

# Rapport de mission à Hérat (Afghanistan)

6 au 13 décembre 2003

*Professeur Jacques Touchon  
Doyen de la Faculté de médecine*

*Madame Joséphine Biaggi  
CHU de Montpellier*

*Docteur Charles Candillier  
DDASS 34*



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan**

# SOMMAIRE

## I - INTRODUCTION

## II - LE SYSTEME DE SANTE AFGHAN, LA SITUATION A HERAT

- II - 1 Données générales
- II - 2 Organisation générale et moyens
- II - 3 Priorités de santé
- II - 4 Classification des services du "BPHS"
- II - 5 La situation à KABOUL
- II - 6 Management et gestion hospitalière
- II - 7 Le système ambulatoire

## III - LE DEROULEMENT DE LA MISSION

## IV - LA SITUATION A HERAT

- IV - 1.1 Visite de l'Hôpital Général d'Hérat
- IV - 1.2 Réunion de bilan
- IV - 2 Visite de l'Hôpital Ophtalmologique
- IV - 3 Visite d'un "Comprehensive Health Center"

## V - LA SITUATION DE L'UNIVERSITE

- V - 1 Descriptif
- V - 2 Les besoins
  - V - 2.1 Formation des enseignants
  - V - 2.2 La bibliothèque médicale
  - V - 2.3 Le matériel pédagogique
  - V - 2.4 L'enseignement des langues
  - V - 2.5 La formation médicale continue
  - V - 2.6 Les stages d'étudiants français

## VI - CONCLUSIONS

- VI - 1 Partie hospitalière
- VI - 2 Partie universitaire
- VI - 3 Propositions d'action

## **Personnes rencontrées**

### *à Hérat*

- Monsieur Ismaël Khan, Gouverneur de la Province de Herat,
- Monsieur Mohammad Rafik Modjaddedi, Maire de la Ville de Herat,
- Monsieur le Docteur Mokhless, Professeur de théologie islamique, Président de l'Université de Herat,
- Monsieur le Professeur Aram, Pédiatre, Doyen de la Faculté de Médecine, Herat, et son adjoint, le Docteur Aazar,
- Monsieur le Docteur Samim, Directeur provincial de la Santé, et son adjoint, le Dr Tawakal,
- Monsieur le Docteur Shahram, Directeur de l'hôpital de Herat,

### *à Kaboul*

- Monsieur le Docteur Shohkormand, Directeur des Hôpitaux, Ministère de la Santé,
- Docteur Frédéric Tissot, Chargé du Projet Santé près l'Ambassade de France,
- Florence Morestin, Chargée de Mission, Projet Santé, Ambassade de France,
- Monsieur Eric Lavertu, Conseiller de coopération et d'action culturelle, Ambassade de France
- Monsieur Jean-Pierre Guinhut, Ambassadeur de France,
- Monsieur le Médecin Général Claude Dumurgier, en mission à Ali Abad (Kaboul) pour les Hospices Civils de Lyon.

## **I - Introduction**

L'Afghanistan compte près de 23 millions d'habitants, dont encore environ 3,5 millions de réfugiés hors frontières, principalement au Pakistan et en Iran. Ce pays connaît depuis plus de 23 ans une situation particulièrement difficile liée aux guerres qui s'y sont déroulées. C'est d'abord la guerre contre les Soviétiques après l'intervention de décembre 1979. Cette guerre s'est terminée en 1989, en laissant le pays exsangue. A la fin du régime communiste en avril 1992, date de l'entrée d'Ahmad Shah Massoud dans Kaboul, c'est ensuite les combats sporadiques entre les différentes factions afghanes. Enfin l'arrivée, en 1996, des « Talibans », combattants fondamentalistes venus du Pakistan, va faire régner et imposer durant cinq ans aux Afghans un régime profondément cruel.

Au total, ces années de troubles ont laissé le pays dans une situation de pauvreté extrême. C'est ainsi que l'Afghanistan a un Produit Intérieur Brut parmi les plus bas du monde (820 U\$ par habitant dont 1% pour la santé, contre 26.000 U\$ et 9,5% pour la santé en France, 218<sup>ème</sup> rang mondial sur 231 pour le Produit Intérieur Brut per capita - France 21<sup>ème</sup> rang).

La situation de la femme est particulièrement critique. La « Jihad » contre les Soviétiques avait renforcé la main mise du pouvoir religieux sur les femmes, pouvoir symbolisé par le « Tchadri ». La période fondamentaliste des Talibans n'a fait qu'accroître ce pouvoir, excluant les femmes de toute activité professionnelle ou publique. Cette exclusion de la société a eu de très graves conséquences, y compris sur la santé, en témoignent les chiffres de mortalité maternelle.

Après une description sommaire du système de santé afghan, qui, il faut le rappeler, est en pleine reconstruction, le contexte de la mission initiée par l'Ambassade de France et menée par le Centre Hospitalier Universitaire et la Faculté de Médecine de Montpellier est décrit, puis, sont abordés les deux objectifs essentiels du voyage, c'est à dire l'évaluation de la situation de l'Hôpital et de la Faculté de médecine d'Herat.

Les grandes lignes d'une future collaboration entre Montpellier et Herat dans le domaine hospitalier et universitaire sont ensuite tracées.

## **II – Le système de santé afghan, la situation à Herat**

L'Afghanistan connaît, sous l'autorité du Gouvernement Islamique de Transition, un très important travail de reconstruction et de réorganisation<sup>1</sup>. L'année 2002 a ainsi été consacrée à la définition des objectifs sanitaires et de leurs modalités de mise en œuvre. La priorité a été donnée aux Soins de Santé Primaire, consacrée par la publication du « Basic Package of Health Services for Afghanistan » (BPHS).

L'Afghanistan, au sortir des années de guerre, n'est pas dépourvu de structures hospitalières et les grands centres urbains ne manquent pas de médecins, au contraire des zones rurales. Le pays compte près de 62 établissements hospitaliers pour un total de 912 structures sanitaires de tout type, soit 6% du total. Mais ces 6% regroupent 40% des ressources humaines.

---

<sup>1</sup> La plupart des informations de ce chapitre sont issues du rapport « Système de référence hospitalier en Afghanistan : Enjeux et perspectives 2003 – 2006 » rédigé par une mission d'expertise française (mai - juillet 2003) composée du Dr CSASZAR-GOUTCHKOFF (MISP 91), du Pr MATHONAT (économie de la santé), de M. PAGE (Ingénieur Biomédical) et de M. THEPOT (Directeur d'Hôpital).

## II – 1 Données générales

Les chiffres de la santé sont particulièrement mauvais pour l'Afghanistan. Ils sont caractéristiques d'un pays qui a toujours été pauvre et qui a vécu, en plus, de longues années de destructions.

- Selon l'OMS, la mortalité infanto-juvénile (essentiellement due aux diarrhées et pneumopathies infectieuses) est de 252/1000 (5/1000 en France), soit un quart des enfants qui n'atteignent pas l'âge de 5 ans.
- L'espérance de vie à la naissance est de 41 ans pour les hommes (75 en France) et 43 pour les femmes (82 en France).
- Le taux de fertilité est de 6,8 (1,8 en France). Le nombre de naissance est d'environ 1.078.000 et près de 50% de la population à moins de 15 ans. L'âge moyen de la population est de 19 ans.
- Le taux de vaccination estimé pour le BCG serait de 55% et de 44% pour le « DTP ».
- 5 à 10% des femmes accouchent en maternité et 10 à 15% bénéficient d'une assistance médicale lors de l'accouchement à domicile.
- La mortalité maternelle reste extrêmement élevée, essentiellement due à des hémorragies, des dystocies et des infections. 1.600 morts maternelles pour 100.000 accouchements, avec des extrêmes variant de 400 à Kaboul à 5.600 dans le Badakhshan (source Unicef 2003).

Dans l'ensemble, l'hôpital jouit d'une très mauvaise image et d'une faible réputation, à l'inverse des médecins.

Le statut de la femme est d'une importance majeure en matière de santé, de culture et de dignité.

## II – 2 Organisation générale et moyens

L'Afghanistan est divisé en 32 provinces, elles-mêmes réparties en 315 districts. La notion de « région » n'a pas de réalité administrative. Chaque province est, dans les faits, plus ou moins autonome. Les « régions » regroupent 4 à 6 provinces ; elles correspondent à des populations de 2 à 3 millions d'habitants avec une certaine cohérence des réseaux routiers et des réseaux économiques, voire en partie ethnique. Il y a 5 facultés de médecine (Kaboul, Herat, Mazar e Charif, Djalalabad et Khost).

L'activité d'adressage (référence) organisée et mesurable est très faible, les coûts et les durées de transports très importants sont plus coûteux que les soins eux-mêmes. Officiellement, le service en hôpital public est gratuit et ne peut être facturé... De fait, chacun reconnaît que les patients doivent payer de fortes sommes, soit pour la nourriture, soit pour le matériel, soit pour le service sanitaire ou les médicaments. Non officiel, ce paiement est non mesurable. C'est un grand frein à l'accès aux soins.

Il est très difficile de déterminer avec certitude des ratios de personnels et des normes de fonctionnement. A Kaboul, selon des informations du Ministère de la Santé (MoH), le nombre de personnel total est très élevé, proche de 2 pour 1 lit sans justification médicale ou technique, et le nombre de médecins est disproportionné par rapport au reste du personnel.

Le personnel soignant et le personnel d'encadrement ne sont pas valorisés. La définition des tâches entre médecins et infirmiers n'est pas toujours claire, ce qui entraîne un mauvais usage des compétences. Les équipes doivent être encadrées, coordonnées. Il n'existe pourtant que peu de cadres. Dans tous les établissements, les Directeurs n'ont que très peu de formation à la gestion et au management. Ils n'ont pas d'équipe de gestion capable de gérer, contrôler, organiser les tâches, un rôle essentiel en situation de pénurie. Il existe des agents d'exécution mais sans formation ni délégation d'autorité.

### **II – 3 Priorités de santé**

Du point de vue de la politique de santé, les priorités définies sont celles qui figurent dans le « Basic Package of Health Services » (BPHS), c'est à dire le bloc des Soins de Santé Primaire.

Les principaux objectifs sont :

- la santé de la mère et de l'enfant,
- la santé de l'enfant et les vaccinations,
- la nutrition,
- la lutte contre les maladies épidémiques et transmissibles,
- la santé mentale,
- la réponse au handicap,
- l'accès aux médicaments essentiels.

L'Afghanistan a fait un choix ambitieux en matière sanitaire, celui de produire des services préventifs et curatifs de base, donc destinés à la majorité de la population. L'hôpital apparaît comme l'un des éléments de réponse, mais certainement pas comme le niveau de recours initial, ni comme le niveau d'investissement matériel et humain prioritaire. La très grande majorité des soins relevant des priorités de santé publique doit être de type ambulatoire et surtout de proximité., question essentielle en terme d'accessibilité, de fréquence, de confiance, de coût et d'efficacité.

### **II – 4 Classification des services du « BPHS »**

L'organisation propose 4 niveaux de services. Pour chacun d'eux sont définis le type de prestations, les horaires, les moyens et les limites d'exercice au-delà desquelles le transfert-référence est nécessaire. Le patient doit être transféré au niveau supérieur valorisant ce qui a été fait jusque là.

#### **1 - Poste de santé (Health Post)**

2 agents qui effectuent une activité d'éducation, d'information et quelques activités de diagnostic clinique et de traitement ambulatoire. Il couvre environ 1000 à 1500 personnes soit 100 à 150 familles.

#### **2 – Centre de Santé de Base (Basic Health Center)**

Il comprend 6 personnes dont une sage-femme et une infirmière. Il ne délivre que des soins ambulatoires pour une population de 15.000 à 30.000 personnes. Il peut effectuer des accouchements par voie basse.

#### **3 – Comprehensive Health Center**

Il comprend 15 personnes dont 2 médecins (un homme et une femme), deux sages femmes, deux infirmiers, homme et femme. Il dispose d'un laboratoire d'analyse et d'une pharmacie. Il couvre environ 30.000 à 60.000 personnes et peut prendre en charge quelques accouchements avec complication.

#### **4 – Hôpital de district et premier niveau de référence – District Health Hospital**

Sa capacité est d'environ 50 lits. Son équipe comprend 37 personnes dont 10 infirmiers, 1 pédiatre, 2 médecins hommes, 2 médecins femmes dont un gynécologue-obstétricien, 1 chirurgien, 1 anesthésiste, 4 sages-femmes, 1 technicien en radiographie. Il couvre, en principe, 100.000 à 300.000 personnes.

L'enquête « Management Science for Health » (MSH – sept 2002) dénombre 114 « District Hospitals » et 353 « Basic Health Centers ». Ce système ne se conçoit que comme étroitement intégré.

#### **II – 5 La situation à Kaboul**

La ville de Kaboul présente une situation unique, presque à l'opposée de celle du reste du pays. Elle concentre près de 60 à 70% des personnels et des équipements hospitaliers (soit 23 établissements et près de 3.000 lits). Cette concentration se fait elle-même en centre-ville. Kaboul est, du fait de la grande concentration de médecins, un lieu de très fort développement de l'offre médicale privée.

La majorité des futurs médecins afghans est formée à l'Institut Médical de Kaboul (IMK) et seule une incitation administrative et réglementaire forte pourra les orienter vers les provinces et le BPHS. Quelques décisions remarquables ont déjà été prises dans ce sens par le (MoH) comme par exemple l'affectation en province des nouveaux internes et l'obligation d'un exercice hors Kaboul pour pouvoir accéder à certains titres.

Les hôpitaux de Kaboul sont, ou ont été, des lieux de haute spécialisation médicale. Malgré le dénuement matériel, se développent des spécialités à forte valeur ajoutée technologique. Cette organisation n'est donc pas au service du BPHS et est en décalage avec la politique de santé du pays. Les missions proposées à chaque hôpital ne sont pas précisément définies, elles correspondent à des orientations « historiques » et à des engagements proposés par certains médecins.

Tous les hôpitaux ont une activité de consultation externe « Outpatient » OPD le matin. Il n'y a pas de tri, ni de priorité pour les urgences. Elles concernent à chaque fois près de 200 à 400 personnes et apparaissent comme la seule modalité d'entrée habituelle, quelles que soient l'origine et la situation vitale. Sont ainsi inclus dans un seul et même circuit, les premières consultations non spécialisées, les consultations spécialisées de première intention, les urgences vitales et les patients orientés par une consultation., soit privée, soit du système de soins primaires. Ce n'est pas efficace sur le plan médical.

Cela peut être dangereux :

- l'attente est longue,
- les services spécialisés sont encombrés et leur utilité galvaudée,
- l'avantage donné à l'usage du système de soins primaires est inexistant.

Les hôpitaux n'ont pas de relations sanitaires entre eux, ni de liens fonctionnels avec le niveau de santé primaire. L'orientation des patients n'est pas favorisée. Il n'y a pas de recherche d'une coopération avec les structures prévues par le BPHS. Il n'y a pas de lieu de concertation, d'échanges entre les intervenants des structures du BPHS et les hôpitaux.

#### **II – 6 Management et gestion hospitalière**

L'hôpital, en théorie, constitue un service déconcentré du Ministère de la Santé. Cela se traduit par une absence totale d'autonomie financière et par d'importantes rigidités en matière de gestion des ressources humaines. L'ensemble du personnel hospitalier est recruté par le Ministère, mais l'avis du directeur est déterminant. Après une période de stage, semble-t-il de deux ans, le personnel est affecté

de manière stable. Le personnel a une obligation de présence qui est définie de manière précise. Mais le Ministère n'a pas les moyens de ses ambitions et ne « contrôle » qu'une petite partie du système.

Le directeur est nommé par le Ministre sur la base de critères qui ne sont pas basés en priorités sur leurs compétences managériales. Ils ont tous une activité clinique, y compris privée ; or, la fonction de direction est une fonction à plein temps. Les hôpitaux disposent d'un organigramme où les principales fonctions administratives et de gestion sont identifiées. Mais les profils de poste et les responsabilités réelles des directeurs fonctionnels restent flous et fluctuants en fonction du directeur général. D'une façon générale, il s'agit dans les faits d'agents d'exécution sans réelle marge de manœuvre.

Le personnel médical et non médical est sous l'autorité du directeur. Pour autant, les marges de manœuvre du directeur en matière de gestion du personnel sont plus réduites qu'il n'y paraît ; du fait de l'existence possible de contre-pouvoirs informels (liens interethniques, politiques, familiaux...), mais surtout en raison de l'absence d'influence du directeur sur la rémunération de son personnel.

Le système de rémunération est très bas et totalement uniforme (environ 35 US\$ mensuels), ce salaire varie peu au cours du déroulement de la carrière (jusqu'à 40 US\$). Des compléments de salaires existent mais ils sont souvent opaques et inégaux. Ils sont souvent fournis par les ONG (« incentives ») et échappent donc au directeur.

Les médecins exercent tous une activité privée en dehors de l'hôpital. La gratuité des soins, toujours affirmée, n'est que théorique. Les possibilités de détournement sont nombreuses. Il n'est pas rare que les chirurgiens opèrent en échange du versement par la famille d'une indemnité. Certains consommables peuvent être détournés et revendus au bazar. Les fournitures font ainsi souvent l'objet d'une vigilance accrue (placards et cadenas).

Les médecins n'ont pas le monopole de la prescription d'examens ou de médicaments. La répartition des tâches entre les médecins, les infirmiers et les cadres soignants n'est pas clairement définie. Les consultations s'effectuent au niveau du service des urgences quand celui-ci existe. Les consultations spécialisées semblent plutôt être effectuées à l'extérieur de l'Hôpital en secteur privé.

Le système d'information des hôpitaux est à construire complètement.

Les moyens de fonctionnement pour assurer les fonctions logistiques sont insuffisantes (linge, alimentation, transport, maintenance, consommables, réactifs, médicaments, fournitures diverses...). L'entretien du matériel est aléatoire. Les directeurs ne disposent pas d'un budget pour assurer les menues dépenses de fonctionnement de l'hôpital.

Les crédits pour l'achat de médicaments sont à l'évidence insuffisants. Le malade ou sa famille sont fréquemment amenés à acheter eux-mêmes les médicaments, mais également aussi les fils chirurgicaux. La gratuité est théoriquement destinée aux indigents... Mais il n'y a pas de système clair permettant l'identification de ces populations prioritaires.

## **II – 7 Le système ambulatoire**

Il n'existe actuellement qu'un seul statut pour les médecins et un seul mode de fonctionnement et de rémunération. Chaque médecin est inscrit auprès du Ministère et affecté à un établissement hospitalier à Kaboul, à une structure sanitaire, hôpital ou BPHS. Ce rattachement oblige le médecin à être présent à l'hôpital de 8 h à 16 h en théorie, de 8 h à 13 h en pratique.

Pour cette fonction publique, chaque médecin reçoit mensuellement environ 1.700 afghanis (1 Euro = 55 afghanis). Cette somme ne varie ni en fonction de la charge de travail, ni du mérite, ni du niveau de qualification. Pour vivre, chaque médecin, y compris les médecins militaires, a un cabinet privé, en activité en principe de 16 h à 21 h ou 22 h. Leur installation semble libre. Il existe une tarification



officielle, la consultation serait de 30 à 50 afghanis. L'activité des cabinets est inégale, mais certains praticiens déclarent près de 100 à 150 consultations par jour. Ce système est très consommateur de services médicaux ambulatoires, mais rien ne montre que cela est le fait des populations désignées comme prioritaires, ni surtout à leur bénéfice.

### **III – Le déroulement de la mission**

C'est à l'occasion de la visite en Afghanistan, en 2002 dans le cadre de l'association « Cités Unies », de M. Georges FRECHE, maire de Montpellier et Président du Conseil d'Administration du CHU, qu'a été évoquée pour la première fois avec l'Ambassade de France à Kaboul, la possibilité de développer une collaboration entre Montpellier et Hérat dans le domaine de la santé.

En septembre 2003, le Docteur Frédéric TISSOT, Chef du Projet Santé à l'Ambassade de France à Kaboul a rencontré, à Montpellier, les principaux responsables du CHU et de la Faculté de Médecine pour essayer de concrétiser cette proposition d'aide. Il a été décidé d'envoyer une mission chargée d'évaluer la situation de l'Hôpital et de l'Université d'Herat et déterminer, en collaboration avec les autorités locales, le Ministère de la santé afghan et l'Ambassade les grandes lignes d'une intervention conjointe du CHU et de la Faculté de Médecine de Montpellier.

La mission, qui s'est déroulée du 7 au 12 décembre, était constituée de :

- Mme Joséphine BIAGGI, Directeur des relations internationales du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, représentant le Directeur Général du CHU.
- M. le Professeur Jacques TOUCHON, neurologue, doyen de la faculté de médecine de Montpellier,
- M. le Docteur Charles CANDILLIER, Médecin de Santé Publique, DDASS de l'Hérault.

Dès le départ, il a été convenu que la mission devait s'informer de l'ensemble du dispositif de soins de la région d'Herat et non, seulement, de son hôpital. Par ailleurs, toute proposition devait avoir l'assentiment des instances dirigeantes locales et s'intégrer dans la politique nationale, c'est à dire avoir l'aval du Ministère de la Santé afghan. Enfin, la mission devait tenir compte des collaborations déjà établies par l'Hôpital d'Herat avec les organisations internationales (ex : UNICEF) ou les Organisations Non Gouvernementales (ONG). Avant le départ en Afghanistan, des contacts ont donc été établis avec le Dr Leroy, responsable d'HumaniTerra, ONG de la région PACA, qui intervient à l'Hôpital d'Herat. Sur place, la mission a rencontré Handicap International, Médecins du monde et le CICR.

Arrivée de France le 7 décembre à Kaboul, la mission, accompagnée du Docteur Tissot et de Monsieur Hussein Zada, interprète, a pris un avion pour Herat le lendemain matin. Elle a séjourné à Herat du 8 au 11 décembre, temps relativement court mais qui lui a permis de déterminer les quelques priorités qui permettront au CHU et à l'Université d'intervenir dans la région (Annexe I : chronologie de la mission).

L'accueil a été particulièrement chaleureux et de haut niveau. Le maire d'Herat a été le premier à venir nous saluer à l'Hôtel où la mission s'était installée. Dès le premier soir, le gouverneur de la région, M. Ismael Khan, a reçu la mission. Tous les responsables de la santé et de l'Université d'Herat étaient également présents à cette entrevue. Le discours de bienvenu a particulièrement insisté sur la place des « French doctors » - hommes et femmes - dans la guerre contre l'URSS et la reconnaissance du peuple afghan à leur égard. L'entrevue a duré une heure environ et a été déterminante sur les suites de la mission.

Un signal politique a manifestement été lancé ; les rencontres avec les responsables de la santé et de l'Université ont été particulièrement ouvertes, chacun redoublant de prévenance. Le maire d'Herat, M. Mohammad Rafik Modjaddedi, a même pris la peine de faire visiter la ville à ses hôtes durant toute une après-midi. Des repas ont été organisés alternativement par l'hôpital et les responsables de l'Université, avec discours rappelant comme un leitmotiv la reconnaissance des Afghans envers les « French doctors », hommes et femmes... Les autorités ont tout fait pour faciliter les contacts, enrichir les réunions et donner toutes explications utiles à la compréhension de la situation. Tous ces responsables sont venus à l'aéroport au moment du départ de l'avion ramenant la mission à Kaboul.

Ces nombreuses attentions et le temps consacré par les responsables locaux à l'accueil de la mission montrent que la collaboration avec le CHU et l'Université de Montpellier est prise très au sérieux et qu'elle est vivement souhaitée. Cet accueil, le dénuement que nous avons pu constater, n'ont fait que renforcer la volonté de respecter les engagements du maire de Montpellier en développant des projets de santé avec l'hôpital et la Faculté de médecine.

## **IV – La situation à Herat et dans la province**

Contrairement à Kaboul, qui a été victime d'intenses bombardements et de destructions étendues, Herat semble avoir été préservée de la guerre. La ville est réputée pour sa sécurité, elle nous est apparue plus propre que la capitale, mieux entretenue, certainement plus verdoyante. Le climat est d'ailleurs plus clément que dans la capitale, particulièrement en hivers. Herat semble avoir conservé un certain « art de vivre », l'activité est intense, moins désorganisée qu'à Kaboul. Des jardins publics sont en train d'être créés, des arbres sont plantés le long des routes, quelques monuments anciens ont été conservés et valorisés. Bref, Herat offre l'image d'une ville de province administrée et calme.

La ville possède un Hôpital Général d'environ 400 lits et un petit hôpital spécialisé en ophtalmologie d'environ une vingtaine de lits pour une population de 2,5 à 3 millions d'habitants. Les responsables locaux nous ont également parlé de deux autres petites structures, de type « Hôpital de district » de 30 et 50 lits, localisées dans la province. Le reste du dispositif est constitué de 52 dispensaires (Health post, Basic Health center et Comprehensive Health Center). Hors hôpital, il y aurait 520 travailleurs de santé.

Les services de santé, hôpitaux et dispensaires, sont sous la direction d'un Directeur Provincial de la Santé, le Dr Samim, assisté d'un adjoint, le Dr Tawakal (Deputy Director).

L'hôpital est dirigé par un médecin, le Dr Shahram. La structure administrative ne nous est pas apparue clairement, particulièrement pour l'hôpital. C'est après notre insistance et au cours du dernier repas que nous a été présenté le directeur administratif de l'hôpital. Nous n'avons pu préciser ses fonctions, probablement sans réelle autorité, il nous a semblé que le versant purement administratif était peu développé.

### **IV – 1-1 Visite de l'Hôpital Général d'Herat**

La première visite a été consacrée à l'Hôpital Général. C'est le Dr Shahram, directeur de l'hôpital, qui nous a guidés. Ce médecin a passé récemment 3 mois en France, à Marseille, à l'invitation du Dr Leroy, responsable d'HumaniTerra. Le Dr Shahram nous a parlé avec enthousiasme de ce séjour et nous signalera les changements managériaux qu'il a effectués depuis son retour.

L'hôpital, situé en centre ville, a été construit il y a 30 ans mais certains bâtiments n'ont que 18 ans et il est donc de facture plutôt moderne. Il est en bon état, vraisemblablement bien adapté à la chaleur de l'été, mais particulièrement froid et sombre pendant l'hiver. Il a été difficile à la mission d'obtenir précisément le nombre de lits, cette notion semble élastique. En période de forte affluence, des lits sont

rajoutés dans les chambres ou les couloirs, deux patients peuvent être installés dans un même lit. Au final, il s'avère que ce chiffre devrait se situer entre 400 et 500 lits.

L'hôpital n'est pas chauffé, il n'y a pas non plus d'eau chaude... Les patients hospitalisés et oisifs en sont réduits à se blottir dans leurs vêtements chauds, en s'entourant de couvertures quand ils en ont. Cette situation ne permet pas de maintenir un bon niveau d'hygiène, d'autant que les salles sont communes, 5, 10 à 20 lits en moyenne. Pour réduire la déperdition de chaleur, des plastiques sont collés aux carrefours des services, parfois, ce plastique est remplacé par une couverture, plus efficace, mais accentuant le manque de lumière. Les flaques d'eau et l'humidité sont omniprésentes sans que l'on puisse savoir si cela est dû à des robinets qui fuient ou à une intense activité de nettoyage. La première hypothèse semble la plus vraisemblable, d'autant que les flaques sont souvent à proximité des toilettes/douches, particulièrement nauséabondes.

Dans les larges couloirs, l'activité est intense... files de patients attendant la consultation, familles venant visiter les malades, patients hospitalisés, passants... Un couloir est rempli de gens... plus loin, une salle d'attente équipée de fauteuils installés tout récemment, est vide.

Les services et chambres communes sont dénués de matériel. Les lits d'hôpitaux, en général neufs (fournis par le Gouverneur de la Province), sont simplement équipés de matelas mousse dont la housse est souvent crevée. Il n'y a que très peu de draps ou de couvertures... Les familles sont très présentes, contribuant au sentiment de surpopulation. Elles semblent avoir un rôle logistique éminent permettant vraisemblablement aux patients hospitalisés de rester à l'hôpital. Les services accueillant les femmes sont isolés de ceux accueillant les hommes.

Les documents qui nous ont été remis sont contradictoires et ne seront pas analysés dans le détail (ils devront faire l'objet de plus d'attention à la prochaine mission). Il n'a pas été possible de vérifier la qualité, le nombre des personnels et le nombre de lits... Les chiffres indiqués sont de 400 lits officiels mais atteignent 500 au printemps ; 120 médecins dont 42 femmes, 250 infirmiers dont 60 femmes, 20 pharmaciens, 20 sages-femmes, 30 techniciens et 100 personnels de ménage. L'occupation serait de 100%.

L'hôpital Général de Herat est constitué de 16 départements :

- Chirurgie (orthopédie, urologie, brûlés, blocs opératoires)
- Pédiatrie
- Maternité et gynécologie
- Malnutrition
- Médecine Interne
- ORL
- Dermatologie et MST
- Maladies Infectieuses
- Tuberculose
- Stomatologie
- Laboratoires
- Echographies
- Malaria & leishmaniose
- Physiothérapie
- Pharmacie
- Banque de sang

La pédiatrie et la maternité sont installés provisoirement dans un pavillon plus ancien, construit il y a 30 ans. Ces deux services devraient migrer dans de nouveaux locaux, tout juste terminés et financés par l'intermédiaire de l'UNICEF. Certains services sont scindés en deux, un pour les hommes et un pour les femmes (Médecine interne, chirurgie...).

L'activité d'un pavillon consacré à la rééducation, est soutenue par l'équipe de « Handicap International France ». C'est à cet endroit qu'est prévu, la construction, à l'étage, d'un service pour les brûlés, projet qui se développe avec l'ONG HumaniTerra.

Le Dr Shahram nous fera d'abord visiter les « urgences »... En fait, un local polyvalent qui accueille les consultations externes et qui est doté d'un « service porte » de création récente. Nous visiterons ensuite les services réservés aux hommes. Les chambres communes ne sont pas toutes remplies, mais, d'une manière générale, le taux d'occupation semble correct, d'autant que, parfois, certains patients sont alités dans un couloir ou un recoin de l'hôpital (c'est le cas des brûlés, tous féminins). Devant les chambres, un panneau indique la spécialité, un médecin responsable a été nommé, c'est aussi une des nouveautés créées à l'occasion du retour en France du Dr Shahram. Il y a beaucoup de monde, particulièrement des blouses blanches, parmi eux, des étudiants en formation. Mais cette activité s'arrêtera, comme dans les dispensaires, en début d'après midi...

La zone opératoire est masquée par deux grosses couvertures. Le bloc est d'une pièce, trois opérations ont lieu en même temps. Les membres de la mission sont habillés de vêtements de bloc... alors qu'à l'intérieur, des personnes assises par terre (les familles ?), en tenue de ville, assistent aux opérations. L'habillement semble donc plus destiné à protéger le visiteur que le patient sur la table d'opération. Chaque opéré reçoit systématiquement des antibiotiques. Ce lieu est totalement septique, quelles que soient les précautions de l'équipe médicale, il paraît rigoureusement impossible de travailler dans de bonnes conditions.

La mission n'a évidemment pas eu le temps d'analyser la situation du bloc et la stérilisation, mais il est fortement probable que la situation est similaire à celle décrite dans un rapport récent<sup>2</sup> réalisé par les Hospices Civils de Lyon à Kaboul. Les recommandations simples faites dans ce rapport pourront être utiles à l'Hôpital d'Herat.

Une salle minuscule et précautionneusement fermée à clef abrite la pharmacie. Les quelques placards renferment un stock très limité de médicaments... Ils sont destinés aux indigents sans qu'une définition précise en soit donnée... La manière dont le « pharmacien » se cache dans son local en dit long sur l'accessibilité de ces médicaments aux patients.

Un couloir abrite le laboratoire. Contrairement aux autres ailes où l'activité bruisse, les locaux du laboratoire sont presque vides, pauvrement meublés, peu dotés en matériel dont une partie est probablement inutilisable faute de réactifs et autres consommables. Il y a là visiblement des espaces mal utilisés alors qu'à d'autres endroits, des patients sont logés dans des conditions précaires (la mission pense en particulier au service des brûlés).

A l'extérieur et pendant notre visite, les files d'attentes se sont allongées, quelques patients ayant été vus en consultation viennent au devant de nous pour que nous les aidions à acheter les médicaments prescrits... Une des ordonnances concerne un traitement pour l'épilepsie... Mais le médecin a prescrit de la Dépakine, beaucoup plus chère que le phénobarbital, ce qui est regrettable quand on songe à l'insolvabilité de la plupart des patients.

La santé est théoriquement gratuite, mais, selon le Dr Shahram, la dotation hospitalière du trimestre est généralement consommée en 15 jours. Cette situation ne permet pas à l'hôpital de remplir ses missions. Une grande partie de l'activité de soins repose donc sur la possibilité des patients de se fournir au bazar.

---

<sup>2</sup> « *Audit des blocs opératoires et de la stérilisation de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul* » par Rolande Chalamel. Hospices Civils de Lyon. Novembre 2003. ([rolande.chalamel@chu-lyon.fr](mailto:rolande.chalamel@chu-lyon.fr)) Rapport disponible à l'Ambassade de France à Kaboul.

#### **IV -1-2 Réunion de bilan**

A la suite de cette visite une réunion de bilan s'est tenue à l'hôpital en présence du directeur de l'hôpital, du directeur de santé de la Province et du Doyen de la Faculté de Médecine de Hérat.

Le Dr Samim présente globalement l'hôpital d'Hérat.

Il constate quelques progrès sur les moyens dont il dispose mais qui demeurent très insuffisants notamment sur les équipements et les consommables.

Les laboratoires sont très démunis et l'Unité de la Banque de Sang est loin. Il note des difficultés importantes dans le service des brûlés (700 admissions par an). Il a visité des hôpitaux étrangers et estime que l'hôpital d'Hérat n'a pas 5% des capacités des hôpitaux de pays voisins. Alors que cet hôpital dessert quatre provinces : Herat, Ghor, Badghiiss et Fara.

Il estime aussi que ses capacités en lits sont insuffisantes. Il manquerait selon lui une centaine de lits. Il n'y a pas de système de lutte contre les infections nosocomiales. Un projet de formation est en cours sur cet aspect mais il ne concerne que la gynéco-obstétrique.

Le Dr Shahram souligne qu'il s'agit là d'un très important problème. Il demande pour sa part des formations dans le domaine de la stérilisation Il n'existe pas ou peu de formation permanente des médecins. Les stages d'étudiants dans les services de soins ne sont pas organisés à l'avance.

Le seul partenaire étranger de l'hôpital d'Hérat est l'UNICEF et ponctuellement MSF pour la formation.

Il existe l'équivalent d'une Commission Médicale Consultative. Il existe aussi un système d'information (cahiers d'enregistrements, statistiques, archives) mais manifestement rudimentaire. Un médecin est responsable de la tenue des statistiques.

Le pouvoir disciplinaire appartient au Gouverneur de la Province. Il est saisi par le directeur de l'hôpital via le Directeur de la Santé de la Province.

Dans un premier temps, la demande d'aide exprimée par le Directeur Adjoint de la Province a porté sur les domaines suivants :

- chirurgie cardiaque
- cardio-pneumologie
- neurochirurgie

Mais il y a aussi de très importants besoins dans d'autres domaines. Le Pr Touchon souligne qu'en matière de chirurgie cardio-vasculaire il convient d'être extrêmement prudent car il s'agit d'une activité particulièrement onéreuse ; même dans les pays occidentaux cette activité est soumise à contrôle et à restrictions en raison de ses coûts. Il ne lui paraît pas que cela doive être une priorité pour l'hôpital d'Hérat compte tenu de sa situation et des besoins de santé.

Le directeur de l'hôpital admet que la chirurgie cardiaque n'est pas une priorité immédiate. En revanche la neurochirurgie apparaît l'être. L'aide de Montpellier pourrait notamment s'exercer dans un premier temps dans cette discipline.

Le docteur Shahram souhaiterait également, en tant que directeur pouvoir être accueilli en stage de formation à la gestion au CHU de Montpellier

#### **IV – 2 Visite de l'Hôpital Ophtalmologique :**

Ce petit hôpital est situé sur la route de l'aéroport, à la sortie de Herat. Il est soutenu, humainement et financièrement, depuis plus de 20 ans, par une ONG américaine (International Assistance Mission).

En dehors des salles de consultations ophtalmologiques, bien équipées, il est constitué de deux salles communes (une pour les hommes et une pour les femmes) d'une dizaine de lits chacune. Ces salles sont chauffées, les patients présents sont, pour la plupart, les opérés de la veille. Les dossiers des patients sont gardés dans un bureau. L'ensemble nous a paru tout à fait bien administré.

#### **IV – 3 Visite d'un « Comprehensive Health Center »:**

La mission a dû insister pour visiter un « Health Center ». Les responsables santé considèrent que le problème majeur de la province se situe à l'hôpital et non dans les dispensaires. Il existe, en effet, un programme national de réhabilitation et de construction de « Health Centers » qui devrait doter l'Afghanistan des structures de base permettant de développer les Soins de Santé Primaire. Le souhait de la mission n'était évidemment pas de s'impliquer dans un projet centré sur les dispensaires, mais de comprendre les liens qu'entretiennent ces structures avec l'hôpital. En effet, un dispositif de soins doit comporter des structures de proximité légères, pour les soins simples, et un lieu de référence, l'hôpital, qui permette des soins plus complexes. L'expérience démontre qu'un système de soins ne survit pas s'il manque une des deux composantes ou s'il n'existe pas de liens formalisés entre ces deux composantes. Un projet hospitalier ne peut donc pas se faire sans un travail en lien avec les autres structures de santé, en amont et en aval..

Mais cette visite rapide a apporté plus de confusion que d'éclaircissement. Peut-être pour nous convaincre de la justesse de leur point de vue, les responsables afghans ont choisi un dispensaire « modèle », bien pourvu en matériels et en personnels. L'effet recherché n'a pas forcément été atteint. La mission est arrivée dans le « Comprehensive Health Center » en fin de matinée... Le calme et l'inactivité régnaient, les patients ayant été vus et étant rentrés chez eux. La mission a donc pu visiter les locaux (salles de consultations, labo, pharmacie, cabinet dentaire), plutôt spacieux et agréables, et rencontrer les personnels (dont une femme médecin gynécologue). La mission s'est interrogée, avec les personnels présents, sur la manifeste sous activité de ce dispensaire, pourtant excellemment doté.

L'impression retirée est donc plutôt mitigée : beaucoup de personnels, en fait peu disponibles car ne travaillant que quelques heures par jour, pour peu de patients, des structures verticalisées entraînant de manifestes gaspillages (labo, programme tuberculose, lutte contre les parasitoses...).

### **V – La situation de l'Université**

#### **V-1 Descriptif**

La faculté de Médecine d'Herat a été créée en 1990 par le Gouvernement de Najibullah sur la base de certaines considérations :

- éloignement par rapport à Kaboul
- importance de la population concernée ( trois millions d'habitants dans les six provinces environnantes)
- très forte demande locale

Les cours ont débuté avec seulement quatre enseignants dont deux venant de l'Université de Kaboul. A son ouverture la Faculté d'Herat comptait 40 étudiants dont aucune femme.

Par la suite le nombre d'enseignants s'est accru pour atteindre à ce jour une quarantaine dont deux femmes. Les effectifs étudiants quant à eux sont de 500 dont un cinquième de femmes (un tiers pour l'année de PCB).

Au total la Faculté d'Herat a diplômé à ce jour environ 150 médecins

Durant les cinq années du régime Taliban les femmes n'étaient pas autorisées à poursuivre des études, d'où de très importantes lacunes constatées pour ce qui les concerne. Depuis l'établissement du Gouvernement transitoire en décembre 2001, les femmes ont été de nouveau autorisées à mener des études. Leur nombre progresse régulièrement au sein de la faculté de Médecine d'Herat.

Le cursus des études est identique à celui de l'Université de Kaboul. Il dure 7 ans dont une année préparatoire de PCB. L'année universitaire court de mars à mars. Elle est organisée en deux semestres avec un examen en août.

Le système de sélection des étudiants est basé sur le système anglo-saxon : un concours national d'entrée dont l'ordre détermine si l'étudiant peut poursuivre des études médicales et dans quelle faculté du pays selon son ordre de classement

Les examens durant les études comprennent des TD et des écrits. Il existe une deuxième session de rattrapage pour les étudiants qui n'ont pas la moyenne dans deux matières au plus. Sinon l'étudiant redouble. Le triplement n'est pas autorisé.

Le recrutement des enseignants se fait de la façon suivante :

- il doit ne jamais avoir redoublé durant ses études
- il doit avoir obtenu au moins 85% de notes supérieures à la moyenne
- il doit donner une conférence devant d'autres enseignants de la faculté et réussir un examen de passage.

Si tout se passe bien, le postulant est admis à faire partie du corps enseignant.

Tous les enseignants exercent également à l'hôpital d'Herat. Ils ont l'obligation d'écrire des livres et de donner des conférences. Les chefs de départements universitaires sont élus tous les deux ans.

A la fin de l'année 2003 la Faculté de Médecine a déménagé dans de nouveaux bâtiments et a été dotée de nouveaux équipements pour établir des laboratoires de sciences fondamentales. Malgré cela, les locaux sont insuffisants aux dires des responsables. Il est à noter qu'un terrain de 22 hectares a été donné à la Faculté de Médecine en périphérie d'Herat pour se réinstaller dans des conditions plus appropriées. La Faculté espère l'aide du Gouvernement afghan et des ONG pour financer les bâtiments.

L'Enseignement est organisé en 22 Départements ( cf. liste en annexe). La Bibliothèque comporte environ 3000 ouvrages médicaux.

## **V-2 Les besoins**

Plusieurs réunions ont eu lieu avec les représentants de l'Université et de la faculté de Médecine durant la mission (voir liste des personnes rencontrées). La plus importante sur le plan de la mission s'est tenue à l'université en présence du Doyen, du vice-doyen, et de tous les responsables de départements universitaires de la Faculté de Médecine d'Herat.

Les entretiens ont mis en exergue les points suivants :

### **V-2-1 Formation des enseignants**

Une carence dans la formation des enseignants particulièrement dans les domaines suivants : Anatomie, Histologie, Anatomopathologie, Anesthésie, Microbiologie, Pharmacologie.

Le Doyen d'Herat souhaiterait que des enseignants de Montpellier puissent venir à Herat durant 15 à 20 jours dans toutes les disciplines ou cela serait possible, pour enseigner la pédagogie moderne aux enseignants et donner en même temps des cours aux étudiants.

Il souhaiterait aussi que des enseignants d'Herat soient accueillis à Montpellier pour des formations de courte durée (environ 6 mois) pour les plus anciens ou longue durée (2 ou 3 ans) pour les plus jeunes avec obtention d'un diplôme officiel.

En première priorité en Histopathologie et en deuxième priorité en Anesthésie et Médecine prophylactique.

Pour les cadres de l'administration hospitalière des stages d'une quinzaine de jours conviendraient.

Il rappelle que la faculté d'Herat – fondée en 1990 - est une toute jeune faculté avec très peu de moyens et que l'aide de Montpellier – fondée en 1280... - est essentielle pour atteindre un niveau standard. Actuellement la Faculté d'Herat n'est liée par aucune convention à une autre université étrangère.

Le Docteur Tissot indique que les curriculum à Kaboul et dans les quatre autres universités du pays vont être mise en place lors d'un workshop commun dans les prochains mois.

Par ailleurs il est prévu également un workshop avec les Allemands sur le cursus des départements d'enseignement. Les résultats devraient être connus ce mois-ci.

Le Docteur Tissot demande impérativement - que dès que cela sera possible – qu'il faudra tendre à une parité hommes/femmes dans la participation aux formations délivrées à Montpellier. Le doyen d'Herat fait observer que pour le moment cela n'est pas possible car il n'y a que deux femmes sur le total des enseignants. Mais il donne son accord de principe sur ce point.

Il est convenu que la désignation des enseignants qui partiront en formation à Montpellier se fera de manière commune entre Montpellier, Herat, l'Ambassade et le Ministère de la Santé afghan.

### **V-2-2 La bibliothèque médicale**

il est constaté une insuffisance de la documentation médicale et des livres trop anciens. Aucune ONG n'a apporté d'aide dans ce domaine. Certains ouvrages ont été acquis avec l'aide du gouvernorat de la Province mais ceci est insuffisant. Il faudrait une revue scientifique en langue anglaise par discipline et un approvisionnement régulier.

Il serait souhaitable qu'une commission scientifique les aide à se réapprovisionner.

### **V-2-3 Le matériel pédagogique**

La faculté dispose seulement d'un rétroprojecteur et d'un projecteur de diapositives. Elle aurait besoin impérativement d'un vidéo-projecteur.

Le Docteur Tissot indique que la France offre à la Faculté d'Herat un micro plus trois connexions Internet, un vidéo-projecteur plus le paiement pendant un certain temps de la connexion internet.



#### **V-2-4 L'enseignement des langues.**

A la question posée de savoir si l'anglais est enseigné à la Faculté d'Herat la réponse est positive.

A la question posée de savoir si l'enseignement du français serait utile la réponse du Doyen est également positive.

La mission de Montpellier insiste d'ailleurs sur la nécessité absolue de parler français pour les médecins qui viendront en formation à Montpellier notamment pour les stages éventuels en qualité de faisant fonction d'internes inscrits en AFS/AFSA à la faculté de Médecine de Montpellier.

Le Docteur Tissot indique qu'un professeur de français pourrait venir enseigner à Herat. Il va voir cela.

#### **V-2-5 La formation médicale continue.**

En ce qui concerne la formation médicale continue il apparaît une importante carence dans ce domaine. Tous les départements organisent des conférences auxquelles participent s'ils le souhaitent les médecins de la Province mais il ne s'agit pas d'une organisation de formation médicale continue à proprement parler.

Le Doyen d'Herat est très intéressé par la suggestion que les enseignants français qui viendraient à Herat puissent en même temps faire de la formation médicale continue à d'autres médecins de la Province.

#### **V-2-6 Les stages d'étudiants français**

Le Doyen Touchon propose également que des étudiants de quatrième année de Montpellier puissent réaliser leur stage d'été à Herat sous réserve qu'une convention soit signée entre les deux facultés.

Le Doyen d'Herat donne également son accord sur ce point.

## **VI – CONCLUSIONS**

### **VI-1 Partie hospitalière**

Même court, le séjour a permis à la mission de dresser, avec les autorités de la province et en accord avec le Ministère de la Santé, les grandes lignes de la future collaboration entre les deux hôpitaux.

Contrairement à Kaboul, où la situation sanitaire et politique est extrêmement complexe, Herat garde une grande homogénéité politique, son système de santé est basé sur un unique hôpital, de fait seule référence pour les dispensaires aux alentours. De plus, la province a la réputation d'être bien administrée, laissant augurer une grande stabilité aux projets mis en place. Enfin, et c'est loin d'être négligeable en Afghanistan, il n'y a pas de problème de sécurité pour les équipes expatriées travaillant dans la ville et ses alentours.

Les diverses rencontres ont permis de constater le fort engagement des autorités dans le développement du système de santé. Il n'y a également aucun doute sur la bonne volonté des responsables de santé, bien que la mission ait perçu des tensions entre, particulièrement, le Directeur Adjoint de la Région Santé et le Directeur de l'Hôpital d'Herat. Sans les exagérer, il faudra que les prochains intervenants prennent garde à ces tensions pour ne pas les accroître.

Les principaux enseignements qu'a tirés la mission de ce voyage peuvent être résumés ainsi :

1 - Il y a manifestement, à l'hôpital, un potentiel sous exploité, les locaux sont corrects, il y a des personnels formés...Il manque parfois le petit coup de pouce organisationnel pour potentialiser les ressources. Sans nier les freins structurels à une meilleure organisation (faut-il rappeler les salaires extrêmement bas et l'absence de gestion des ressources humaines ?), des gains de productivité peuvent être faits en améliorant le **management**. Les responsables santé

et le Directeur de l'hôpital en sont convaincus. Une mission peut apporter une plus value certaine en faisant un audit de l'organisation hospitalière.

2 - Comme dans le reste de l'Afghanistan, les questions **d'hygiène** sont majeures, on n'imagine pas des progrès substantiels des prises en charge sans, d'une manière ou d'une autre, intervenir sur cette question. La mission considère d'ailleurs que la question de l'hygiène est étroitement liée aux questions de management. L'hygiène peut être un point d'entrée à l'abord pratique des problèmes organisationnels : l'hygiène concerne tous les services et tous les personnels, elle permet d'aborder les réformes de structures permettant d'améliorer les performances de l'Hôpital<sup>56</sup> (on peut penser, par exemple, à la nécessité d'un approvisionnement suffisant en eau, y compris de l'eau chaude, et au chauffage des services où sont hospitalisés les patients).

3 - Il paraît nécessaire d'augmenter les capacités de diagnostic de l'Hôpital. C'est également une demande pressante des autorités de développer une collaboration pour améliorer le fonctionnement du laboratoire (matériels, produits consommables, formations...). Le CHU devra donc, en ayant toujours en perspective de s'adapter aux conditions difficiles du terrain, étudier avec attention les possibilités d'équiper le laboratoire.

4 - Les autorités ont demandé la mise en place d'une « banque de sang ». Un contrat existe entre l'Etablissement Français du sang et le Ministère de la Santé Afghan à ce sujet. Il suffira donc d'étendre à Herat ce qui se fait déjà à Kaboul.

5 - Face aux demandes de structurer des services de pointe, la mission propose également de travailler au développement de la neurochirurgie. Avec peu de moyens et des techniques relativement simples, des progrès substantiels peuvent être accomplis.

## **VI-2 Partie Universitaire**

Cette réunion de bilan très bien préparée par la partie afghane nous a semblé avoir fait ressortir les axes prioritaires de coopération tels qu'ils apparaissent ci-dessus.

La volonté de coopération des responsables administratifs de la faculté d'Herat est très grande. Les objectifs assignés semblent assez réalistes sous réserve d'une définition des « super-priorités » et d'un effort d'apprentissage de la langue française pour les médecins amenés à réaliser des stages en France. Cela devra être validé avec l'Ambassade de France et le Ministère de l'Education à Kaboul.

---

<sup>5</sup> Lire en particulier le « rapport de la mission hygiène hospitalière. Hôpital Ali Abad Kaboul ». de Dominique PAJOT, infirmière hygiéniste. Novembre 2003. Hôpitaux de Lyon.

<sup>6</sup> Lire également « l'audit des blocs opératoires et de la stérilisation de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul » de Rolande Chalamel, infirmière spécialiste de bloc opératoire et stérilisation. Novembre 2003. Hôpitaux de Lyon.

### VI-3 Propositions d'action

En accord avec le Docteur Frédéric Tissot, il peut être envisagé de travailler selon les axes suivants :

#### 1 – Au niveau hospitalier

- management hospitalier,
- hygiène hospitalière,
- appui aux « laboratoires »,
- mise en place et équipement d'une banque de sang, cohérente avec ce qui se développe avec l'Etablissement Français du Sang,
- développement de la neurochirurgie de base, en coordination et partenariat avec ce que font les HCL à Kaboul.

#### 2 – Au niveau universitaire

- appui à la formation des étudiants, des formateurs dans les disciplines suivantes : anatomie, histologie, micro-biologie, pharmacologie, anatomo-pathologie et anesthésie,
- mise en place d'un laboratoire de base en anatomo-pathologie,
- fourniture d'ouvrages et abonnements à des revues scientifiques,
- soutien en matériel audio-visuel,
- enseignement de la langue française, indispensable et souhaitée.

-----

**Rapport de mission validé le 21 février 2004  
par l'Ambassade de France à Kaboul  
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



*Frédéric Tissot*

# Chronologie de la mission

## Samedi 6 décembre :

- Vol Montpellier-Paris-Kaboul via Dubai

## Dimanche 7 décembre :

- 13H Arrivée à Kaboul. Accueil à l'aéroport par le Dr Frédéric Tissot ; passage à l'Ambassade de France ; transfert à l'hôtel Karwan Sara

## Lundi 8 décembre :

- 6H30 départ pour l'aéroport ; vol pour Herat accompagnés du Dr Tissot et d'un médecin interprète.
- 10H00 arrivée à Herat ; Transfert à l'hôtel Marco Polo où nous attend le Dr SHAHRAM, directeur de l'hôpital.
- 11H00 réunion de présentation sur place avec le maire d'Herat et son adjoint, le doyen de la Faculté de Médecine et ses adjoints, le directeur de l'hôpital
- 15H30 réunion à l'Université avec le Recteur et des responsables de l'Université, le Doyen et des adjoints, le directeur de la Santé de la Province, le directeur de l'hôpital
- 21H00 accueil par Ismael KHAN, gouverneur de la Province avec les mêmes représentants de la faculté, de la région santé et de l'hôpital

## Mardi 9 décembre :

- 9H00 réunion de présentation de l'hôpital, à l'hôpital d'Herat, avec le directeur de la Santé et le directeur de l'hôpital
- 10H visite de l'hôpital (services cliniques, urgences, pharmacie, blocs opératoires ; radiologie et laboratoires)
- 15H00 réunion à l'hôpital avec le directeur de l'hôpital, le doyen, le directeur de la Santé et des adjoints pour définir les besoins hospitaliers.
- 19H accueil par les personnels de Handicap International en présence d'autres ONG ( CICR, Médecins du Monde)

**Mercredi 10 décembre :**

- 8H30 visite de la Maternité de l'Hopital, puis du Centre d'Ophthalmologie et du Centre Ambulatoire.
- 12H00 déjeuner en présence du Maire d'Herat, avec les représentants de la Direction de la Santé, de l'Hopital, de la Faculté de Médecine
- 14H00 visite de la ville d'Herat en compagnie du Maire
- 19H 00 dîner de départ offert par l'Université avec tous les responsables en présence du Maire d'Herat

**Jeudi 11 décembre :**

- 10H00 départ pour l'aéroport. Vol pour Kaboul ; attente en compagnie de tous les responsables précités et du Maire d'Herat
- 15H00 arrivée à Kaboul ; rendez-vous au Ministère de la Santé avec le Directeur de l'hospitalisation pour un compte-rendu de mission ; passage à l'Ambassade ; rencontre avec l'Ambassadeur ; transfert à l'hôtel.

**Vendredi 12 décembre :**

- Journée libre ; visite de Kaboul ; rencontre avec des français en mission : le Dr Nasr de Montpellier chargé de la mise en place de la Banque de Sang en Afghanistan ; le Professeur AGOSTINI Chef de service de radiologie à l'AP de Marseille et un cadre de radiologie de son service; le Général Dumergier, chirurgien intervenant à titre bénévole dans les hôpitaux de Kaboul.

**Samedi 13 décembre :**

- Vol pour Paris – Montpellier via Dubaï

**Dimanche 14 décembre :**

- Arrivée à Montpellier

**Total Number of student consists male and female of Herat medical faculty  
In 2003 at first semester**

Donné au Dr Tissot par le Pr G.N ARAM le dimanche 2 novembre 2003

<b>Classis</b>	<b>No. of student</b>		<b>Total</b>
	<b>male</b>	<b>female</b>	
<b>Class P.C.B</b>	40	22	<b>62</b> soit 35,4 % de female
<b>// First</b>	76	21	<b>97</b> soit 21,6 % de female
<b>// second</b>	67	14	<b>81</b> soit 17,2 % de female
<b>// third</b>	70	18	<b>88</b> soit 20,4 % de female
<b>// fourth</b>	60	9	<b>69</b> soit 13,0 % de female
<b>// Fifth</b>	47	10	<b>57</b> soit 17,5 % de female
<b>Stager</b>	47	0	<b>47</b> soit 0 % de female
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>94</b>	<b>501</b> soit 18,7 % de female

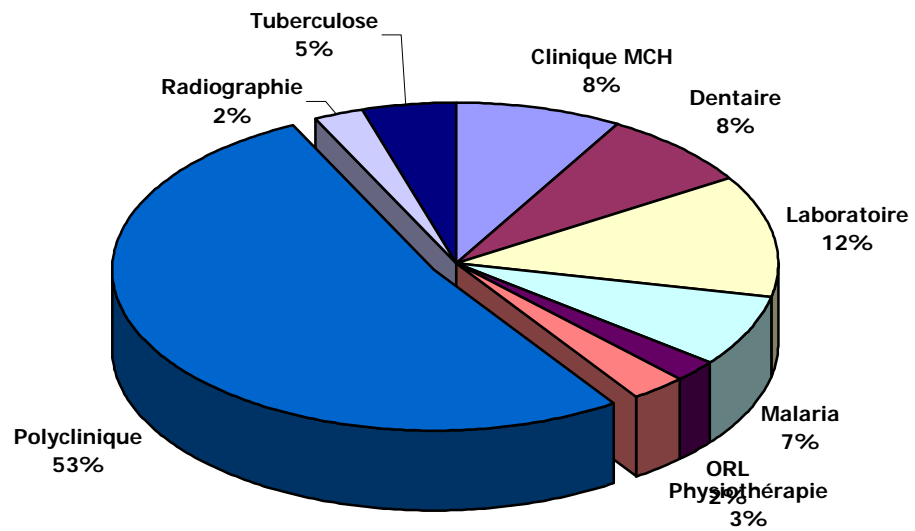
### P.C.B. CIASS

First semester			
Subject	Practical Hours in week	Theoretical Hours in week	Total
Physic	4	4	8
Non organic Chemistry	6	4	10
Biology	4	4	8
English	4	2	6
Islamic subject	4		4
Total	22	14	36

### P.C.B. CIASS

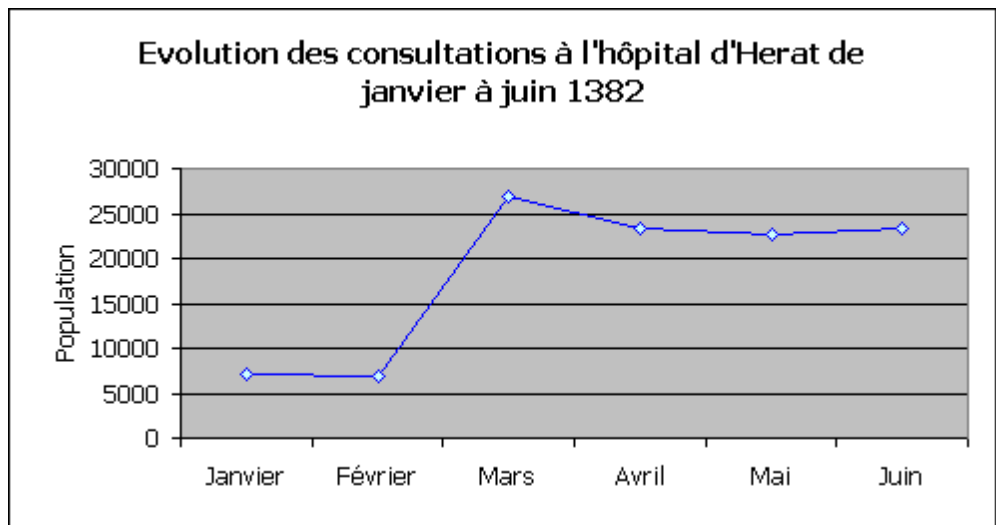
Second semester			
Subject	Practical Hours in week	Theoretical Hours in week	Total
Physic	4	4	8
Non organic Chemistry	4	4	8
Bilogy	4	4	8
English	2	2	4
Static	4		4
Islamic subject	4		4
Total	22	14	36

### Services consultés par l'ensemble de la population

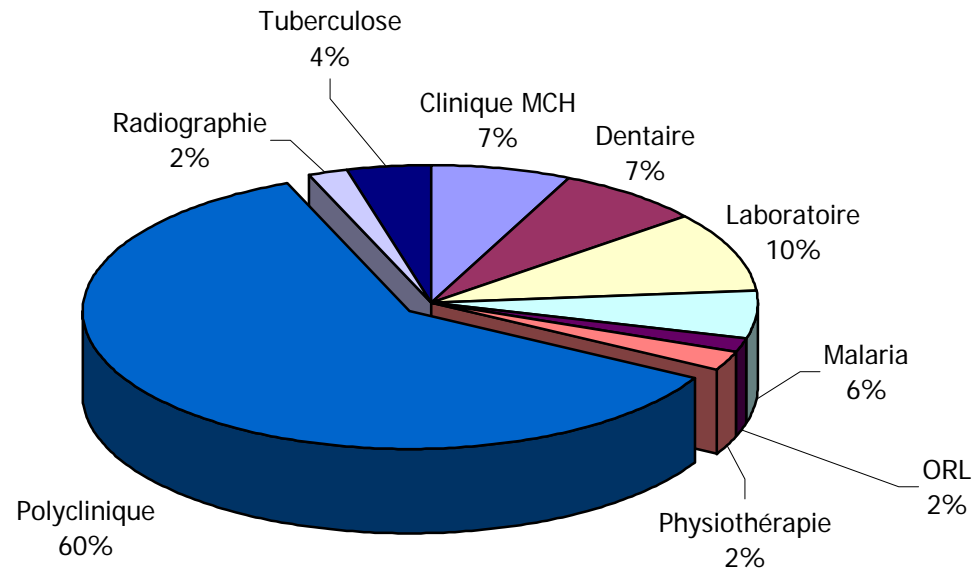




FREQUENCES	MOIS						Total
SERVICES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	
Clinique MCH	1%	1%	1%	1%	1%	2%	<b>8%</b>
Dentaire	0%	1%	2%	2%	1%	1%	<b>8%</b>
Laboratoire	2%	2%	3%	2%	2%	2%	<b>12%</b>
Malaria	1%	1%	1%	1%	1%	1%	<b>7%</b>
ORL	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
Physiothérapie	0%	0%	0%	0%	1%	1%	<b>3%</b>
Polyclinique	0%	0%	16%	13%	11%	12%	<b>52%</b>
Radiographie	1%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
Tuberculose	0%	0%	0%	1%	2%	1%	<b>5%</b>
<b>Total</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>24%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>100%</b>



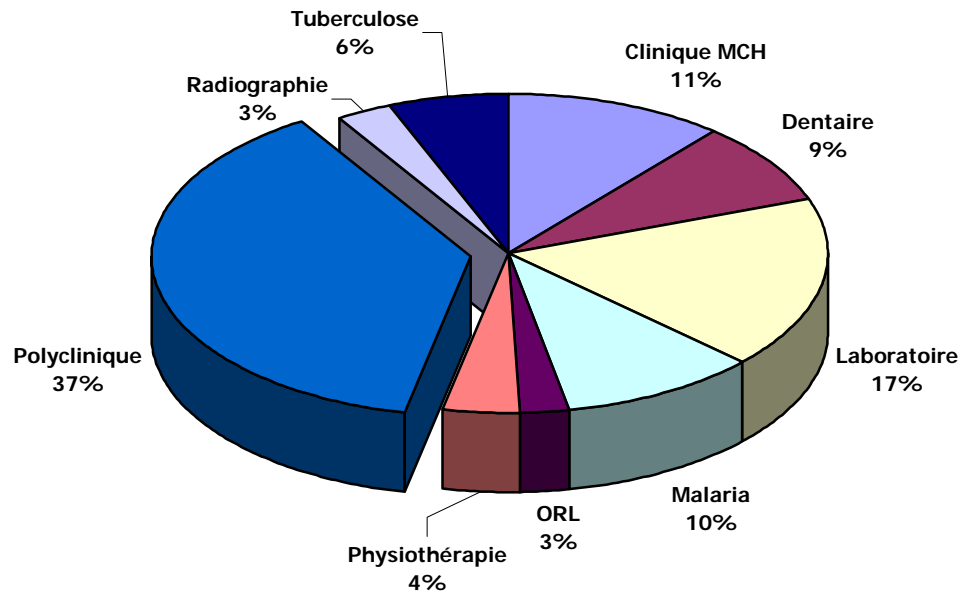
### Services consultés par les femmes



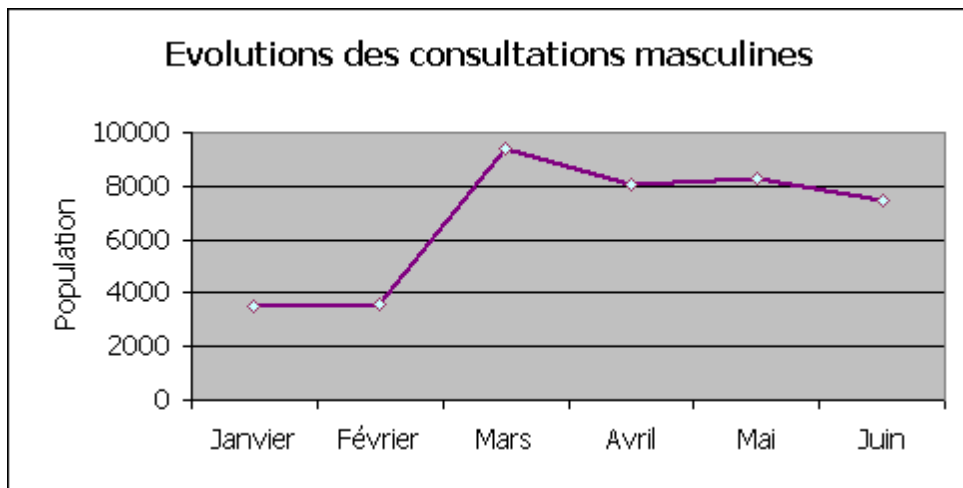
Consult femmes	MOIS						
SERVICES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
Clinique MCH	867	622	672	622	674	1416	<b>4873</b>
Dentaire	152	382	1574	1486	649	691	<b>4934</b>
Laboratoire	1084	1146	1339	969	1073	1052	<b>6663</b>
Malaria	465	556	675	779	694	715	<b>3884</b>
ORL	166	166	187	180	240	282	<b>1221</b>
Physiothérapie	119	163	152	322	365	312	<b>1433</b>
Polyclinique			12459	10366	9244	10590	<b>42659</b>
Radiographie	402	176	200	188	178	184	<b>1328</b>
Tuberculose	292	171	155	399	1381	484	<b>2882</b>
<b>Total</b>	<b>3547</b>	<b>3382</b>	<b>17413</b>	<b>15311</b>	<b>14498</b>	<b>15726</b>	<b>69877</b>

FREQUENCES	MOIS						
SERVICES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
Clinique MCH	1%	1%	1%	1%	1%	2%	<b>7%</b>
Dentaire	0%	1%	2%	2%	1%	1%	<b>7%</b>
Laboratoire	2%	2%	2%	1%	2%	2%	<b>10%</b>
Malaria	1%	1%	1%	1%	1%	1%	<b>6%</b>
ORL	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
Physiothérapie	0%	0%	0%	0%	1%	0%	<b>2%</b>
Polyclinique	0%	0%	18%	15%	13%	15%	<b>61%</b>
Radiographie	1%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
Tuberculose	0%	0%	0%	1%	2%	1%	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>	<b>21%</b>	<b>23%</b>	<b>100%</b>

### Services consultés par les hommes



FREQUENCES	MOIS						
SERVICES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
Clinique MCH	2%	2%	2%	1%	1%	3%	<b>11%</b>
Dentaire	0%	1%	2%	2%	2%	2%	<b>9%</b>
Laboratoire	4%	3%	4%	3%	2%	2%	<b>17%</b>
Malaria	1%	2%	2%	2%	2%	1%	<b>10%</b>
ORL	0%	0%	0%	0%	1%	0%	<b>3%</b>
Physiothérapie	0%	0%	0%	1%	1%	1%	<b>4%</b>
Polyclinique	0%	0%	12%	10%	8%	7%	<b>38%</b>
Radiographie	1%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>3%</b>
Tuberculose	0%	1%	0%	1%	3%	1%	<b>6%</b>
<b>Total</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>23%</b>	<b>20%</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>	<b>100%</b>



SERVICES	MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Dentaire	Janvier	166	152	318
Dentaire	Février	300	382	682
Dentaire	Mars	646	1574	2220
Dentaire	Avril	875	1486	2361
Dentaire	Mai	735	649	1384
Dentaire	Juin	721	691	1412
Malaria	Janvier	474	465	939
Malaria	Février	658	556	1214
Malaria	Mars	930	675	1605
Malaria	Avril	610	779	1389
Malaria	Mai	776	694	1470
Malaria	Juin	562	715	1277
Laboratoire	Janvier	1414	1084	2498
Laboratoire	Février	1169	1146	2315
Laboratoire	Mars	1594	1339	2933
Laboratoire	Avril	1216	969	2185
Laboratoire	Mai	777	1073	1850
Laboratoire	Juin	851	1052	1903
Tuberculose	Janvier	100	292	392
Tuberculose	Février	334	171	505
Tuberculose	Mars	93	155	248
Tuberculose	Avril	249	399	648
Tuberculose	Mai	1267	1381	2648
Tuberculose	Juin	374	484	858
Physiothérapie	Janvier	133	119	252
Physiothérapie	Février	180	163	343
Physiothérapie	Mars	145	152	297
Physiothérapie	Avril	219	322	541
Physiothérapie	Mai	501	365	866
Physiothérapie	Juin	448	312	760
Radiographie	Janvier	317	402	719
Radiographie	Février	129	176	305
Radiographie	Mars	189	200	389
Radiographie	Avril	201	188	389
Radiographie	Mai	186	178	364
Radiographie	Juin	187	184	371
Clinique MCH	Janvier	717	867	1584
Clinique MCH	Février	678	622	1300
Clinique MCH	Mars	620	672	1292
Clinique MCH	Avril	571	622	1193
Clinique MCH	Mai	543	674	1217
Clinique MCH	Juin	1294	1416	2710
ORL	Janvier	153	166	319
ORL	Février	158	166	324
ORL	Mars	193	187	380
ORL	Avril	143	180	323
ORL	Mai	211	240	451
ORL	Juin	163	282	445
Polyclinique	Mars	4992	12459	17451
Polyclinique	Avril	3962	10366	14328
Polyclinique	Mai	3270	9244	12514
Polyclinique	Juin	2899	10590	13489

**Toutes ces dernières données ont été fournies  
par la Direction de l'hôpital de Herat à la  
mission de Montpellier en Décembre 2003**