'entretien</b>	29 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Fazel Karim Saidi

Environnement de l'hôpital
<b>Quartier / adresse :</b> Karté Seh
<b>Type d'architecture :</b> 7 pavillons d'habitation loués et transformés en hôpital + 1 pavillon excentré (gynécologie)
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> sans objet – pas vu
<b>Etat général extérieur :</b> sans objet – pas vu
<b>Etat général intérieur :</b> sans objet – pas vu
<b>Remarques :</b> Les services de cet hôpital sont parfois considérés comme 3 hôpitaux distincts. Créé par le CICR en 1988 – entièrement repris en main lors de la destruction de Ali Abad lorsque Karthe Seh est devenu l'unique structure hospitalière accessible au sud de la ville. Le service de médecine portait le nom de « Karte Seh 52 » Le service de gynécologie ne fonctionne plus. Sauf une petite consultation de 20 patients / jours menée par 1 seul médecin (Dr Ulya Mouradi) et une seule sage-femme. Tout le matériel de gynécologie aurait été mis en entrepôt.

Capacités d'hospitalisation				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits non déterminés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie			270	270
Médecine interne			100	100
Gynécologie			0	0
Pédiatrie			30	30
<b>TOTAL</b>			<b>400</b>	<b>400</b>

Les lits de pédiatrie sont répartis en 10 lits de médecine et 20 lits de chirurgie

Ressources humaines					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie	22 + 8 spécialistes				
Anesthésie		7			
Médecine interne	12 dont 3 enseignants	25			64
Pédiatrie	2 spécialistes				
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>				<b>500</b>

MOPH (1 mai 2002) : 585 personnels, 380 administratifs et sanitaires, 205 workers.

L'effectif théorique est de 500 personnes. Le directeur dit avoir du personnel en surnombre  
La pédiatrie fait appel aux spécialistes des autres disciplines (médecine – chirurgie) pour les soins spécialisés.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Médecine interne	Oui	3 spécialistes	
Chirurgie		?	
Pédiatrie	Non		
<i>TOTAL</i>			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1	14 ans	
	Echographie	Non		
	Remarques			
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	Minimum			
<b>Biochimie</b>				
<b>Bactériologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles / blocs	3	1 salle femme chirurgie 1 salle homme chirurgie 1 salle septique	
	Respirateurs	1	14 ans	
	ECG	Non		
<b>Pharmacie</b>	Très dépendante du CICR et de l'association HOPE			

<b>Activité</b>			
Données du mois d'avril	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Chirurgie	2.500	1.088	
Médecine	2.300	200	
Pédiatrie	30 / jour	30 (pédiatrie exclusive)	
Interventions chirurgicales (AG)			550

Occupation de médecine : 50%

### **Principales pathologies :**

L'hôpital a tout fait à sa création (y compris neurochirurgie durant la guerre) – il se recentre sur l'orthopédie, la chirurgie générale et l'ORL.

L'hôpital réalise des interventions chirurgicales infantiles.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Hôpital entièrement dépendant du CICR depuis sa création et durant la guerre. Après la période talibane, le CICR se retire progressivement avec des primes décroissantes (actuellement à 50\$). Dépend du MOPH pour la location des locaux, les salaires. Le CICR fournit le fuel pour les générateurs et les pompes à eau.		

<b>Remarques générales</b>
Karthe Seh est un hôpital de guerre en fin de bail. Seule structure médicale du sud pour lequel une solution d'hébergement et d'ajustement doit être trouvée d'urgence.
Le directeur évoque une possibilité temporaire avec un transfert vers le village d'Alaoudin.

<b>Autres sources de données</b>
<b><u>Organisation mondiale de la santé</u></b> (ICRC – CICR – 1999) Pour la gynécologie 100 lits <ul style="list-style-type: none"><li>- 7 gynécologie</li><li>- 93 obstétrique</li><li>- 2 accouchements par jour</li></ul> Pas d'information sur le nombre de personnels. L'information sur le nm
<b>Analyse :</b> la partie gynécologie – obstétrique de l'hôpital ne fonctionne actuellement plus. Pour la chirurgie 300 lits <ul style="list-style-type: none"><li>- 184 hommes</li><li>- 69 femmes</li><li>- + pédiatrie ?</li><li>- 8 médecins</li><li>- OPD 75</li></ul>
Pour la médecine 100 lits <ul style="list-style-type: none"><li>- 60 médecine interne (35 Hommes – 25 femmes)</li><li>- 15 pédiatrie ?</li><li>- 6 médecins</li><li>- 45 OPD</li></ul>

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Khaïr Khana “52 beds”

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	Khaïr Khana “52”
<b>Nom du directeur</b>	Dr Abdul Naruf Nadim (interniste – orientation cardiologie – enseignant à l'université)
<b>Date de l'entretien</b>	1 <sup>er</sup> mai 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Abdul Naruf Nadim Dr Nahid (gynécologue obstétricien) Dr Adela (sage-femme)

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse :</b> Khaïr Khana II / District n° 15
<b>Type d'architecture :</b> 2 ailes de deux étages parallèles – sans ascenseurs chambres de _ lits
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 1961
<b>Etat général extérieur :</b> Peu dégradé – peinture récente par UNICEF (9.000\$ de réhabilitation)
<b>Etat général intérieur :</b> Peinture fraîche mais fatiguée (huisseries, canalisation, sanitaire à refaire)
<b>Remarques :</b> Les quartiers nord-ouest sont très étalés – denses avec beaucoup de réfugiés. Jusqu'à 50% de la population de Kaboul (5 quartiers). L'hôpital est le seul centre public de cette zone. Soutenu longtemps par MSF pour la gestion, les médicaments et le fonctionnement, récemment « réinvesti » par l'Italie via le FNUAP et l'UNICEF pour une extension de sa maternité de 10 à 50 lits et d'une nurserie de 20 berceaux. MSF s'est retiré il y a un mois. FNUAP (Dr Olivier Brasseur) Le directeur a été nommé il y a quatre mois.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Gynécologie obstétrique		10		10
Médecine interne	10	12		22
Pédiatrie			16	16
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>48</b>

Le MOPH considère cet hôpital comme ayant 100 lits. Avec l'extension de maternité prévu, l'hôpital aura prochainement 88 lits + lits de nurserie.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Médecine interne	10 (1 seul spécialiste)				
Pédiatrie	5 (pas de spécialistes)				
Gynécologie - obstétrique	5 femmes non spécialistes				
Toutes disciplines		+/- 46			
<b>TOTAL</b>					<b>253</b>

Selon le MOPH, il y a 190 « administratifs et sanitaires » et 60 « workers » soit 250 personnes.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Médecine interne	Oui	1	
<b>TOTAL</b>			

Un médecin interniste à la faculté : le Dr Nadim.

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Remarque</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 fixe	Vieux 1966	Non vue
	Echographie	Non		
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	<i>NFS minimale, ni bactériologie, ni biochimie.</i>			
<b>Biochimie</b>				
<b>Microbiologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	1	<i>AG manuelle</i>	
	Respirateurs	0		
<b>Stérilisation</b>	Oui – les experts ont vu des plateaux sortant de stérilisation			

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Pédiatrie + médecine	300 / jour		
Pédiatrie		60% avec DMS de 5-10 jours	
Gynécologie - obstétrique	40		
Accouchements			15/20 par jour
Médecine		22 par mois avec DMS de 7-10 jours essentiellement pour infections et BPCO	

Un accouchement n'est gardé que 4 heures. Aucune complications possibles – refusées à l'entrée. Exclusivement des accouchements par voie basse – normal sans complication. Si complication, les enfants sont orientés seuls vers Indira Gandhi et les femmes se débrouillent (« allez à Malalaï »).

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Long partenariat avec MSF qui cesse ce mois-ci. Les incitations étaient de 50-80\$ pour 40 personnes. MOPH et OMS donnent parfois des médicaments. Un partenariat en cours (sans projet formalisé) avec l'Italie via le FNUAP. Apport prévu de 1 laboratoire, 4 ECG, 1 échographe, 1 radiologie. Peut-être des mesures d'enseignement, non précisé. Il y a eu un partenariat original avec Malalaï et Rabih pour que les équipes chirurgicales de ces établissements se rendent à Khair Khana pour y effectuer des césariennes et autres actes liés à des complications.		

<b>Remarques générales</b>
Petit hôpital de quartier type hôpital provincial. Indispensable pour Khair Khana. Investi de manière unilatérale par le FNUAP il y a trois mois. Partenariat avec l'Italie. Projet d'extension d'activité gynécologique avec possibilité d'accouchement plus complexe. Pour le moment, tout est renvoyé à Malalaï et Rabih.

## Autres sources de données

**Organisation Mondiale de la santé**  
(CICR en 1999)

49 lits :

- 3 en gynécologie
- 30 lits homme dont 2 occupés
- 6 lits femme dont 5 occupés
- 16 pédiatrie dont 6 occupés

15 accouchements par jour – 310 consultations par jour

17 médecins

**Analyse** : données proches de celles relevés par la mission (+8 médecins)

**Médecins du Monde**

Pas de visite de Médecins du Monde

**MOPH**

Le MOPH annonce 250 personnes dont 90 workers et 60 administratifs et sanitaires.

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Maïwand (Old Masturat)

Données générales	
Nom de l'établissement	Maiwand Hospital
Nom du directeur	Dr Abib Shafaq Najrabi (ORL)
Date de l'entretien	25 avril 2002
Personnes rencontrées	Dr Hashimi (MRCA) (chirurgien plasticien)

Environnement de l'hôpital
<b>Quartier / adresse : Djâda – é – Maïwand / District n° 1</b>
<b>Type d'architecture :</b> structure pavillonnaire à 2 / 3 étages autour d'une cour
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 50 ans (plus ?)
<b>Etat général extérieur :</b> aspect sain
<b>Etat général intérieur :</b> vétuste bien entretenu
<b>Remarques :</b> Ancien hôpital Masturat

Capacités d'hospitalisation				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie réparatrice et reconstructrice	12	8	-	20
ORL	35	35	-	70
Pédiatrie infectieux	-	-	30	30
Pédiatrie malnutrition	-	-	40	40
Pédiatrie Interne	-	-	17	17
Dermatologie	30	30	-	60
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>73</b>	<b>87</b>	<b>237</b>

Ressources humaines					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie réparatrice et reconstructrice	6 (MRCA)	12 (MRCA)			
ORL	25	25	30		
Pédiatrie	20	20			
Dermatologie	12	10	-		
Radiologie	-	-	4		
Laboratoire	-	-	6		
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>40</b>	?	<b>352</b>

MOPH (1 mai 2002) : Total 383 dont administratifs et sanitaires 225 et 158 workers

Action contre la faim a mis en place une politique particulière de primes pour le programme malnutrition et le programme MRCA prend en charge directement les personnels du service de chirurgie réparatrice.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
ORL	Oui	?	En lien avec l'hôpital militaire Et Indira Ghandi
Dermatologie	Oui	?	En lien avec Avicenne
Pédiatrie	Oui (surtout ORL)	?	
<b>TOTAL</b>			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1	Très vieille	
	Echographie	Non		
	Remarques			
<b>Biologie</b>				
<i>Hématologie</i>				
<i>Biochimie</i>				
<i>Bactériologie</i>				
<b>Bloc opératoire</b>	Blocs	2		
	Respirateurs			
	<i>Audiomètre</i>	<i>Non</i>		
Pharmacie				

Beau pavillon de radiologie avec trois salles – 1 seule table fonctionnelle.

Tous les patients apportent leur films (70.000 Afghanis le film)

Deux blocs opératoires (1 en ORL, l'autre en chirurgie plastique). Celui de chirurgie plastique est très bien tenu avec un respirateur.

Les installations ACF et MRCA sont particulièrement bien tenues. Locaux très propres, bien conçus, très vivants.

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
ORL	60%		
Pédiatrie	50%		
Dermatologie	20-15%		
Chirurgie plastique	15%		
	100 %	20 par jour en moyenne	

Type de pathologies :

- Dermatologie : lèpre, Leishmaniose, gale, carcinomes (traitement exclusivement chirurgical)
- ORL : pathologies courantes : sinusites, amygdalectomies, mastoïdite, quelques cancers ORL
- Pédiatrie : Pathologies saisonnières + dénutrition (Cf. programme ACF) ; pédiatrie générale (+ 1 mois)

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaire principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Coopération originale et performante avec les deux ONG MRCA et ACF. Des aides ponctuelles de l'OMS et du ICRC. Des aides ponctuelles de Relief International ou d'autres ONG.		
L'hôpital a une démarche de relations publiques actives avec d'autres partenaires.		

<b>Remarques générales</b>
Site historique (ancien hôpital Masturat des femmes) – très bien tenu. Prix de l'amygdalectomie estimé par le directeur à 20\$ de frais à l'hôpital (examens, traitements) et à 35 – 40\$ si réalisé dans le privé. Evocation d'un transfert de l'activité d'ORL de Ib Sinna vers Maiwand selon plusieurs sources à Kaboul.

<b>Autres sources de données</b>
<p><b><u>Organisation Mondiale de la Santé</u></b></p> <p>423 lits :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 219 chirurgie générale</li><li>- 204 médecine interne</li><li>- 262 lits d'hommes dont 57 occupés</li><li>- 21 lits de femmes dont 2 occupés</li><li>- 140 lits d'enfants dont 80 occupés</li><li>- 470 consultants</li><li>- 36 médecins</li></ul> <p><b>Analyse :</b> la mission ne comptabilise que 237 lits :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pédiatrie : 87 au lieu de 140</li><li>- Chirurgie : 20</li><li>- ORL : 70 soit 90 au lieu de 219</li><li>- Dermatologie : 60 au lieu de 204</li></ul> <p><u>Le nombre de médecin aurait doublé (63 au lieu de 36).</u></p> <p><b><u>Pas de rapport de l'ISAF</u></b></p> <p><b><u>Par de rapport de Médecins du Monde</u></b></p>

**Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002**

**Malalaï Maternity**

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Malalaï Maternity</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Fahima Sekandari (gynécologue)
<b>Date de l'entretien</b>	22 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Fahima Sekandari Un gynécologue obstétricien

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Shahr Ârâ</b>
<b>Type d'architecture : Bâtiment pavillonnaire et vétuste (RDC principalement)</b>
<b>Ancienneté des bâtiments : 29 ans</b>
<b>Etat général extérieur : très vétuste</b>
<b>Etat général intérieur : très vétuste malgré l'attention quotidienne (sols lavés constamment)</b>
<b>Remarques :</b> Une des deux maternités de référence du pays.

<b>Capacité d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Obstétrique	-	100		100
Pédiatrie	-	-	100	100
Gynécologie	-	50		50
<b>TOTAL</b>				<b>250</b>

Exclusivement des femmes.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
<b>TOTAL</b>	61	55 ( <i>sages-femmes</i> )			240

Le MOPH prévoit 480 personnes dans cet hôpital. (72 médecins, 145 infirmières et sages-femmes, 65 agents généraux, ...) confirmé par le MOPH (1 mai 2002) : 481 total dont 307 administratifs et sanitaires et 174 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Obstétrique	Oui		Un des hôpitaux de référence
<b>TOTAL</b>			

Participation à l'institut de formation sanitaire avec l'hôpital Wazir  
1 salle de formation en très bon état.

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 (fixe)	Très vétuste	
	Echographie	Non (2 promis UNFPA)		
	Remarques			
<b>Biologie</b>				Sang, urines, selles
<b>Hématologie</b>	<i>Minimale</i>			
<b>Biochimie</b>	<i>Pas de réactif</i>			
<b>Bactériologie</b>	-			
<b>Bloc opératoire</b>	Salles de travail	15 boxs		
	Respirateurs			
	Incubateur	1 fonctionnel 2 en panne		
	Extracteur	1 ( ? )		
	Couveuse	3	1 fonctionnelle 3 en panne	
<b>Pharmacie</b>	Active et démunie			

1 bloc opératoire composé de plusieurs salles est en réfection (financement international)

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
« Entrants »			22.286 /an
Toutes disciplines		19.355 / an	
Naissances			14.047 / an
Décès néonataux			475 / an
Décès maternels			44 / an
Césariennes			540 / an (3,8%)
Prématurés			250 / an (1,8%)
Eclampsie			15%
H.T.A.			15%

Il existe un rapport précis d'activité sur l'année passée.

Le recrutement en pédiatrie est exclusivement issu des salles de travail de l'hôpital. Pas d'autre recrutement.

Durée moyenne de séjour :

- accouchement normal : 12 heures
- épisiotomie : 3 jours
- Césarienne : 8 jours

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Formation	Hôpital Wazir (Institut de formation sanitaire)	
Sérologie	Exclusivement avec le secteur privé	
Pharmacie	Relations régulières avec le CICR et l'UNICEF	
Cancer du sein	Adressage à Wazir (pas de formalisation)	

## Autres sources de données

### **Organisation Mondiale de la Santé**

200 lits :

- 110 gynécologie (exclusivement femmes)
- 180 lits occupés
- 33 accouchements par jour
- 50 consultants par jour (???)
- 86 médecins

**Analyse :** la mission comptabilise 50 lits de plus, dont un service de 100 lits de pédiatrie. En revanche, le nombre de médecins serait inférieur de 11 (sauf à compter les 55 sages-femmes répertoriées par la mission). Le nombre de naissance est similaire à 2.000 près.

### **Médecins du monde**

(février 2002)

**Activité :** 250 lits (taux d'occupation 100%) – cinq services – chacun prenant en charge ses propres urgences.

40-80 accouchements / 200 consultations / 80 entrées (60 obstétrique et 20 gynécologie) par jour

2 tables de radiologie – une seule fonctionnelle.

La pharmacie était pleine au moment de la visite grâce à une donation du CICR.

Laboratoire ne pouvant faire que des examens élémentaires. Une banque de sang mais pas de stocks. Pas d'incinérateur – une capacité insuffisante en autoclave. Cuisine fournit de la nourriture pour les personnels et les patients – une garderie pour les enfants du personnel (50 enfants et 10 professionnels). Une blanchisserie équipée de deux machines pour l'hôpital.

L'UNICEF prend en charge le réseau d'eau.

MDM annonce 240 personnes dont 61 médecins, 55 sages-femmes, 5 anesthésistes, techniciens de laboratoire, 6 préparateurs en pharmacie, 99 workers. 50 personnes en garde. Les patients doivent souvent payer pour les médicaments.

**Partenariats :** ICRC (médicaments) MERLIN (laboratoires) UNICEF (petite réhabilitation)

**Analyse :** le rapport de MDM est très proche de celui de la mission française.

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Maternité de l'hôpital militaire

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Maternité de l'hôpital militaire</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Omaruddin Azizi (gynécologue obstétricien)
<b>Date de l'entretien</b>	22 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Omaruddin Azizi

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse :</b>
<b>Type d'architecture :</b> bâtiment sur 2 étages
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 25 ans
<b>Etat général extérieur :</b> En complète réhabilitation
<b>Etat général intérieur :</b> En complète réhabilitation
<b>Remarques :</b>
Hôpital en pleins travaux lors de la visite. C'est devenu une maternité il y a 10 ans. Auparavant, l'hôpital appartenait au Ministère de la Sécurité (Amniat). Activité très importante sous le régime taliban. Hôpital très menacé par les talibans, fortement soutenu par la ministre actuelle, soutenu par les norvégiens pour sa réhabilitation.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Obstétrique	-			
<b>TOTAL</b>	-			<b>40</b>

Exclusivement des femmes.

40 lits actifs – 80 lits théoriques. L'hôpital s'appelle pourtant « 200 lits ».

Une partie de l'activité non obstétricale (gynécologie) se fait pour la partie diagnostic à l'hôpital 400 lits (proximité immédiate)

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers Sages-femmes</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Médecins	12				
Internistes	6				
Pédiatres	5				
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>37</b>		<b>16</b>	<b>76</b>

Tous les employés sont du ministère de la défense

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Obstétrique	Oui		Hôpital d'instruction des armées
<b>TOTAL</b>			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	Toute l'imagerie se fait à l'hôpital militaire 400 lits		
	Echographie			
	Remarques			
<b>Biologie</b>	Microscope	1		
<b>Hématologie</b>		Petit, minimaliste et propre		
<b>Biochimie</b>				
<b>Microbiologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	2		
	Ventilateur	1	vétuste	Russe
	couveuses	2	neuves	Fonctionnelles
	ECG	1	fonctionnel	
	Extracteur d'O2	1		

Les deux blocs opératoires étaient en complète réfection.  
Des problèmes d'eau majeurs.  
Pas d'ascenseur.

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Accouchements			Jusqu'à 10-12/jours
Opération			
Césariennes			1-2 par semaine

Activité très faible lors de la visite pour cause de travaux.  
Supposé faire toute la chirurgie de la femme militaire en exploitant le plateau technique de l'hôpital 400 lits militaire.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Totalemment dépendant de l'hôpital 400 lits dont il constitue une sorte d'annexe pour les femmes		

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Noor hospital

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Noor hospital</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Rishad (OPH)
<b>Date de l'entretien</b>	27 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Rishad (OPH et président) Dr ..... (vice-président)

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Sinamâ Pami / District n° 1</b>
<b>Type d'architecture : Unique bâtiment – 3 étages</b>
<b>Ancienneté des bâtiments : 30 ans</b>
<b>Etat général extérieur : bon</b>
<b>Etat général intérieur : Bon – nécessite peintures...</b>
<b>Remarques :</b> Il existe deux autres hôpitaux d'ophtalmologie : Herat et Mazar e Sharif Deux autres hôpitaux sont en cours de construction : Kandahar et Jallalabad

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits non définis</i>	<i>TOTAL</i>
Ophtalmologie			80	80
<b>TOTAL</b>				<b>80</b>

Durée moyenne d'hospitalisation : 2 jours

Recrutement national

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Ophtalmologie	24 généralistes				
	6 spécialistes				
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>10</b>		<b>255</b>

En plus de ces médecins, 4 autres spécialistes en retraite exerceraient à Kaboul en activité privée.

MOPH (1 mai 2002) : 255 total dont 164 administratifs et sanitaires et 91 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Ophtalmologie	Oui	4 « trainers »	
<b>TOTAL</b>			

Tous les professeurs ont quitté Kaboul.  
 Un médecin américain (Dr Richard Lewis) dirigeait l'enseignement à la faculté de Kaboul jusqu'à récemment

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie			
	Echographie			
	Remarques			
<b>Biologie</b>				
<i>Hématologie</i>				
<i>Biochimie</i>				
<i>Bactériologie</i>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles			
	Respirateurs			

L'eau est un problème majeur – l'hôpital n'en dispose que 2 heures / jour

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Ophthalmologie	500 / jours		
Opérations			60/80 / semaine

Prise en charge de toutes les pathologies ophtalmologiques, hommes, femmes, enfants.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	
Polytraumatisés	Emergency Karte Seh (soutenu par le CICR)	Des ophtalmologues interviennent dans ces établissements pour la prise en charge de polytraumatisés.
Fournitures (prothèses, produits pharmaceutiques...)	ONG International Aid Mission	IAM fournit des prothèses oculaires, des consommables...

<b>Remarques générales</b>
Ouverture récente d'une crèche pour les enfants des personnels, avec un système de contribution solidaire.

<b>Autres sources de données</b>
Organisation Mondiale de la Santé (CICR 1999) 30 lits : - 20 hommes - 10 femmes 220 OPD 10 médecins <b>Analyse</b> : La mission compte 30 médecins dont 6 spécialistes et 80 lits.

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Rabia-é- Balkhi

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Rabia-é-Balkhi hospital</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Rahima Stanakzaï (jusqu'au jour de la visite) (interniste)
<b>Date de l'entretien</b>	21 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Stanakzaï Dr Chamsi Anwari (obstétricien) Dr Marouf Sameh (gynécologue obstétricien)

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Pul – é – Bâgh – é – Omumi / District n° 2</b>
<b>Type d'architecture :</b> Gros pavillons de deux étages
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> Bâtiments anciens et « solides » - Réhabilitation en 1999 par le WHO
<b>Etat général extérieur :</b> Correct
<b>Etat général intérieur :</b> Correct
<b>Remarques :</b> Un des hôpitaux de référence pour les femmes (hors obstétrique) – sous les talibans, il avait été instauré comme l'unique hôpital de femmes en 1997.

<b>Capacité d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits non-répartis</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie générale		40		40
Gynécologie-obstétrique		80 (100)		80
Médecine interne		40		40
Dermatologie		20		20
ORL		20		20
<b>TOTAL</b>		<b>200</b>		<b>212</b>

Le nombre exact de lits est imprécis. Certains lits sont « théoriques » mais non « actifs ». La fourchette se situe entre 200 et 250.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Néonatalogie	3				
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100 (+ ou -)</b>		<b>30 (+ ou -) + autres...</b>	<b>330</b>

L'effectif théorique était de 250 personnes. 370 sont prévus par le MOPH.  
 Actuellement, 330 personnes (chiffre considéré comme excessifs par la directrice)  
 Le nombre de médecins est de 65. Le MOPH envisage jusqu'à 110 médecins.  
 Pratiquement tous les médecins ont une activité privées en ville l'après-midi.

MOPH (1 mai 2002) : Total 485 dont 265 administratifs et sanitaires et 120 workers

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Gynécologie-obstétrique	Oui		Référence
Autres disciplines	Peut-être ?		
<b>TOTAL</b>			

Hôpital de référence « pour les femmes » rattaché au Kaboul Medical Institute.

Vraisemblablement pour toutes les disciplines représentées.

Hôpital de référence pour UNICEF et le programme « Training of Trainers ».

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 (fixe)	Très vétuste	
	Echographie (mobile)	1	Vétuste (petit écran)	
	Remarques			
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	<i>Minimale</i>			
<b>Biochimie</b>				
<b>Bactériologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	2 (gynécologie) 1 (chirurgie générale) 1 ORL	Dénudé et propres	
	Salles de travail	1 (3 places ?)		
	Respirateurs	inconnu	inconnu	
	Couveuse	1	Obsolète (en salle de travail)	
	Extracteur	1		
<b>Pharmacie</b>	<i>Gestion courante avec le MOPH – Manque chronique d'antibiotiques. La directrice dit essayer de contrôler la non revente des produits pharmaceutiques</i>			
<b>Manques évoqués</b>	<i>Pas de véhicule Pas d'outil de communication</i>			

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Toutes disciplines	300 – 400 (par jour)		
Chirurgie - médecine	Inconnu		
Accouchement			25 – 30 / jour 7500 – 11000 / an
Césariennes			2/3 par jour

Pas de rapport d'activité.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Nouveaux-nés	Indira Gandhi (modalités inconnues)	

Pas de modalités d'adressage clairement indiquées dans aucune discipline. Pas de relations formalisées ni avec les MCH, ni avec les autres maternités, ni avec les hôpitaux pédiatriques.

<b>Remarques générales</b>
<p>Les visiteurs ont eu une impression d'organisation et de « tenue » en visitant cet établissement.</p> <p>Les médecins rencontrés mentionnent des services de dermatologie à Avicenne et Maiwand.</p> <p>Les visiteurs ont ressenti un hôpital occupé et une ambiance animée</p>

## Autres sources de données

### **Organisation Mondiale de la Santé**

Capacité :

250 lits :

- 100 lits chirurgie générale
- 70 lits médecine interne
- 80 lits de gynécologie
- 250 lits femmes dont 50 occupés
- 5 accouchements par jour
- 100 consultants par jour
- 40 médecins

**Analyse :** Nombre de lits globalement identique. Les lits de médecine interne aurait été scindés en médecine interne (40) et dermatologie (20) et les lits de chirurgie générale scindés en chirurgie générale (40) et ORL (20).

Le nombre de médecins **aurait augmenté de 55.**

### **ISAF**

(avril 2002)

250 lits – 370 personnes

Activité de gynécologie – médecine interne – ORL – dermatologie

Mortalité maternelle 1700 / 100.000

16 MCH fonctionnent à Kaboul sur 64 (pire hors Kaboul)

Un seul incubateur – pas de néonatalogiste

Problème majeur d'approvisionnement en sang – hémorragie du post-partum souvent mortelle

Hôpital de référence pour la cancérologie gynécologique – ni radiothérapie, ni chimiothérapie

**Obstétrique :** par de berceaux – bébés dans lits des mères – actif – bien entretenu

**Gynécologie :** 2 blocs – hystérectomies – par de ventilateurs

**Chirurgie générale :** Sinologie, pathologies biliaires, ulcères, cancer du colon et de l'œsophage, pas de consommables – seul u set de laparatomie – même difficultés en ORL

**Médecine interne :** importantes difficultés- ni médicaments ni explorations

Laboratoire : capacité très réduite – NFS, copro et parasito, parfois groupe et cross match – 1 microscope et une centrifugeuse

**Pharmacie :** bien stocké , actif –

**Rééducation :** actif – 1 seul rééducateur – capacité réduite – Thérapie : traction lombaire et cervicale / chauffage

**Radiologie :** 1 appareil donné par les UN – statique et mobile – échographie

**Stérilisation :** 1 stérilisateur et 3 petits autoclaves – suffisant pour les besoins

**Blocs :** peu équipés en instruments

Besoin urgent d'une pompe et de réhabilitation des conduites d'eau – bon électricité et générateur mais manque de fuel

Aucun moyen de transport.

Partenariats : OMS / CICR / UN

Recommandations : rétablir d'urgence une chaîne mère – enfant / besoin d'eau, de consommables et d'équipements.

**Analyse :** le rapport de l'ISAF est très proche de celui de la mission. L'ISAF ne mentionne pas l'existence de 3 néonatalogistes.

**Médecins du monde**

(Février 2002)

Long rapport de MDM globalement cohérent avec les données présentées ci-dessus.

***Quelques éléments importants :***

- MDM ne comptabilise que 100 consultants par jour.
- MDM mentionne deux machines de radiologie presque neuves (dont une d'un coût de 45.000\$) et deux échographes, dont 1 également donné par le gouvernement américain.
- L'hôpital avait reçu trois mois de produits pharmaceutiques, donnés par ICRC (80.000\$) ce qui permettait de donner des médicaments gratuitement.
- Une cuisine fournit des repas pour les patients et les personnels.
- MDM confirme l'augmentation prévue de médecine (de 65 à 110) et annonce 75 infirmières, 100 « workers » et 8 administratifs – les horaires de travail sont 8H – 13H
- Partenariats : WHO (emergency kit – 10.000 patients pendant 6 mois) MERLIN pour les laboratoires ICRC médicaments pour janvier – février – mars ; UNICEF pour les réseaux d'eau et d'évacuation

**Analyse :**

Quelques divergences avec les autres sources sur la qualité du matériel, notamment en imagerie. Les données d'activité sont similaires (bien que plus faible pour les consultants) et les données de personnel sont cohérentes.

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Wazir Akbâr Khân

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Wazir Akbâr Khân</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Kouhistâni
<b>Date de l'entretien</b>	18 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Kouhistâni (interniste) Dr Arya Rahmatullah (chirurgien viscéral) Abdul Zahir (infirmier en chef) Dr Mahmud (chef médecine interne)

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Wazir Akbâr Khân Mina – Dicitric n° 10</b>
<b>Type d'architecture :</b> Un seul bâtiment
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> Environ 25 ans – construit par le gouvernement Tchèque.
<b>Etat général extérieur :</b> Correct
<b>Etat général intérieur :</b> Correct – bien entretenu
<b>Remarques :</b> L'hôpital avait à ses débuts une capacité de 100 lits. Compte tenu des besoins, la capacité a été augmentée à 250 lits. C'est un hôpital vivant, très structuré, bien organisé. Les ascenseurs fonctionnent. Organisation par étage très fonctionnel : RDC organisé avec des boxs d'examens d'urgence, des étages d'hospitalisation (femmes, hommes) un 4 <sup>ème</sup> étage avec les blocs opératoires et les soins intensifs. Impression de règles d'asepsie rigoureuses. Semble être l'hôpital civil le mieux structuré.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie générale	20	20	-	40
Chirurgie orthopédique	90	90	-	180
Médecine interne	15	15	-	30
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>125</b>		<b>250</b>

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie générale	40				
Chirurgie orthopédique	30				250 <i>(Cf. CICR)</i>
Médecine interne	30				
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>150</b>		<b>150</b>	<b>400</b>

250 salariés sont payés par la Croix-Rouge au titre du département d'orthopédie

MOPH (1er mai 2002) : 450 total dont 288 administratifs et sanitaires et 162 workers

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Chirurgie générale	Oui	1	
Chirurgie orthopédique	Oui	1	
Médecine interne	Oui	1	
<i>TOTAL</i>		3	

Wazir est le seul hôpital civil de chirurgie orthopédique. L'hôpital militaire a également un service. A côté de l'hôpital (et dépendant de lui ?) existe également une structure de formation paramédicale.

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Remarque</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	2	1 fonctionnelle	Bonne architecture du service Toshiba 0,3 KV Débit : 60-70 / jour dont 25/30 urgence
	Echographie	non		Adresse les patients en privé
<b>Biologie</b>				
<i>Hématologie</i>				
<i>Biochimie</i>				<i>Livertest / Kidneytest</i>
<i>Microbiologie</i>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	6		<i>4 propres / 2 septiques</i>
	Respirateurs			
	Réanimation	4 places		<i>2 homme / 2 femme</i>
<b>Rééducation</b>	Un service de rééducation (quelques équipements d'électrothérapie)			

De gros problèmes d'électricité et d'eau. Les blocs sont au 4<sup>ème</sup> étage, il faut parfois porter l'eau.

Besoin d'un équipement radiologie mobile pour l'orthopédie.

	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Consultations externes de mars 2002</b>	<b>Hospitalisation (IPD) de mars 2002</b>	<b>Autres</b>
Médecine	150 /J	1106 hommes 840 femmes	46 hommes 37 femmes	
Orthopédie	100 /j	900	570 dont 420 urgences 150 programmées	
Chirurgie générale	50 /j			
Opération orthopédie				177 opérations « sélectives » 36 avec infection 193 sous AG (mars 2002)
Décès				6 hommes 4 femmes (mars 2002)
	300 /j	2756		

Lors de l'entretien, le directeur lisait un document relatant son activité du mois de mars. 10% des OPD nécessitent une hospitalisation d'urgence. Service d'accueil avec tri des patients.

Planning de chirurgie rigoureux : 3 journées orthopédie, 2 journées générales, 2 journées off dont le jeudi pour désinfection.

L'établissement dispose d'un service de soins intensifs, en particulier coronaires.

L'hôpital disposait avant d'un centre de transfusion. Faute d'équipement, ce centre ne fonctionne plus (pas de réfrigérateur). Plus non plus de dons gratuits. L'hôpital fonctionne désormais avec des dons directs de proches des patients.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Ponction biopsie médullaires	Adressé dans le secteur privé	
Echographie		
Scanner		
ECG		
Biochimie hors sucre et urée		
Coloscopies hautes		
Coloscopies basses	Peshawar	

### Remarques générales

D'après le directeur, les seuls autres hôpitaux fonctionnels sont Karthe Se et Wasir Akbar.

### Autres sources de données

#### Organisation Mondiale de la Santé

239 lits

- 213 chirurgie générale
- 26 médecine interne
- 168 lits d'hommes – dont 139 occupés
- 71 lits de femmes – dont 66 occupés
- 250 consultants
- 71 médecins

**Analyse :** par rapport aux données OMS, la mission a constaté

- Les mêmes disciplines représentées dans l'hôpital
- Un rééquilibrage du nombre de lits hommes / femmes (125H / 125F)
- Une augmentation sensible du nombre de médecins (+29)
- Un nombre de consultations proche

#### ISAF

(16 – 20 mars 2002)

L'ISAF précise que tous les orthopédistes sont « généralistes ».

Capacité théorique de 250 lits mais une capacité réelle de 300 lits.

80% des appendicites sont en péritonites et que les principales pathologies traitées sont :

- Fractures ouvertes et fermées
- Péritonite
- Ulcère perforé
- Gastro-entérites
- Pathologies biliaires
- Rhumatologie
- Asthme
- Broncho-pneumonies et tuberculoses.

Sur le plan équipement, l'ISAF fait les mêmes constatations :

- Services : surchargés mais bien tenus avec un dossier médical
- Bloc opératoire : 4 tables (générale et orthopédique) – vieux mais fonctionnel – pas de réanimation post chirurgicale
- Urgences : Mixte (chirurgie + médecine) / couverture 24/24 (couvre feu)
- Radiologie : de type soviétique des années 50 – pas de radioprotection – pas d'équipement mobile pour radiologie post-opératoire
- Rééducation : bon service actif et bien équipé
- Laboratoire : hématologie, microbiologie, parasitologie / très pauvre (NFS, parsito directe, malaria)
- Mixité : services hommes et femmes – les médecins hommes soient également les femmes, les médecins femmes exclusivement les femmes.
- Partenaires clés : CICR (médicaments, consommables, GMS pour l'équipement d'orthopédie)

L'ISAF conclue à un très bon niveau – personnel motivé et de bon niveau également.

**Analyse :** Les constats de la mission sont proches de ceux de l'ISAF.

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Emergency surgery for war victims

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Emergency (ONG Italienne)</b>
<b>Nom du directeur</b>	Rosela Miccio (administratrice du programme)
<b>Date de l'entretien</b>	29 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Marko Garatti (Chirurgien) Dr Stephano Bertocco (anesthésiste)

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Shahr – é – Naw / Châr Rahi Ishirpur / District n° 10</b>
<b>Type d'architecture :</b> Pavillonnaire entièrement refait (ancienne école maternelle) avec des liaisons couvertes entre bâtiment
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> Ecole réhabilitée en hôpital durant l'été 2000 – pour des raisons politiques, l'hôpital n'a pu être ouvert qu'en mai 2001
<b>Etat général extérieur :</b> Excellent – presque neuf
<b>Etat général intérieur :</b> Excellent – presque neuf
<b>Remarques :</b> La fonction de cet hôpital créé et administré par l'ONG italienne Emergency est la prise en charge exclusive des blessés de guerre civils et militaires.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
ICU			12 - 15	
A - homme	16			
B – homme	16			
C – pédiatrie		16		
D – hommes	16			
E – hommes	16			
F – femmes		16		
<b>TOTAL</b>				<i>110</i>

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Expatriés	2	2	2 (logisticien)	2 (administrateur)	8
Toutes disciplines	4	79 8 bloc 8 physio	3 X-ray 3 lab 3 pharmacists 5 health assistants	178	283
					<i>291</i>
Maison des expatriés				14 gardes	14
<b>TOTAL</b>					<b>305</b>

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Pas d'enseignement – les médecins rencontrés sont ouverts à toute proposition dans ce domaine. L'expérience des expatriés est transmise aux afghans dans le cadre du fonctionnement normal de la structure.			
<i>TOTAL</i>			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 fixe bon état	Bientôt une radio mobile et 1 ampli de brillance	
	Echographie			
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	<i>Petit laboratoire minimal bien équipé et fonctionnel (NFS, groupage, biochimie, sérologie HIV, syphilis, Hépatite pour la transfusion) – autonomie transfusionnelle. Bientôt un appareil à gaz du sang.</i>			
<b>Biochimie</b>				
<b>Microbiologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	2		
	Respirateurs	5 (vieux-reconditionnés)	Possibilité de ventilation 48H en ICU	
	Stérilisation	1 salle		
	Extracteurs O2	Bientôt 2		
<b>Pharmacie</b>	Pratiquement autonome – approvisionnement direct d'Italie + IDA			
<b>Urgences</b>	1 pièce accueil – déchochage			

Hôpital bien équipé sur le plan technique : blanchisserie – incinérateur.

<b>Activité</b>			
Jan-Fev-Mars	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Janvier	59	143	208
Février	57	155	203
Mars	56	146	285
Total	172	444	696

Exclusivement de la chirurgie de guerre – Taux d'occupation 80-90 % - seuils maximums à 200 malades si nécessaire – 360 opérations en novembre -

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
<p>Emergency gère également un hôpital dans le Panshir et prend en charge les soins aux prisonniers de Kaboul et quelques first aid posts. Très peu de relation avec le reste du système de santé.</p>		

<b>Remarques générales</b>
<p>Le running costs sont d'environ 50.000 – 60.000 \$ par mois Salaire de médecin = 200\$ et + Salaire d'infirmier = 95\$</p> <p>Emergency évoque une stratégie de désengagement progressif à moyen terme (hypothétique)</p>

<b>Autres sources de données</b>
<p><b><u>Organisation Mondiale de la Santé</u></b></p> <p>Aucune information.</p>

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Hôpital militaire “400 beds”

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	Hôpital militaire 400 lits
<b>Nom du directeur</b>	Dr Abdoul Razaq Siawash (chirurgie réparatrice)
<b>Date de l'entretien</b>	22 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Abdoul Razaq Siawash Dr Muhamad (vice-président) – chirurgie réparatrice et faciale Pr. Khalil Samad (anesthésie – chef de service)

L'hôpital était auparavant dirigée par le Dr Suheila Seddiqi, devenue depuis ministre de la santé.

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Wazir Akbar Khan Mina / District n° 10</b>
<b>Type d'architecture :</b> Bâtiment moderne, massif de type soviétique en 7 étages
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 1975
<b>Etat général extérieur :</b> Abîmé par les derniers combats – en cours de réhabilitation 80% des vitres ont été récemment remplacées, soit 1048 m2
<b>Etat général intérieur :</b> Très bien tenu – très dénudé
<b>Remarques :</b> Hôpital de référence militaire

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
		-	-	
<b>TOTAL</b>		-	-	<b>400</b>

Exclusivement des militaires hommes

L'hôpital a compté jusqu'à 1.000 lits durant la guerre.

Hôpital pratiquement vide le jour de la visite.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>		<b>75</b>		<b>300</b>

En 1975, l'hôpital employait 1.450 personnes.

Actuellement 6 femmes médecins.

Les médecins militaires reçoivent au maximum 60\$ par mois et sont donc obligé d'avoir une activité privée l'après-midi.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>

Hôpital d'instruction des armées pour pratiquement toutes les disciplines (Académie militaire des sciences médicales)			
<i>TOTAL</i>	<i>Oui pour l'armée</i>		

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1	Inconnu	
	Echographie	1	Vieux	
	Remarques			
<b>Biologie</b>	Minimum usuel			
<i>Hématologie</i>				
<i>Biochimie</i>				
<i>Bactériologie</i>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles réparties en :	14		
	<i>Chirurgie générale</i>	8		
	<i>Bloc septiques</i>	4		
	<i>Bloc OPH</i>	1		
	<i>Bloc anaérobie et gangrènes</i>	1		
	<i>Bloc orthopédie</i>	2		
	Ventilation	plusieurs	Très bon	Japonais récent (shimei) SL 180 softlander
<b>Oxygène</b>	En distribution centrale			
<b>Pharmacie</b>	90% de la pharmacie vient des ONG, CICR, Emergency, Afghan Relief ; 10% ministère de la défense – de très grosses difficultés. Don de l'OMS 3 tonnes en janvier 2002.			

La chirurgie est globalement assez fonctionnelle.

Les ascenseurs fonctionnent bien.

Il est évoqué durant l'entretien une notion de fuite importante des médicaments (système de revente de médicament bien expliqué).

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisations (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Toutes disciplines	100 – 300 / jour En fonction des combats	25/jour en moyenne entre 14 et 34.	

Durant la guerre, des extrêmes d'activité très élevés.  
50% des patients adressés à l'étranger le sont pour diagnostic.  
Activité rythmée par les combats – attractivité nationale.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Accueil parfois des civils, en principe par convention.		

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### New-Ali-Abad hospital

Données générales	
<b>Nom de l'établissement</b>	New Ali Abad
<b>Nom du directeur</b>	Dr Exeer (cardiologue)
<b>Date de l'entretien</b>	20 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Dr Exeer Prof. Manawi (urologie) Prof. Wardak (urologie)

Environnement de l'hôpital
<b>Quartier / adresse : Shahr Ârâ</b>
<b>Type d'architecture : pavillons sur un site unique – principalement RDC</b>
<b>Ancienneté des bâtiments :</b>
<b>Etat général extérieur : vétuste</b>
<b>Etat général intérieur : vétuste</b>
<b>Remarques :</b> Le « new-Ali Abad » est en fait installé dans une ancienne maternité. Il s'agit d'une partie des services appartenant à l'hôpital universitaire Ali-Abad relocalisés après la destruction totale de l'hôpital entre 1993 et 1994. La capacité fut largement diminuée à cette époque. Le « new Ali-Abad » reste porteur de la tradition universitaire et du prestige associé au nom de l'ancien hôpital.

Capacité d'hospitalisation				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits non répartis</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie générale	37	30	-	67
Urologie	24	0	0	24
Médecine interne	21	20	0	40
Neuropsychiatrie	30	14	0	44
Neurochirurgie	-	-	21	21
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>64</b>	<b>21</b>	<b>196 (200)</b>

Le service de neurochirurgie est le seul de pays. L'urologie est le service de « référence » de kaboul.

Le nombre de lits théorique est de 250.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
<i>TOTAL</i>	74	115	232 ( <i>professionnels</i> )	315 ( <i>administratifs</i> )	547

Selon le MOPH (1 mai 2002), le total de personnel est de 708 : 405 administratifs, 303 workers, sans « justification sanitaire » selon le directeur.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Urologie	Oui	Oui	
Neurochirurgie	Oui	Oui	
Autres disciplines	?	?	
<i>TOTAL</i>		14	

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1	Vétuste	Minimum
	Echographie	Non		
	Remarques			
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	Minimum			Minimum
<b>Biochimie</b>	Minimum			Minimum
<b>Bactériologie</b>	Minimum			Minimum
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	6	Fonctionnel mais démuné	
	Dont septiques	3	Fonctionnel mais démuné	
	Respirateurs	0		
	Extracteur	1	Vétuste	
Pharmacie		1	Bien rangée – très pauvre MOPH : 40% (irrégulier) CICR/WHO (irrégulier)	

1 bloc de chirurgie et neurochirurgie pour les hommes, 1 de urologie et neurochirurgie femme, 1 urologie hommes

Activité			
	Consultations externes (OPD)	Hospitalisation (IPD)	Autres
5 spécialités	5 x 50/Jour = 250	15 à 20 par jour TO = 100% et +	
Interventions chirurgicales			10/jour

Il existe un rapport d'activité dans cet hôpital.

Relations avec d'autres acteurs du système de santé		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Un des établissements qui a le plus de relations avec d'autres et qui les a le plus et le mieux structuré. Très vif désir de reconstruire Ali Abad sur son site originel.		

Remarques générales
<p>Organisation Mondiale de la Santé (CICR 1999)</p> <p>100 lits dont</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 chirurgie générale</li> <li>- 20 médecine interne</li> <li>- 100 lits hommes dont 63 occupés</li> <li>- 65 OPD</li> <li>- 53 médecins</li> </ul> <p><b>Analyse :</b> Ali Abad est depuis devenu un hôpital mixte. Sa capacité a doublé (200-250 lits). Le nombre de médecin a augmenté d'au moins 25.</p> <p>Médecins du Monde.</p> <p>Pas d'analyse Médecins du Monde sur cet hôpital</p>

## Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002

### Antany

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Antany Hospital</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Hakim Dr Hadji Murad Mamozay (vice président)
<b>Date de l'entretien</b>	23 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	M Nabi Nawabi (directeur administratif) Un groupe de dix médecins réunis lors de la visite.

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse : Châr Rahi Sidârat</b> Centre ville
<b>Type d'architecture :</b> 2 pavillons situés derrière l'hôpital Jamuriat Petit pavillon d'urgence adjacent.
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 1978 (comme hôpital)
<b>Etat général extérieur :</b> Aspect général très vieux – délabré
<b>Etat général intérieur :</b> Vétuste
<b>Remarques :</b> Hôpital de référence en maladies infectieuses Problème majeur d'eau qui doit transiter par l'hôpital Jamuriat (approvisionnement épisodique) Bâtiment initialement conçu pour les locaux administratifs des gardes frontières. Hôpital ouvert en 1978 par les russes.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits répartis selon besoins</i>	<i>TOTAL</i>
Pathologies infectieuses			170	170
<b>TOTAL</b>			<b>170</b>	<b>170</b>

2 chambres étiquetées « soins intensifs ».  
Pas de patients de moins de 15 ans.

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Radiologie			1		
Biologie			8		
Pharmacie			4		
Malaria			4		
Autres			4		
<b>TOTAL</b>	<i>18</i>	<i>22</i>	<i>21</i>	<i>60 + 25</i>	<i>146</i>

Une équipe médicale rencontrée motivée et dynamique.

MOPH (1 mai 2002) : 315 personnels, 192 administratifs et sanitaires + 123 workers.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Infectieux	Oui	Non – deux médecins font de l'enseignement	
<b>TOTAL</b>			

Pas de nom retenu comme professeur. Cet hôpital est de référence pour les maladies infectieuses.

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1	Non fonctionnel depuis 4 ans	
	Echographie	Non		
	Remarques			
<b>Biologie</b>	Minimaliste – surchargé – aucun réactif 1 microscope pour examen direct			
<i>Hématologie</i>				
<i>Biochimie</i>				
<i>Microbiologie</i>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	<i>Non</i>		
	Respirateurs			
<b>Pharmacie</b>	Pas de médicaments reçus de l'OMS depuis deux mois – très démunis (pas d'antibiotique hors l'extrême urgence des méningite – fournitures irrégulières par le MOPH)			

De manière générale, aucun équipement diagnostique, pas même au niveau très faible des autres hôpitaux visités.

Les déchets sont brûlés dans un incinérateur.

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
IPD le jour de la visite		35	
Décès			4 – 6 / mois
Echographies hépatiques			59 en un mois pour l'OPD
Radiologies			10-15 / j réalisées en ville
Hépatites			26 / mois

*Voir rapport d'activité en annexe*

L'activité est très dépendante des épidémies (choléra, méningite).

Le service d'OPD semble très bien organisé, notamment dans l'articulation avec les moyens diagnostic en ville : les patients arrivent, consultent, repartent avec une ordonnance pour les explorations (hématologie, sérologie, radiologie, échographie usuelles) et reviennent au service d'OPD pour ordonnance de traitement ou hospitalisation.

L'hôpital couvre tout le champ des pathologies infectieuses nécessitant une hospitalisation (y compris la tuberculose : paludisme, tétanos, grippe, rage, tuberculose, brucellose, anthrax, amibiase, etc.).

Le recrutement de l'hôpital va bien au delà de la province de Kaboul.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
Toutes disciplines	Très dépendant de Jamuriat, notamment sur le plan technique (eau) et entièrement dépendant pour tous les diagnostic du système privé – mise en évidence de circuits bien organisés.	

<b>Remarques générales</b>
Malgré des équipes médicales motivées, l'établissement se trouve dans un extrême dénuement, manquant même de l'essentiel comme l'eau. Une activité indispensable dans des locaux inadaptés avec des fonctions de référence peu organisées.

<b>Autres sources de données</b>
<p><b>Organisation Mondiale de la Santé</b> (CICR 1999° 100 lits internal médecine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 hommes dont 16 occupés</li> <li>- 50 femmes dont 15 occupés</li> <li>- 125 OPD</li> </ul> <p>18 médecins <b>Analyse</b> : pas de changements importants avec le recueil de données réalisé par la mission</p>

ANNEXE

**Activité du mois de mars  
Hôpital Antany**

	<b>Pathologies</b>	<b>IPD</b>	<b>OPD</b>
1	Fièvre typhoïde	28	79
2	Paludisme	16	96
3	Hépatite	26	59
4	Méningite bactérienne	35	35
5	Méningite tuberculeuse	8	8
6	Tétanos	3	3
7	Anthrax	1	1
8	Brucellose	13	50
9	Diphtérie	0	0
10	Amibiase	8	51
11	Disentrie bacillaire	16	68
12	Rougeole	0	0
13	Oreillons	2	18
14	Grippe	13	268
15	Infections alimentaires	9	27
16	Giardiase	2	44
17	Gastro-entérite	10	71
18	Helmentiase	0	81
19	Rage	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>959</b>

**Fiche hôpital Kaboul – mission française mai 2002**

**Ataturk Pediatric Hospital**

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Ataturk</b>
<b>Nom du directeur</b>	Dr Hossein Ezmarai (pédiatre)
<b>Date de l'entretien</b>	24 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Pr. Ahmaduddin Ma-arej

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse :</b> En face de l'ancien site Ali Abad, voisinage immédiat de la faculté de médecine . dans le quartier le plus détruit par les combats de 92 - 94 - 95. Accès de fait assez difficile sans automobile
<b>Type d'architecture :</b> Petit pavillon en double niveau et trois étages. Très récemment réhabilité . peinture et huisserie récentes. Aspects claire.
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 1363 de l'egire, 1370 convention avec l'état turc, contrat interrompue à l'arrivée des Moudjahidins. Bâtiments d'aspect récent.
<b>Etat général extérieur :</b> Refait de neuf
<b>Etat général intérieur :</b> Lumineux propre et spacieux
<b>Remarques :</b>

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Pédiatrie surveillance	-	-	10-30	10-30
Nutrition	-	-	40-50	40-50
Selon besoins (cardiologie, endocrinologie, infectieux – saisonnier)	-	-	autres	autres
<b>TOTAL</b>				<i>130</i>

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Pédiatres	25	25			
Pédiatre enseignants	3				
Biologie			5		
Imagerie			2		
Vaccinateurs			4		
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>14 +- 90</b>	<b>162</b>

D'après le MOPH (1 mai) : total 165 dont 102 administratifs et sanitaires et 63 workers

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Pédiatrie	Oui	3 enseignants Dr Ma-arej (prof) Dr Ezmarai (assistant)	
<b>TOTAL</b>			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 mobile neuf (don MDM)	Difficile d'utilisation – adressage des patients dans le service de radiologie centrale	
	Echographie	Non		
<b>Biologie</b>	Peu de réactifs – biologie de routine – sang – urines			
<b>Hématologie</b>				
<b>Biochimie</b>				
<b>Microbiologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	Non		
	Respirateurs	Non		
	Extracteur	1	Petite capacité	
	ECG	1		
<b>Ambulance</b>		1		
<b>Pharmacie</b>	Très propre – vide. Quelques antibiotiques pour les IPD			

Un espace d'accueil de l'urgence bien pensé mais très démunie. Un château d'eau dans la cour qui permet un bon approvisionnement.

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Tout venant	100 – 150 (3 – 4 médecins de consultations)	5/15 patients par jour	

Activité essentiellement matinale ; Le jour de la visite, 60 patients sur 130 lits du à la fête nationale.

Activité exclusivement médicale – pas de néonatalogie – pas de chirurgie

Une activité importante de renutrition avec l'ONG ACF avec versement de primes pour le personnel et équipement propre.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Remarques</i>
En général	Gouvernement Turc	Relations continues et suivies. Souhait de relations directes avec l'ambassade sans transit via MOPH
Nutrition	ACF	Soutien régulier pour 2 médecins, 5 infirmières, 2 cuisiniers, 1 « pharmacist », 1 travailleur
Vaccins – parfois médicaments	UNICEF	
Mère - enfants	MCH	Relations très vagues
Médicaments	OMS	En petites quantités.

<b>Remarques générales</b>
Des projets multiples en chirurgie, néonatalogie... le directeur évoque la chaîne de l'espoir.

## Fiche hôpital – mission française mai 2002

### Charikar

<b>Données générales</b>	
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Charikar</b>
<b>Nom du directeur</b>	Situation complexe – hôpital sous la responsabilité d'une ONG
<b>Date de l'entretien</b>	30 avril 2002
<b>Personnes rencontrées</b>	Anne-Marie Spiezer (présidente de l'ONG MRCA) M Qasim (coordonnateur MRCA) Dr Sanallah Wafek (chirurgien chef) Dr Nematullah Dr Zikria Massudi

<b>Environnement de l'hôpital</b>
<b>Quartier / adresse :</b> Situé dans la ville de Charikar - chef lieu de la province de Parwan – Recrutement étendu à deux provinces : Parwan - Kapisa
<b>Type d'architecture :</b> Pavillonnaire – hospitalisation dans un bâtiment en RDC – radiologie dans une annexe. – les locaux de l'hôpital sont partagés avec Emergency et IMC.
<b>Ancienneté des bâtiments :</b> 1940 - Réfection récente par l'ONG NPO (qui a refait 400 lits militaires) pour le compte de MRCA – corps de bâtiment sein
<b>Etat général extérieur :</b> Bon – tout juste réhabilité – bon – sein – minimal
<b>Etat général intérieur :</b> Sobre – refait récemment
<b>Remarques :</b> Population couverte : 900.000 habitants répartis sur deux provinces – hôpital du champ de bataille de la plaine de Chamali. Charikar est situé à 1H30 de voiture de Kaboul.

<b>Capacités d'hospitalisation</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Lits d'hommes</i>	<i>Lits femmes</i>	<i>Lits mixtes</i>	<i>TOTAL</i>
Pédiatrie			8	8
Gynécologie		8		8
Chirurgie générale et orthopédie			12	12
ORL			3	3
Médecine			9	9
<b>TOTAL</b>		8	32	40

L'ONG MRCA projette une augmentation de lits à 100

<b>Ressources humaines</b>					
<i>Disciplines</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Techniciens</i>	<i>Administratifs et non qualifiés</i>	<i>TOTAL</i>
Chirurgie	4				
Obstétrique	2				
Pédiatrie	1				
Anesthésie	1				
Médecine	2				
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17</b>			<b>54</b>

Exercice médical de 8H à 16H

2 médecins et 4 infirmiers relevant du MOPH, non pris en charge par l'ONG.

MRCA annonçait globalement 9 médecins –

IMC a recruté trois médecins pour l'OPD de MCH, située sur le même site.

<b>Enseignement</b>			
<i>Disciplines</i>	<i>Lieu d'enseignement</i>	<i>Professeur + assistants</i>	<i>Remarques</i>
Pas d'enseignement sur le site – une dynamique interne avec staff et remise à niveau – MRCA prévoit l'intervention de professionnels de Peshawar sous peu.			

<b>Equipements</b>				
<i>Disciplines</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre</i>	<i>Etat général</i>	<i>Type d'examens</i>
<b>Service d'imagerie</b>	Table Radiologie	1 fixe	Chinoise en bon état – panne passagère	
	Echographie	Oui	Pas encore installé le jour de la visite	
<b>Biologie</b>				
<b>Hématologie</b>	Hématologie de base – pas de biochimie.			
<b>Biochimie</b>				
<b>Microbiologie</b>				
<b>Bloc opératoire</b>	Salles	1	Non visitée (fermée le jour de la visite)	
	Respirateurs	?		
	ECCG	1	Prévu prochainement.	
<b>Générateur</b>	3 heures par jour pour l'eau et l'électricité.			

<b>Activité</b>			
	<b>Consultations externes (OPD)</b>	<b>Hospitalisation (IPD)</b>	<b>Autres</b>
Toutes disciplines	250 – 400	22	
Accouchements			0

MRCA vient juste de permettre la ré-ouverture de cet hôpital (moins d'un mois) – Les chiffres d'activité sont donc à prendre avec précaution.

Dans son contrat avec ECHO, MRCA était tenu à 250 patients par mois minimum.

Aucun accouchement en un mois – des interrogations quant à la fonction maternité de l'hôpital.

<b>Relations avec d'autres acteurs du système de santé</b>		
<i>Disciplines</i>	<i>Partenaires principal</i>	<i>Autre partenaire</i>
La prise en charge de cet hôpital constitue une commande du MOPH à MRCA. Coopération avec MPO pour la réhabilitation et IMC pour l'obstétrique (pas très claire quant à l'efficacité et la coordination). Emergency est présente sur l'hôpital comme poste de première urgence et l'évacuation des blessés de guerre vers Kaboul (depuis avant l'arrivée de MRCA) – pas de coopération avec MRCA.		

<b>Remarques générales</b>
Bon exemple (très récent) de la politique menée par le MOPH : MRCA a été chargée de la gestion globale de l'hôpital.

<b>Autres sources de données</b>
Pas d'autres données sur cet hôpital.

# Glossaire

ACF.....	Action contre la Faim
ACTED.....	ONG "française" spécialisée dans le développement et la reconstruction en Afghanistan
AMI .....	Aide Médicale Internationale
BM/WB.....	Banque Mondiale
CICR.....	Comité International de la Croix-Rouge
"Clinics" .....	Terme anglosaxon pour désigner plutôt mais pas toujours, un centre de consultation ambulatoire
DMS .....	Durée moyenne de séjour
FNUAP.....	Fonds des Nations-Unies pour la population
IPD.....	"in patient", patient hospitalisé
ISAF.....	Force Internationale de Sécurité à Kaboul
MAE .....	Ministère des Affaires Etrangères
MCH.....	"Mother and Child Health", centre de consultation et de prévention pour la mère et l'enfant
MDM.....	Médecins du monde
MoPH.....	Ministère de la Santé Publique
MRCA.....	ONG franco-afghane dans le domaine sanitaire
MSF .....	Médecins sans frontières
ONG .....	Organisation non gouvernementale
ONU/UN.....	Organisation des Nations-Unies
OPD.....	"out patient", patient vu en consultation ou ambulatoire
PAM .....	Programme Alimentaire Mondial
PIB .....	Produit Intérieur Brut
PNUD .....	Agence des Nations-Unies pour le développement
TO .....	Taux d'occupation
UNHCR .....	Haut Comité pour les Réfugiés
UNICEF .....	Agence Internationale pour l'Enfance
Vaccin DTP.....	Vaccin diphtérie, tétanos, polio
WHO/OMS .....	Organisation Mondiale de la Santé
"workers" .....	Catégorie socio-professionnelle de classification du personnel par le MoPH, que le terme de travailleur ne rend pas exactement