

SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER EN AFGHANISTAN



Enjeux et Perspective
[2003 - 2006]

MISSION FRANÇAISE D'EXPERTISE :
KABOUL, KHANDAHAR, MAZAR E CHARIF,
CHARIKAR, HERAT, DJALALABAD.
[MAI, JUIN, JUILLET 2003]

MINISTRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES - RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTRE DE LA SANTÉ - RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER EN AFGHANISTAN



Enjeux et Perspective
[2003 - 2006]

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



LES EXPERTS SOUHAITENT REMERCIER :

- MADAME LA MINISTRE DE LA SANTE ;
- MONSIEUR LE VICE MINISTRE DE LA SANTE ;
- LES DIRECTEURS REGIONAUX ET PROVINCIAUX DE KABOUL, KHANDAHAR, MAZAR E CHARIF, CHARIKAR, HERAT ET DJALALABAD ;
- LES DIRECTEURS ET L'ENSEMBLE DES EQUIPES DE SOINS DES ETABLISSEMENTS VISITES ;
- LES RESPONSABLES DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET DE MSH ;
- LES REPRESENTANTS DES USA, DE L'OMS, DE L'UNION EUROPEENNE, DU JAPON, DE LA BANQUE MONDIALE ET DE L'UNICEF.

[c o n t a c t s]

CSASZAR GOUTCHKOFF

=> michel.csaszar.goutchkoff@sante.gouv.fr

MATHONNAT JACKY

=> j.mathonnat@u.clermont1.fr

PAGE MAURICE

=> pgbm74.mp@wanadoo.fr

THEPOT PIERRE

=> pthepot@ch-vierzon.fr



SYSTEME DE REFERENCE
HOSPITALIER EN AFGHANISTAN,

ENJEUX ET PERSPECTIVE
[2003 – 2006]

SOMMAIRE

RESUMES.....	1
INTRODUCTION	10
1 >> CONTEXTE ET TERME DE REFERENCE.....	11
1.1 >> UNE RECONSTRUCTION DU SYSTEME DE SANTE AMBITIEUSE.....	11
1.2 >> UN SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER ET DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES TRES DEVELOPPES EN VOLUME	12
1.3 >> LA MISSION : COMPOSITION ET METHODE.....	12
1.4 >> METHODE ET ORIENTATION.....	13
2 >> LA SANTE EN AFGHANISTAN	15
2.1 >> DONNEES GENERALES	15
2.2 >> ORGANISATION GENERALE ET MOYENS.....	16
OBSERVATION ET ANALYSE DU SYSTEME DE REFERENCE....	18
1 >> ORGANISATION GENERALE ET PRIORITE DE SANTE.....	19
1.1 >> LES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE	19
1.2 >> CLASSIFICATION DES SERVICES DU "BPHS" - LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE	20
1.2.1 - Poste de santé – Health post (HP)	20
1.2.2 - Centre de santé de base – Basic Health Center (BHC)	20
1.2.3 - Comprehensive Health Center	20
1.2.4 - Hôpital de district et premier niveau de référence – District Health Hospital.....	21
2 >> KABOUL.....	22
2.1 >> UNE CONCENTRATION D'ETABLISSEMENTS A KABOUL	22
2.1.1 - Une concentration dans le centre de la ville.....	23
2.1.2 - Une concentration des plateaux techniques, ancienne et croissante.....	23
2.2 >> L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS N'EST PAS AU SERVICE DU BPHS	24
2.2.1 - Une organisation inter hospitalière et sanitaire fermée, sans liens extérieurs	24
2.2.2 - Des modalités d'accueil inadaptées	24
2.2.3 - Un accueil des urgences vitales et obstétricales inexistant mais possible	25
2.2.4 - Concurrence et émiettement.....	26
2.3 >> LE SECTEUR PRIVE A KABOUL EST IMPORTANT ET CROISSANT, AMBULATOIRE ET BIENTOT HOSPITALIER	27
2.3.1 - Ambulatoire	27
2.3.2 - Le système d'hospitalisation privé.....	28
2.4 >> UN DESEQUILIBRE DES PERSONNELS DANS LES HOPITAUX DE KABOUL, QUALITATIF ET QUANTITATIF	29
2.5 >> LE PERSONNEL SOIGNANT ET LE PERSONNEL D'ENCADREMENT N'EST PAS VALORISE	29
3 >> HOPITAL ET SYSTEME DE REFERENCE EN PROVINCE.....	31
3.1 >> CONTEXTE GENERAL, DEUX NIVEAUX DE COMPETENCE : PROVINCIALE ET INTER PROVINCIALE.....	31
3.2 >> UNE COHERENCE PLUS FORTE EN PROVINCE.....	31
3.3 >> UN DESEQUILIBRE MARQUE EN DEFAVEUR DES STRUCTURES DU BPHS	32
3.4 >> UNE ACCESSIBILITE FAIBLE	32
3.5 >> LE ROLE DE SITE DE REFERENCE N'EST PAS VALORISE	32
3.6 >> DES ELEMENTS PLUS FAVORABLES POUR LA TRANSITION EN PROVINCE	32
4 >> EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX, HOSPITALIERS ET BATIMENTS	34
4.1 >> LE PLATEAU TECHNIQUE ACTUEL A KABOUL	34
4.2 >> LE SERVICE CENTRAL DE RADIOLOGIE ET LE LABORATOIRE CENTRAL A KABOUL	35
4.3 >> LA DIRECTION DES EQUIPEMENTS ET DE LA QUALITE AU MINISTERE DE LA SANTE.....	36

4.4 >> LES BATIMENTS ET AUTRES INFRASTRUCTURES	37
5 >> MANAGEMENT ET GESTION.....	39
5.1 >> LES FONCTIONS TRANSVERSALES	39
5.1.1 - La fonction personnel	39
5.1.2 - Le recrutement.....	40
5.1.3 - Le déroulement de carrière.....	40
5.1.4 - La rémunération.....	41
5.1.5 - La fonction médicale.....	42
5.1.6 - Le système d'information et les indicateurs.....	43
5.1.7 - La logistique et les approvisionnements.....	44
5.1.8 - La pharmacie	45
5.1.9 - Les moyens de communication, les transports	45
5.2 >> L'ORGANISATION INTERNE.....	46
5.2.1 - Le directeur	46
5.2.2 - Les équipes de direction	47
5.2.3 - L'organisation du travail.....	47
6 >> APPROCHE ECONOMIQUE.....	48
6.1 >> LE FINANCEMENT DES HOPITAUX DANS LEUR ENVIRONNEMENT : UN BREF ETAT DES LIEUX	48
6.1.1 - Le budget ordinaire de la santé	49
6.1.2 - Le budget de développement de la santé	50
6.2 >> DES DYSFONCTIONNEMENTS BUDGETAIRES QUI MENACENT LE SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER	51
6.2.1 - Le taux d'exécution du budget de la santé de SY-1381 est faible.....	51
6.2.2 - L'importance pour le système de référence hospitalier des mécanismes budgétaires dans les provinces	52
6.2.3 - Les hôpitaux ne gèrent pas les crédits dont ils disposent.....	54
6.2.4 - En conclusion : des ressources insuffisantes, un système précaire, opaque, générateur d'inefficiences.....	55
7 >> PRINCIPE GENERAUX D'UNE REFORME.....	57
7.1 >> UNE NECESSITE D'ACTION URGENTE ET UNE PRIORITE AU BENEFICE DU SYSTEME DE SANTE PRIMAIRE.....	57
7.1.1 - Une obligation d'agir rapidement	57
7.1.2 - Une approche par système et non par structure	58
8 >> DEFINITION DE L'HOPITAL DANS UNE LOGIQUE DE REFERENCE.....	59
8.1 >> L'HOPITAL COMME UN SERVICE INTEGRE.....	59
8.2 >> DEFINITION DES MISSIONS DE L'HOPITAL DANS UNE MISSION DE "REFERENCE"	60
8.2.1 - Les soins curatifs a forte valeur ajoutée technique	60
8.2.2 - La formation.....	63
8.2.3 - Recherche	64
8.3 >> L'HOPITAL, COMME UN LIEU DE SPECIALITES RARES OU SIMULTANEEES	64
8.3.1 - Spécialités rares.....	65
8.3.2 - Des spécialités simultanées.....	65
8.4 >> ORGANISATION DE L'ACCES A L'HOPITAL	66
8.4.1 - L'admission en urgence	66
8.4.2 - La référence	66
8.5 >> DES MISSIONS A DISCUTER	66
8.5.1 - Les missions ne relevant pas de l'hôpital	66
8.5.2 - L'hébergement des malades	67
8.5.3 - Fonction sociale et fonction de compassion	67
8.5.4 - Hôpital et prestige	68
8.6 >> LES MESURES ET ACTIONS A EVITER.....	68
9 >> UN MINISTERE DE LA SANTE FORT POUR PORTER LA POLITIQUE DE SANTE	69

PROPOSITIONS 70

1 >> MASTER PLAN - PLAN DIRECTEUR KABOUL - AFGHANISTAN.....	71
1.1 >> LE PLAN DIRECTEUR DE KABOUL	71
1.1.1 - Les objectifs.....	71
1.1.2 - Données quantitatives.....	72
1.2 >> LES GRANDES ORIENTATIONS D'UN PLAN DIRECTEUR	72
1.2.1 - Un pôle chirurgical général "Nord" autour de WAZIR.....	72
1.2.2 - Un pôle médico-chirurgical "Sud"	73
1.2.3 - Autres spécialités	73
1.2.4 - Deux établissements spécifiques pour les femmes	74
1.2.5 - Le pôle pédiatrique centré sur "Indira Gandhi".....	75
1.2.6 - Les établissements privés à Kaboul	76
1.2.7 - Aspects particuliers du plan directeur de Kaboul	77
2 >> PLAN DIRECTEUR DANS LES PROVINCES.....	79
2.1 >> UNE ORGANISATION REGIONALE ET INTER PROVINCIALE A PRESERVER.....	79
2.2 >> NIVEAUX INTER-REGIONAL ET PROVINCIAL.....	79
2.3 >> CAPACITE TOTALE	80
2.4 >> DES HOPITAUX DE "REFERENCE"	80
3 >> ORGANISATION INTERNE.....	81
3.1 >> LA REFONTE PARTIELLE DE L'ORGANISATION INTERNE DES HOPITAUX CONSTITUE UNE PRIORITE	81
3.2 >> LA PREMIERE DE CES ACTIONS DEVRAIT CONCERNER LES DIRECTEURS D'HOPITAUX.	82
3.3 >> LA FORMATION DES CADRES INTERMEDIAIRES DEVRA EGALEMENT ETRE RENFORCEE	83
3.4 >> LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER POURRAIT FAIRE L'OBJET D'UN AUDIT TECHNIQUE	83
3.5 >> LE CALENDRIER DES ACTIONS QU'IL EST POSSIBLE DE METTRE EN ŒUVRE A COURT ET MOYEN TERMES.....	83
3.5.1 - La conduite d'audits techniques.....	84
3.5.2 - La mise en route d'un programme de jumelage hospitalier entre hôpitaux afghans et hôpitaux français ou d'autres pays.....	84
3.5.3 - La mise en route du dispositif de formation à destination des directeurs d'hôpitaux.....	84
4 >> SYSTEME D'INFORMATION	86
4.1 >> ELABORER UN SYSTEME D'INFORMATION SIMPLE ET FIABLE	86
4.1.1 - un rapport d'activité TYPE en deux volets	87
5 >> METTRE EN ŒUVRE DES CONTROLES.....	88
6 >> GESTION DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX ET DES INFRASTRUCTURES	89
6.1 >> ADOPTER UNE POLITIQUE NATIONALE D'ACQUISITION ET DE MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX	90
6.1.1 - Reconnaître l'importance du rôle des équipements dans la mission de l'hôpital.....	90
6.1.2 - Programmer un budget récurrent pour exploiter les équipements	91
6.1.3 - Mettre en place une logistique biomédicale adaptée	93
6.1.4 - Encadrer la fourniture et l'exploitation des équipements biomédicaux.....	94
6.1.5 - Une politique de la qualité et de la gestion des risques	97
6.1.6 - alléger les procédures douanières	97
6.2 >> METTRE RAPIDEMENT EN ŒUVRE LES ELEMENTS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE.....	98
6.2.1 - Consolider la situation actuelle dans une perspective de développement durable du système de référence	98
6.2.2 - Optimiser l'utilisation des équipements	100
6.2.3 - Développer les capacités nécessaires aux hôpitaux	100
6.2.4 - Accompagner le développement du secteur médico-technique privé	102
6.2.5 - Technologies courantes gérées par échanges standard ou réparations en atelier spécialisé.....	102
6.3 >> RENOVATIONS DES BATIMENTS ET HYGIENE HOSPITALIERE.....	103

6.3.1 - Hôtellerie et hygiène hospitalière	103
6.3.2 - Bureau d'études	105
6.3.3 - Formation à l'hygiène hospitalière.....	105
6.4 >> UN PROCESSUS D'AMELIORATION CONTINUELLE	106
6.4.1 - Amélioration du parc d'équipements biomédicaux.....	106
6.4.2 - Amélioration des locaux.....	107
7 >> SOCIAL ET PERSONNEL	108
7.1 >> LES QUESTIONS RELATIVES A LA REMUNERATION	108
7.2 >> LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE VOLONTARISTE EN MATIERE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE	109
7.2.1 - Un processus de validation des diplômes médicaux.....	109
7.2.2 - Des mécanismes d'incitation directs pour orienter l'exercice de la médecine à l'hôpital.....	109
7.2.3 - La prise en compte de facteurs indirects (sécurité, logement, scolarisation)	110
7.3 >> CREER D'AUTRES STATUTS DE MEDECINS.....	110
7.3.1 - Actuellement en Afghanistan, il n'existe qu'un seul statut pour tous les médecins.	110
7.3.2 - Dissocier l'aspect universitaire et le statut administratif	111
7.3.3 - Créer de nouveaux statuts correspondant à des fonctions et à des types d'exercices différents.	111
8 >> ROLE DU MINISTRE DE LA SANTE VIS A VIS DES HOPITAUX.....	112
8.1 >> LE MINISTRE DE LA SANTE DOIT DEVENIR LE CHEF D'ORCHESTRE INCONTESTE DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE QUI CONSTITUE ELLE-MEME L'UN DES ELEMENTS STRUCTURANTS DE LA POLITIQUE DE SANTE EN AFGHANISTAN.	112
8.2 >> LE MINISTRE DOIT EGALEMENT JOUER SON ROLE DE CONTROLE.....	112
9 >> PROPOSITIONS FINANCIERES ET ECONOMIQUES	113
9.1 >> EVALUER, MOBILISER ET SECURISER DES RESSOURCES PUBLIQUES ET PRIVEES POUR LE SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER	113
9.1.1 - Approches pour l'estimation des besoins financiers dans le système de référence	113
9.2 >> ORIENTATIONS POUR MOBILISER ET PROTEGER DES RESSOURCES PUBLIQUES SUPPLEMENTAIRES NECESSAIRES AU FINANCEMENT DU SYSTEME DE REFERENCE	115
9.2.1 - Abonder le financement du système de référence à partir de ressources publiques non affectées.....	115
9.2.2 - Sécuriser les ressources budgétisées pour le système de référence	116
9.3 >> OFFICIALIZER UNE CONTRIBUTION FINANCIERE DES USAGERS EN COMMENÇANT PAR DES EXPERIENCES PILOTES.....	118
9.3.1 - Orientations générales.....	118
9.3.2 - Plusieurs modes de paiements sont envisageables en Afghanistan mais privilégier le forfait.....	120
9.4 >> REFLEXIONS SUR LE MODE DE PAIEMENT DES HOPITAUX : POUR UN BUDGET GLOBAL ASSORTI D'UNE DOTATION VARIABLE	120

ANNEXE 123



SYSTEME DE REFERENCE
HOSPITALIER EN AFGHANISTAN,

ENJEUX ET PERSPECTIVE
[2003 – 2006]

RESUMES

POUR UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ADAPTEE AUX MOYENS ACTUELS DE L'AFGHANISTAN

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

(Cf. justifications et développements dans le corps du texte)

LE CONSTAT, EN BREF :

- La gestion des ressources humaines et l'organisation du travail au sein des hôpitaux afghans est devenue totalement inadaptée.
- Le statut, la carrière et la formation des médecins et des directeurs d'hôpitaux doit être rapidement redéfinie.
- Le Ministère de la Santé n'assure qu'un contrôle lointain sur la gestion des hôpitaux

OBJECTIF GENERAL :

Permettre aux hôpitaux afghans de mettre en place une organisation et un management adaptés

Ceci suppose la mise au point de textes législatifs et réglementaires importants

RECOMMANDATION 1 : RESTRUCTURER EN PROFONDEUR L'ORGANISATION INTERNE DES HOPITAUX

- S'appuyer sur l'existence d'effectifs quantitativement suffisants pour réorganiser le travail quotidien dans les hôpitaux.
- Améliorer l'organisation des soins de la logistique et de l'hygiène.
- Faire réaliser un certain nombre d'audits techniques permettant de formuler des recommandations pour la mise en œuvre de cette politique d'amélioration.

RECOMMANDATION 2 : METTRE EN PLACE DISPOSITIF DE FORMATION POUR ACCOMPAGNER LES REFORMES

- Former les directeurs d'hôpitaux et leurs principaux collaborateurs au management et au contrôle de gestion.
- Lancer un programme de formation des cadres soignants et adapter la formation des infirmiers

RECOMMANDATION 3 : MODERNISER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Refondre la politique radicalement salariale en privilégiant une politique de revenus liée à l'activité et valorisant le niveau de formation ;
- Développer une politique de concertation et d'intéressement
- Intégrer l'activité libérale et privée à l'Hôpital

RECOMMANDATION 4 : METTRE EN OEUVRE UNE POLITIQUE VOLONTARISTE EN MATIERE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

- Mettre en place un processus de validation des diplômes médicaux
- Elaborer des mécanismes d'incitation directs pour orienter l'exercice de la médecine à l'hôpital
- Prendre en compte des facteurs indirects dans cette politique incitative (sécurité, logement, scolarisation,...)

RECOMMANDATION 5 : LANCER ET GENERALISER UN PROGRAMME DE JUMELAGE HOSPITALIER

- S'appuyer sur les jumelages hospitaliers pour accompagner la réforme.
- Favoriser les liens entre hôpitaux jumeaux afin de mettre en œuvre la formation médicale continue et d'appuyer l'amélioration de la qualité dans chaque hôpital afghan.

RECOMMANDATION 6 : RENFORCER LE ROLE DE CONTROLE DU MINISTERE DE LA SANTE

- Aider le Ministère de la santé à élaborer les textes nécessaires à la mise en œuvre de la réforme hospitalière
- Mettre en œuvre des procédures contractualisées entre les hôpitaux et le Ministère s'appuyant sur un système d'information uniforme
- Créer un corps de contrôle indépendant

POUR UN FINANCEMENT DU SYSTEME DE REFERENCE EFFICIENT ET ADAPTE AUX CONTRAINTES ACTUELLES DE LA SITUATION DE L'AFGHANISTAN

RESUME DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

(Cf. justifications et développements dans le corps du texte)

LE CONSTAT, EN BREF :

Les budgets ordinaires et de développement de la santé sont en progression mais dépendent fortement des apports des partenaires extérieurs de l'Afghanistan même si les ressources propres de l'Etat sont appelées à progresser. Les ressources disponibles pour le système de référence paraissent insuffisantes. Elles transitent par un système de financement précaire, opaque, générateur d'inefficiences, ce qui constitue, en l'état actuel des choses, une lourde menace pour le fonctionnement et la viabilité d'un système de référence réformé à Kabul et dans les provinces.

OBJECTIF GENERAL :

L'Afghanistan est dans une période de transition durant laquelle il convient de mobiliser et de sécuriser un volume raisonnable de ressources publiques et privées centré sur les priorités retenues en matière de système de référence hospitalier, avec en premier lieu, celles qui découlent des objectifs prioritaires du BPHS .

RECOMMANDATION 1 : ESTIMER LES BESOINS FINANCIERS DANS LE SYSTEME DE REFERENCE (A ENTREPRENDRE LE PLUS TOT POSSIBLE)

- commencer par une phase pilote avec une liste restreinte d'établissements regroupés en catégories fonctionnelles, et non administratives, de structures de référence (sélection d'hôpitaux nationaux – Kabul – régionaux, provinciaux et de district), choisies par le MoH en fonction de critères sanitaires, socio-économiques et politiques.
- procéder par estimation pragmatique (par exemple comme cela a été fait à Baraki Rajan), car le recours à des standards généraux ou à des méthodes quantitatives sophistiquées paraît prématuré.
- hiérarchiser et évaluer les besoins (priorités de rang 1, 2, etc.) nécessaires *a minima* pour produire des soins de qualité, d'abord en liaison avec les objectifs prioritaires du BPHS, dans un « paquet minimum de soins hospitaliers » au contenu *variable* selon les contextes locaux.

RECOMMANDATION 2 : MOBILISER DES RESSOURCES PUBLIQUES SUPPLEMENTAIRES

- rechercher avec volontarisme des marges de manœuvre – elles existent – pour abonder le financement du système de référence à partir de ressources publiques internes et externes non affectées et affectées ;
- convaincre le MoH, le Ministère des Finances et le Cabinet par un plaidoyer argumenté, techniquement faisable, économiquement et politiquement réaliste car la santé est en concurrence avec d'autres secteurs et le système de référence avec d'autres sous-secteurs ;
- approcher i) les bailleurs de fonds d'abord de manière informelle, ii) puis le Cabinet et iii) le ministère des finances.

RECOMMANDATION 3 : SECURISER LES RESSOURCES BUDGETISEES POUR LE SYSTEME DE REFERENCE EN METTANT EN PLACE UN DISPOSITIF A VOCATION TEMPORAIRE

- tout compte extra-budgétaire est à proscrire ;
- parallèlement, il peut être opportun de ne pas décourager le financement provincial ou local du système de référence tant que la réforme des finances publiques ne sera pas opérationnelle ;
- identifier dans le budget un noyau dur de dépenses de système de référence prioritaires et incompressibles pour les établissements pilotes à Kabul et dans les provinces ; créer une nomenclature appropriée au niveau central et des Moustoufie Velayat;
- mettre en place pour le système de référence un mécanisme de type compte d'affectation spéciale comme l'introduction au « National Development Programme for SY-1381-82 » en ouvre implicitement la possibilité; (rechercher simultanément l'accord du Cabinet, du Ministre des Finances et le soutien des bailleurs) ;
- créer un fonds revolving pour protéger le « noyau dur » des éventuelles contraintes de liquidité (idem).

* Pour les recommandations 2 et 3, il sera prudent que l'accord de principe du Cabinet soit obtenu avant le début de la phase intensive de négociations budgétaires lors de la préparation de la loi de finances.

RECOMMANDATION 4 : OFFICIALIZER UNE CONTRIBUTION FINANCIERE DES USAGERS ET LA METTRE EN ŒUVRE AVEC PRUDENCE ET PRAGMATISME

- commencer par certains sites « test » choisis parmi les établissements sélectionnés dans la première phase; certains directeurs y sont d'ores et déjà favorables ; prévoir d'emblée un mécanisme de contrôle transparent ;
- privilégier une approche de type forfaitaire (sauf exception), réaliste et socialement acceptable tenant compte des différences locales de capacités des usagers (donc, pas d'unicité nationale des tarifs);
- durant la phase « test », ne pas reverser une fraction de la contribution financière des usagers au Trésor ;
- accompagner l'introduction de la contribution financière des usagers d'une concertation avec la société civile et religieuse ;
- mettre en place des mécanismes de soutien aux « indigents » à l'intérieur des hôpitaux, gérés par les hôpitaux ou par une commission intégrant des membres de la société civile et religieuse, et non par le MoH qui doit se limiter à fixer de grandes orientations;
- faire en sorte que des signes (même très ponctuels) d'amélioration de la qualité des soins telle qu'elle est perçue par les usagers soient très vite hautement visibles ;
- veiller à la cohérence des tarifs entre les structures du BPHS intégrées dans l'approche PPA et celles des structures de référence au-dessus de l'hôpital de district, ceci pour aider à l'adoption d'itinéraires thérapeutiques efficaces.
- organiser des séminaires de formation sur les avantages potentiels de la contribution financière des usagers, les options de mise en oeuvre et les risques à éviter.

RECOMMANDATION 5 : INTRODUIRE UN MODE D'ALLOCATION DES RESSOURCES PUBLIQUES DANS LE SYSTEME DE REFERENCE QUI INCITE LES HOPITAUX A L'EFFICIENCE

- dans une partie des sites pilotes (notamment à Kabul et dans les principales villes de province), introduire la méthode du budget global assorti d'une dotation variable pour responsabiliser les structures et les inciter à l'effort ;

- accorder aux hôpitaux sélectionnés une autonomie de gestion suffisante pour leur permettre de gérer leur budget global et le produit de la contribution financière des usagers ;
- autoriser avec pragmatisme des reports ponctuels de crédits ;
- examiner dans quelle mesure des responsables de districts de sites « test » pourraient disposer d'une délégation de pouvoir leur permettant d'engager des dépenses dans le cadre des dotations globales dont ils disposeront ;
- développer d'urgence un système d'information simple permettant de rapprocher – même grossièrement dans l'immédiat - les moyens consommés et les activités des structures et de comparer les structures entre elles.
- organiser des séminaires de formation sur les avantages potentiels du budget global, les options de mise en oeuvre et les risques à éviter.

RECOMMANDATION 6 : PREVOIR LES GRANDES LIGNES DE L'INDISPENSABLE PROCESSUS D'EVALUATION DES LA MISE EN PLACE DE LA REFORME DU SYSTEME DE REFERENCE

RECOMMANDATION 7 : DEVELOPPER LA REFLEXION SUR LA MISE EN PLACE DE MECANISMES ASSURANCIELS (RISQUES MINEURS ET RISQUES DITS « CATASTROPHIQUES ») DANS LE SECTEUR FORMEL ET INFORMEL

POUR UNE GESTION DU PARC BIOMEDICAL ET DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIERS ADAPTEE AUX MOYENS ACTUELS DE L'AFGHANISTAN

RESUME DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

(Cf. justifications et développements dans le corps du texte)

LE CONSTAT :

Les hôpitaux disposent d'un parc d'équipements biomédicaux très récents, encore insuffisant dans certains secteurs comme le monitoring et les laboratoires, mais déjà menacé par une absence quasi totale de maintenance et un manque des consommables. Leur utilisation quasi exclusive le matin n'est pas optimale, notamment dans les blocs opératoires où plusieurs patients sont opérés simultanément dans les mêmes salles.

L'hygiène hospitalière est insuffisamment maîtrisée, notamment dans les blocs opératoires dans des locaux pourtant bien nettoyés. De gros efforts en logistique (eau; électricité,...) ont été faits avec l'aide internationale.

Le Ministère dispose de services responsables de la gestion du parc biomédical dans tous les Etablissements, mais ceux-ci ne peuvent fonctionner par manque de moyens et de personnes compétentes en génie biomédical, sans la collaboration active des ONG et bailleurs de fonds internationaux. La mission des services centraux de Radiologie et des Laboratoires n'a pas été précisée. Ils ne disposent pas des moyens en rapport avec leur mission initiale.

Le parc biomédical du secteur privé se développe rapidement, sans contrôle réel. Il disposera bien vite d'équipements de haute-technologie, comme les scanners, dont les hôpitaux ne profitent pas.

OBJECTIF GENERAL :

Assurer une disponibilité maximale des équipements biomédicaux publics et privés aux équipes hospitalières, sans restreindre les ressources affectées aux BPHS.

Assurer une hygiène hospitalière correspondant aux missions de l'hôpital.

Assurer la disponibilité des équipements biomédicaux implique celle des équipements logistique ainsi que la fourniture des consommables nécessaires, le tout dans un environnement favorable, en développant les compétences locales.

RECOMMANDATION 1 : ECRIRE ET ADOPTER UNE POLITIQUE NATIONALE DE MAINTENANCE HOSPITALIERE (A ENTREPRENDRE LE PLUS TOT POSSIBLE)

- convaincre le Ministère de la Santé puis le Gouvernement de la nécessité d'une politique nationale de maintenance hospitalière pour assurer une disponibilité maximale des équipements biomédicaux;
- utiliser les compétences mobilisables auprès des membres de l' "Hospital Management Task Force" pour rédiger une politique réaliste adaptée aux moyens de l'Afghanistan.
- renforcer les capacités du Ministère de la Santé pour gérer le parc installé, pour organiser le développement des compétences locales nécessaires à la mise en oeuvre de la politique de maintenance et pour assurer un transfert progressif à ces dernières.

RECOMMANDATION 2 : MOBILISER DES RESSOURCES FINANCIERES POUR LA MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS (BIOMEDICAUX ET LOGISTIQUES); (A ENTREPRENDRE IMMEDIATEMENT)

- convaincre les donateurs d'équipements et/ou les grands bailleurs de fonds de l'urgence de financer la maintenance du parc installé;
- mettre en place un mécanisme de transfert progressif des coûts de maintenance des Bailleurs au Ministère de la Santé ;
- sécuriser les ressources nécessaires à cette prise en charge progressive de la maintenance .

RECOMMANDATION 3 : FORMER DES SPECIALISTES DE LA GESTION DES PARCS BIOMEDICAUX (INGENIEURS ET TECHNICIENS) TANT POUR LE PUBLIC QUE POUR LE PRIVE; (A ENTREPRENDRE IMMEDIATEMENT)

- former des techniciens de maintenance biomédicale et générale tant pour le public que le privé et installer des ateliers dans les principaux hôpitaux;
- former des ingénieurs biomédicaux à la gestion des achats et de la maintenance, affectés soit dans les hôpitaux, soit au Ministère;
- former des ingénieurs au contrôle des installations privées et publiques;
- former des techniciens et ingénieurs pour les achats et la maintenance des équipements logistiques dans les hôpitaux;
- sécuriser les ressources nécessaires à la fonction de ces spécialistes

RECOMMANDATION 4 : FORMER DES SPECIALITES A L'HYGIENE HOSPITALIERE; ORIENTER ET GERER LES REHABILITATIONS HOSPITALIERES EN FAVEUR DE L'HYGIENE; (A ENTREPRENDRE IMMEDIATEMENT).

- former des médecins et infirmiers à l'hygiène hospitalière ;
- mobiliser des ressources auprès d'ONG ou de Bailleurs de fonds pour initier des réhabilitations hospitalières dans les hôpitaux qui conserveront cette vocation;
- contrôler la pertinence des réhabilitations et les orienter en faveur de l'hygiène.

RECOMMANDATION 5 : MOBILISER DE NOUVELLES RESSOURCES POUR COMPLETER LE PARC D'EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX ET LOGISTIQUES;

- mobiliser des compétences disponibles auprès des organismes de coopération pour préciser les besoins en équipements biomédicaux et logistiques des hôpitaux en fonction de leur vocation et niveau de pratique;
- rechercher les ressources financières nécessaires à l'acquisition des équipements manquants et sécuriser celles nécessaires à leur exploitation .

POUR UNE ORGANISATION DE LA "REFERENCE", UNE DEFINITION DES MISSIONS DE L'HOPITAL ET UNE ACTION DE PLANIFICATION

RESUME EXECUTIF

1 / RENFORCER ET ORGANISER LA FONCTION DE "REFERENCE" :

- Maîtriser l'accès à l'hôpital en deuxième recours ou en urgence vitale
- Valoriser l'adressage, dissuader le premier recours polyvalent
- Renforcer la qualité et l'accessibilité des soins du BPHS
- Organiser les liens entre le système hospitalier et le système du BPHS au bénéfice des patients en organisant des filières d'accès et un échange d'informations
- Développer les consultations spécialisées avancées et excentrées

2 / DEFINIR LES MISSIONS SPECIFIQUES DE L'HOPITAL

- Système de soins au service des objectifs de santé du pays
- Système de soins spécialisés avec un plateau technique au service du BPHS
- Garantir la mission de soins :
 - Soins nécessitant un plateau technique de haut niveau
 - Soins nécessitant des spécialités simultanées ou rares
- Développer les missions de recherche et d'enseignement
- Ne plus développer les missions non spécifiques de prévention, de consultation de premier recours, d'hébergement exclusif.

3 / DEFINIR UN PLAN DIRECTEUR POUR KABOUL ET POUR L'AFGHANISTAN

- Un plan directeur à Kaboul doit s'orienter vers deux pôles médico-chirurgicaux, un pôle pédiatrique, deux pôles de gynécologie-obstétrique.
- Organiser à Kaboul un plan des urgences vitales médico-chirurgicales, un plan de suivi des grossesses et de l'accouchement, un plan de l'offre de soins en pédiatrie.
- Parallèlement, créer les outils de la maîtrise d'une offre de soins privés, ambulatoire, hospitalière ou technique.
- Un plan directeur pour l'Afghanistan définissant des hôpitaux à vocation "nationale", des hôpitaux régionaux ou interprovinciaux et des hôpitaux provinciaux.

Chaque hôpital doit avoir une définition précise de ses missions et de ses limites.

4 / DOTER LE MINISTRE DES OUTILS DE CONNAISSANCE ET DE GESTION DU SYSTEME HOSPITALIER

- Renforcer l'expertise et améliorer l'organisation des administrations centrales du MoH,
- Créer et développer un corps de contrôleurs au service direct du Ministre,
- Créer des outils et des systèmes d'information cohérents, simples, robustes, généralisables et comparables,
- Définir à l'avance les éléments d'évaluation de la politique de santé dans le domaine hospitalier.



SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER EN AFGHANISTAN,

ENJEUX ET PERSPECTIVE
[2003 – 2006]

INTRODUCTION

1 >> CONTEXTE ET TERME DE REFERENCE

1.1 >> UNE RECONSTRUCTION DU SYSTEME DE SANTE AMBITIEUSE



L'Afghanistan connaît sous l'autorité du Gouvernement Islamique de Transition, un très important travail de reconstruction et de réorganisation.

Après une vingtaine d'années de guerre, cette entreprise de paix, gigantesque, nécessite le soutien concret de la communauté internationale. C'est le sens des promesses de Tokyo en janvier 2002.

Dans le domaine de la santé, le Ministère de la Santé (Ministry of Health – MOH) apparaît comme réaliste, dynamique et très performant.

L'année 2002 a ainsi été consacrée à la définition des objectifs sanitaires, 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).

Autour de cette orientation, des stratégies spécifiques sont élaborées pour étendre la vaccination, accroître la sécurité sanitaire des futures mères et de leurs enfants.

Pour ce pays, l'un de ceux ayant le plus bas Produit Intérieur Brut (PIB) du monde, la question des moyens est évidemment au premier plan. Toutefois, les autorités locales ont le souci d'accroître l'organisation et la qualité du service rendu par des politiques publiques claires, réalistes et connues de tous.

L'Afghanistan, au sortir des années de guerre, n'est pas dépourvue de structures hospitalières et les grands centres urbains ne manquent pas de médecins, au contraire des zones rurales.

Pour que le programme de Santé Primaire puisse être mis en œuvre, quelques aspects doivent être impérativement maîtrisés :

- les ressources matérielles et humaines,
- la répartition territoriale,
- l'existence d'un système hospitalier de référence organisé et à disposition des objectifs de santé publique
- le pilotage du système.

1.2 >> UN SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER ET DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES TRES DEVELOPPES EN VOLUME

L'Afghanistan 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.



Une première étude effectuée en 2002 à l'initiative du conseiller Santé auprès de l'Ambassade de France à Kaboul avait mis en évidence l'importance d'une maîtrise du système hospitalier.

En 2003, une nouvelle mission d'expertise est sollicitée pour établir un constat et faire des propositions au Ministère de la Santé Afghan en matière hospitalière.

Les termes de référence (cf. annexe) sont explicites, le tissu hospitalier doit être analysé sous ses différents angles, sanitaires, économiques et sociaux. Surtout, la réflexion s'inscrit dans la priorité donnée à la politique de Santé Primaire.

1.3 >> LA MISSION : COMPOSITION ET METHODE

Pour permettre une approche pluridisciplinaire, la mission comprenait :

- un médecin de santé publique : M. le Docteur Michel CSASZAR GOUTCHKOFF – DDASS 91
- un économiste spécialiste en économie de la santé: le Professeur Jacky MATHONAT, CERDI, Université d'Auvergne
- un ingénieur biomédical : M. Maurice PAGE, hôpitaux de Haute-Savoie (74)
- un directeur d'hôpital : M. Pierre THEPOT, hôpital général de Vierzon – CHER

L'intégration des rapports thématiques, des réflexions communes et la coordination du présent rapport a été coordonnée par le Docteur Michel CSASZAR GOUTCHKOFF.

La mission a effectué deux séjours sur place :

- Une première période, du 15 mai au 5 juin 2003.
Durant cette période, ont été rencontrés les principaux responsables en matière de santé, du Ministère, des différents organismes internationaux. Les experts se sont rendus dans la presque totalité des hôpitaux de Kaboul ainsi qu'à Djalalabad et à Charikar.
- Une deuxième période, du 2 juillet au 16 juillet 2003.
Lors de ce second séjour, la mission s'est déplacée à Herat, Mazar e Charif et Kandahar.

La visite des établissements publics de Kaboul a été complétée par celle d'établissements privés à but lucratif.

Enfin, la mission a rendu compte de son travail à Mme S. SEDIQQI, Ministre de la Santé et M. F. FEROUZ, Vice-Ministre de la Santé.

1.4 >> METHODE ET ORIENTATION



Suivant les termes de la mission, les experts ont toujours analysé l'hôpital comme l'un des éléments du système sanitaire. L'approche est bien une approche "système" et non une approche "structure". L'hôpital n'a de sens que dans ce qu'il apporte au système sanitaire globalement. Le système comprend l'ensemble des structures et leurs modalités d'organisation. C'est donner

toute son importance à la notion de référence. Cette approche n'est pas celle qui parfois prévaut à la réflexion sur l'hôpital lorsqu'est privilégiée une description architecturale, technique et sociale sans donner de mission ni décrire une organisation pour atteindre des objectifs clairs et définis.

Actuellement, une importante enquête est en cours pour décrire l'aspect quantitatif des hôpitaux d'Afghanistan ; elle est menée par Management Science for Health (MSH).

C'est pourquoi, les experts ont privilégié une approche pluridisciplinaire et une analyse en terme d'organisation, de système de santé.

Dans chaque établissement, la mission a eu un entretien méthodique avec le directeur et le plus souvent avec ses principaux collaborateurs.

Les données quantitatives, les rapports d'activité, tableaux de service, équipements, budgets ont toujours été demandés et analysés en fonction des objectifs spécifiques de cette mission.

La mission souhaite remercier chacun des interlocuteurs rencontrés pour la qualité de l'entretien et l'engagement montré pour permettre la recherche de solutions adaptées.

Par ailleurs, les experts ont rencontré les responsables des directions du Ministère de la Santé et ceux du Ministère des Finances et des principales organisations non gouvernementales (ONG). Les principaux responsables internationaux ont été sollicités et écoutés en particulier USAID, Union Européenne, JICA-JAPON ainsi que ceux de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de l'OMS, du CICR.

Les Doyens des Facultés de Médecine ont été rencontrés chaque fois que cela a pu être possible, ainsi que les responsables des hôpitaux militaires.

Ainsi, les données quantitatives fournies sont issues des rapports transmis et peuvent éventuellement présenter quelques différences avec d'autres sources. L'importance est donnée à l'ordre de grandeur, aux grandeurs relatives et en attirant l'attention sur l'existence ou non de telle ou telle information.

Le travail d'enquête effectué en novembre 2003 par MSH précisera le détail et l'ensemble des données strictement quantitatives.

Enfin, volontairement, la mission s'est maintenue dans une analyse des niveaux hospitaliers régionaux, nationaux et provinciaux (usuellement appelés H1 et H2).

Elle a pris comme postula et comme acquis validé, l'organisation du "BPSH" et ses modalités de mise en œuvre du poste sanitaire à l'Hôpital de district.

Elle a également pris pour acquis les orientations données ou en cours pour ce qui concerne les centres d'excellence de maternité envisagés par l'UNICEF, la réorganisation des études médicales, engagés par le Ministère de l'Enseignement supérieur (MoHE), le conseil des Doyens et l'Institut Médical de Kaboul.

Ainsi, ces éléments ne seront-ils rappelés que pour leur impact sur le champ d'étude de la mission.

2 >> LA SANTE EN AFGHANISTAN

2.1 >> DONNEES GENERALES

Ce pays compte près de 23 millions d'habitants. On estime le nombre de réfugiés hors frontières à près de 4 millions, principalement au Pakistan et en Iran.

Les indicateurs sanitaires usuels montrent l'urgence d'une action concrète :

- Selon l'OMS, la mortalité infanto-juvénile est de 252/1000, 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, 43 pour les femmes.
- Le pourcentage d'espérance de vie perdue est de 24,4% pour les hommes et 18,4% pour les femmes. Le taux de fertilité est de 6,8.
- Le PIB par habitant serait de 820 U\$ dont 1% est consacré à la santé (année 2000) soit 9 U\$ par habitant en dépense de santé.¹
- Le nombre de naissance est d'environ 1 078 000 et près de 50% de la population à moins de 15 ans (9 765 000). Le nombre d'enfants survivants est de 949 000.
- Le taux de vaccination estimé pour le BCG serait de 55% et de 44% pour le "DTP".
- La mortalité infantile est essentiellement due aux diarrhées et aux pneumopathies infectieuses saisonnières.



Les files actives dans les sites de consultation reprennent ces éléments avec des motifs de consultation, d'hospitalisation et de décès liés à ces pathologies.

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 100.00 accouchements, avec des extrêmes variant de 400 à Kaboul à 5.600 dans le Badakhshan (source UNICEF).

Lors de l'accouchement, la femme ne reste en moyenne que de deux à quatre heures en maternité. Elle retourne à son domicile le plus tôt possible, quelque soit son état clinique et celui de son enfant. Ceci rend aléatoire la précision des données de mortalité et de morbidité, sans doute sous-estimées.

Nous ne disposons que de peu de connaissances sur la représentation culturelle et sociale de la santé.

¹ (Pour rappel : en France, la mortalité infantile est de 5 pour 1000, l'espérance de vie de 71 ans, le pourcentage de vie perdue en bonne santé de près de 6,6%. Le PIB est de 24 700 \$ US dont 9,5% consacré à la santé, près de 2 335 U\$ par habitant en dépense de santé. Le taux de fertilité est de 1,8).

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. C'est un enjeu récurrent et primordial. Il ne sera pas développé en tant que tel dans ce rapport mais il doit être toujours présent à l'esprit comme l'une des clés de la santé.

2.2 >> ORGANISATION GENERALE 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 ethniques.

En matière de santé, jusqu'en 2002, il existait un niveau régional regroupant 4 à 6 provinces autour de villes disposant d'une infrastructure hospitalière.

Souvent s'y ajoutait une faculté de Médecine, il y en a actuellement environ 5 (Kaboul, Djelallabad, Herat, Mazar-i-Sharif et Khost).

Les villes ayant une population importante sont Kaboul, Herat, Mazar e Charif, Djalalabad, Kandahar. A un deuxième niveau, on retient : Charikar, Gazhni, Kunduz, Bamyan.

Le Ministère de la Santé a désigné des directeurs provinciaux de la Santé Publique dans chaque province. A Herat, Mazar, Kandahar et Djalalabad, ils ont encore le statut de "régional". Ils cumulent souvent cette fonction avec celle de directeur de l'hôpital "régional".

La récente enquête MSH de fin 2002 donne des informations précises dénombrent ainsi :

- 21 hôpitaux (H1) : régional ou national
- 41 hôpitaux (H2) : provincial
- 114 hôpitaux (H3) : "district hospital"

ainsi que 353 "Basic Health Centers", 224 "subcenters", 70 mother and child (MCH), soit au total 912 structures.

Derrière ces dénominations, la réalité est très variable, certains établissements de type H2 n'étant pas ou que très partiellement fonctionnels.

Le nombre total de "lits" (H1, H2, H3) est de 6 902, pour l'ensemble du pays.

L'activité moyenne ambulatoire relevée est :

- dans les structures de niveau H1 : 129 consultations par jour
- dans celles de niveau H2 : 152 consultations par jour
- dans celles de niveau H3 : 63 consultations par jour

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.

Le nombre de médecins exerçant au niveau des soins de santé primaire (BPHS) donc en principe hors des niveaux de référence (H1 et H2) serait de 2 850 dont 695 femmes et de 18 961 agents au total dont 4 517 femmes.

L'estimation du nombre de personnels exerçant est de 4 347 personnes en H1 et 2 952 en H2.

L'OMS dénombrait en 1997 :

- 11 médecins /100 000 Afghans (en France : 303),
moyenne des pays les moins avancés : 30
- 18 infirmières /100 000 Afghans (en France : 497),
moyenne des pays les moins avancés : 78
- 2 pharmaciens /100 000 Afghans (en France : 100)
- 1 dentiste /100 000 Afghans (en France : 67,8)

L'Afghanistan aurait au total près de 8 000 médecins et devrait en compter près de 11 000 d'ici 5 ans.

L'analyse de ces chiffres globaux en absolu ou relatif n'a que peu d'intérêt.

Nous verrons que surtout se posent des questions :

- de **répartition** : Kaboul aurait la moitié des médecins pour 10% de la population,
- de **qualification** : formation initiale, formation continue,
- de **qualité du service rendu**,
- de **statut** et de **mode d'exercice**,
- de **possibilité de les rémunérer** tous sur des budgets publics exclusifs, indépendamment des alternatives existantes.



SYSTEME DE REFERENCE
HOSPITALIER EN AFGHANISTAN,

ENJEUX ET PERSPECTIVE
[2003 – 2006]

**OBSERVATION ET
ANALYSE DU SYSTEME
DE REFERENCE**

1 >> ORGANISATION GENERALE ET PRIORITE DE SANTE

Les données sanitaires et les connaissances sur les modalités de recours aux soins ont permis au Ministère de la Santé MoH de définir très précisément les priorités de santé de l'Afghanistan.



La sécurité militaire et civile, la stabilité politique, le développement économique, la scolarisation, l'accès à des ressources alimentaires et hydriques suffisantes sont des facteurs essentiels pour le développement de la santé. Ils sont tous investis spécifiquement par les organismes compétents. Nous le notons et n'y reviendrons pas. Ceci n'est pas du domaine de la mission.

1.1 >> LES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE

Du point de vue de la politique de santé, les priorités définies sont celles qui figurent dans le "Basic Package of Health Services", c'est à dire le bloc des soins de santé primaire. Ce sont² :

- **La santé de la mère et de l'enfant, comprenant :**
 - les soins anténataux
 - les soins de l'accouchement
 - les soins du post partum
 - la planification familiale
 - les soins du nouveau-né
- **La santé de l'enfant et la vaccination, comprenant :**
 - le programme élargi de vaccination (EPI)
 - la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- **La nutrition, comprenant :**
 - la supplémentation pour les micros nutriments
 - le traitement de la malnutrition
- **La lutte contre les maladies épidémiques et transmissibles, en particulier**
 - la tuberculose
 - le paludisme
 - la leishmaniose
- **La santé mentale avec :**
 - une approche communautaire des questions de santé mentale
 - le développement des modalités de prise en charge ambulatoire et hospitalière

² Ref. du document "A Basic Package of Health Services for Afghanistan" ; préparé par le Ministère de la Santé pour le Gouvernement Islamique Afghan de Transition, avec l'aide financière de l'USAID

- **La réponse au handicap avec :**
 - la rééducation fonctionnelle et la réadaptation
 - la prestation orthopédique de niveau hospitalière
- **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.

La proximité est une question importante pour l'accessibilité, la fréquence, la confiance, le coût et l'efficacité.

1.2 >> CLASSIFICATION DES SERVICES DU "BPHS" - LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE

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. Ces niveaux sont les suivants :

1.2.1 - POSTE DE SANTE – HEALTH POST (HP)

Il comprend deux 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.

1.2.2 - CENTRE DE SANTE DE BASE – BASIC HEALTH CENTER (BHC)

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.

Il comprend 6 personnes dont une sage-femme et une infirmière.

1.2.3 - COMPREHENSIVE HEALTH CENTER

Il couvre environ 30 000 à 60 000 personnes. Il peut prendre en charge quelques accouchements avec complication.

Il dispose d'un laboratoire d'analyse et d'une pharmacie.

Il comprend 15 personnes dont deux médecins, un homme et une femme, deux sages-femmes, deux infirmiers, homme et femme.

Il semble que ce soit l'orientation qui sera donnée aux Centres de Santé maternel et infantile (MCH, Mother and Child Health Centers) pour lesquels il y aurait une extension de compétence aux hommes adultes.

1.2.4 - HOPITAL DE DISTRICT ET PREMIER NIVEAU DE REFERENCE – DISTRICT HEALTH HOSPITAL

Il couvre en principe 100 000 à 300 000 personnes.

Il dispose d'un appareil de radiographie "standard".

Il hospitalise les personnes pour des maladies considérées comme graves.

Il effectue des césariennes, des interventions chirurgicales sous anesthésie générale en orthopédie et en chirurgie viscérale. Il délivre des soins dentaires.

Sa capacité est d'environ 50 lits.

Son équipe comprend 37 personnes dont 10 infirmiers (H/F), 1 pédiatre, 2 médecins hommes, 2 médecins femmes dont un gynécologue-obstétricien, 1 chirurgien, 1 anesthésiste, 4 sages-femmes, 1 technicien en radiographie.

L'enquête MSH de fin 2002 dénombrait 114 "district hospitals" et 353 "Basic Health Centers".

Ce système ne se conçoit que comme étroitement intégré. L'exemple de quelques établissements performants montre que le système de référence des patients marche : des équipes dans des structures de niveaux différents échangent beaucoup sur leurs patients .



La ville de Kaboul présente une situation unique presque à l'opposé de celle du reste du pays. Ainsi, les solutions proposées pour la capitale ne peuvent être transposées.

Kaboul concentre près de 60 à 70% des personnels et des équipements hospitaliers H1 et H2.

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. Celle-ci également se concentre en centre-ville. Cette concentration ne favorise pas l'accessibilité des patients aux services de soins.

Ce constat établi déjà il y a vingt ans s'accroît et constitue l'une des dossiers les plus difficiles à résoudre.

2.1 >> UNE CONCENTRATION D'ETABLISSEMENTS A KABOUL

En 2002, on comptait 23 établissements hospitaliers comprenant (dans l'étude de mai 2002, tu notes 3344 lits et 5503 agents hospitaliers dont 3552 administratifs et sanitaires) médecins environ et 2 794 lits.

Les principaux établissements sont Wazir, New Ali Abad, Malalaï, Rabia Balkhi, Jamuhriat, Antoni, Maïwand, Ibn Sina Chest et l'hôpital militaire. Ils sont tous situés dans le centre, dans la partie Nord de la ville.

En périphérie n'existe que l'hôpital de Khair Khana au Nord-Ouest. Cet hôpital aura un rôle de type "hôpital de district".

Dans le Sud, l'ancien hôpital dit "CICR-Karte Seh" logé depuis les années 90 dans 5 pavillons d'habitation redevient un établissement du MoH.

A noter que différentes structures sont en cours de construction dans le sud :

- un hôpital mère enfants de 70 lits, de l'ONG française « Enfants Afghans »,
- un hôpital chirurgical de 50 lits financé par le Gouvernement italien,
- une maternité de 40 lits soutenu par l'ONG Hope International.

Kaboul concentre donc l'essentiel des ressources hospitalières théoriques de type H1 et H2 du pays. Ces établissements sont en théorie spécialisés, avec un recrutement de patients national, provincial et local.

Cette concentration, spontanément, ne peut qu'augmenter artificiellement et surtout au détriment du reste du pays et du système du BPHS. L'insécurité, la recherche d'un cadre de vie plus large, accroît cette concentration.

La grande majorité des futurs médecins afghans est formée à l'Institut médical de Kaboul (I.M.K.). Et seule une incitation administrative et réglementaire forte pourra les orienter vers les provinces et/ou 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.

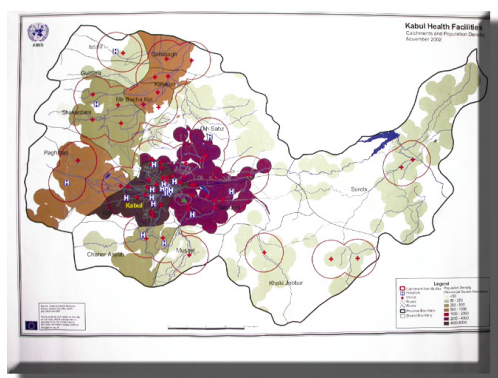
2.1.1 - UNE CONCENTRATION DANS LE CENTRE DE LA VILLE

La ville de Kaboul compte 2 à 3 millions d'habitants et 23 hôpitaux, la quasi-totalité des établissements est située dans une zone délimitée au nord par l'hôpital de Wazir et d'Indira Gandhi, à l'ouest par New Ali Abad et à l'est par Rabia Balkhi, soit à peine plus qu'un kilomètre carré.

Les quartiers de concentration démographique sont au Sud, au Sud-Ouest et à l'Ouest, ils sont dépourvus de structures hospitalières de référence, H1, H2 ou même "district hospital".

On note deux exceptions :

- Khaïr Khana au Nord-Ouest : l'hôpital de 100 lits est soutenu par l'UNFPA et l'Italie. Son fonctionnement devrait être de type hôpital de district, avec une maternité de 50 lits.
- Karte Seh au sud : l'ancien hôpital du CICR, installé dans les années 90 dans 5 pavillons d'habitation est redevenu un établissement du MoH. L'activité dans les pavillons cesse et est, en partie, transférée sur le site de l'institut de la Leishmaniose et de la Malaria, sur la route de Daroulaman, au sein de l'hôpital « italien » en construction.



Il devrait y avoir un établissement sur le site de l'ancien d'environ 200 lits avec un service d'obstétrique, un service de chirurgie dont la capacité devrait être de 50 lits et un service de médecine de 100 lits. Il s'agit d'un transfert d'activité de chirurgie et de l'ouverture d'une activité d'obstétrique, de médecine et de pédiatrie.

Cet hôpital, extrêmement démunie, devrait avoir un fonctionnement de type "district" mais il reste le seul pour l'ensemble du Sud et du Sud Ouest en particulier à Darshi Barshi. La seule autre structure performante de cette zone sont la polyclinique et la maternité de "médecins sans frontières".

2.1.2 - UNE CONCENTRATION DES PLATEAUX TECHNIQUES, ANCIENNE ET CROISSANTE

Les hôpitaux de Kaboul sont ou ont été en principe des lieux de haute spécialisation médicale.

Malgré le dénuement matériel, ces lieux sont ou seront les lieux d'exercice de spécialités à forte valeur ajoutée technologique : chirurgie vasculaire, neurochirurgie, cardiologie, chirurgie pédiatrique, chirurgie orthopédique, centre d'excellence de maternité à Malalai.

C'est dans ce périmètre central que le premier scanner devrait être installé.

2.2 >> L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS N'EST PAS AU SERVICE DU BPHS

2.2.1 - UNE ORGANISATION INTER HOSPITALIERE ET SANITAIRE FERMEE, SANS LIENS EXTERIEURS

L'analyse du fonctionnement et de l'organisation des hôpitaux de Kaboul montre que ces établissements ne sont pas mis au service du BPHS et plus largement sont en décalage par rapport aux objectifs de 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. On peut ainsi retenir que :

- la chirurgie orthopédique se fait surtout à Wazir,
- la chirurgie viscérale, un peu à Wazir, un peu à New Ali Abad, un peu à Jamuhriat et un peu pour les femmes à Rabia Balkhi.
- les deux maternités sont Rabia Balkhi et Malalai mais l'essentiel des accouchements se fait à domicile.
- la médecine interne se fait à New Ali Abad et un peu à Wazir,
- l'essentiel de la pédiatrie se fait à Indira Gandhi et une partie à Ataturk.

Mais ces orientations ne sont pas clairement définies et certaines spécialités se font sur plusieurs sites sans réelles justifications et avec un éparpillement marqué des faibles ressources :

- en ORL : Maiwand, Rabia Balkhi,
- en médecine interne : un peu partout.
- en chirurgie viscérale et en urologie : Jamuhriat, Wazir, New Ali Abad, Ibn Sina etc.

L'orientation des patients ne se fait pas de façon claire, explicite. Le système de référence en matière de spécialités médicales et chirurgicales n'existe pas.

2.2.2 - DES MODALITES D'ACCUEIL INADAPTEES

Tous les hôpitaux de Kaboul ont une activité de consultation externe "Outpatient" OPD et une activité ambulatoire.

Celles-ci s'effectuent le matin de 8h et 13h. Il n'y a pas de tri, ni de priorité pour les urgences. Elles concernent chaque fois près de 200 à 400 personnes et apparaissent dans la plupart des établissements comme la seule modalité d'entrée habituelle, quelque soit 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 même 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.

Seuls deux hôpitaux ont mis en place un système d'orientation filtrée sans moyens supplémentaires mais par une organisation rigoureuse. L'accès des patients aux soins les plus adaptés est performant au regard des moyens et du contexte afghans; la garantie de donner rapidement une réponse efficace est augmentée, en particulier à Wazir.

2.2.3 - UN ACCUEIL DES URGENCES VITALES ET OBSTETRIQUES INEXISTANT MAIS POSSIBLE



L'organisation actuelle n'est pas rationnelle en cas de défaillance vitale poly-viscérale, en particulier à la suite d'un accident traumatique.

Chaque établissement a bien une "permanence", mais celle-ci est assurée le plus souvent par les médecins les moins expérimentés et en faible nombre.

En cas de traumatisme pluri-viscéral, un même patient devrait aller, en même temps :

- à Wazir pour les gestes orthopédiques,
- à Jamuhriat pour bénéficier de l'examen radiologique par scanner si celui-ci est installé,
- à New Ali abad pour la neurochirurgie et pour la chirurgie viscérale,

et les soins intensifs devraient être faits à Wazir.

De plus, le transport et l'accès au plateau technique sont aléatoires. Un début d'organisation en amont se fait avec quelques ambulances et un système de communication radio performant, semble-t-il, dans les locaux d'Ibn Sina avec le soutien de Norvégiens. Ce système ne peut fonctionner qu'avec des sites d'urgence réels.

Pour ces urgences vitales nécessitant une intervention pluridisciplinaire, il semble indispensable de désigner clairement et précisément deux établissements adultes et un établissement pédiatrique et de concentrer l'effort en matériels et en procédures sur ce site.

Wazir semble de loin le site le plus expérimenté et le plus adapté s'il disposait de l'imagerie et de la neurochirurgie.

Il faut ôter toute ambiguïté sur la destination de ces patients en particulier vis à vis des sites de Ibn Sina, de Maïwand, Jahmuriat.

Les dysfonctionnements notés sont particulièrement vrais pour ce qui est des urgences vitales et des femmes enceintes :

2.2.3.1 - CONSULTATIONS D'URGENCE

Mis à part ces accidents traumatiques ou pluri-viscéraux, des défaillances mono viscérales sont possibles, au mieux la plupart d'entre elles devraient bénéficier de soins de proximité. L'équipement actuel des établissements n'offre pas une valeur ajoutée suffisante.

Quelques sites d'accueil disposant d'un plateau technique et d'une compétence pluridisciplinaire pourraient être envisagés.

En tout état de cause, *tous les établissements ne peuvent prétendre offrir un véritable accueil d'urgence.*

2.2.3.2 - ACCUEIL DES FEMMES ENCEINTES

Le défaut d'organisation de l'accueil est particulièrement visible pour les femmes enceintes. Il s'effectue sans valorisation des "références" ou des consultations antérieures.

L'une des maternités propose un début de filtre par son service de consultations externes. Cela montre qu'une nouvelle organisation est possible pour rendre l'accueil plus efficace médicalement et plus "amicale" (friendly hospital).

2.2.4 - CONCURRENCE ET EMIETTEMENT

Les hôpitaux n'ont pas de relations sanitaires entre eux, ni de liens fonctionnels avec le niveau de santé primaire. L'absence de définition claire voire réglementaire du champ d'activité des établissements privilégie fortement les orientations individuelles données par certains médecins. Certains directeurs disent faire des investissements à partir de leurs ressources personnelles et des ressources qu'ils mobilisent en dehors du MoH (bailleurs, ONG étrangères, société civile afghane,...). Dans un contexte de grande pénurie et à l'issue d'une période de troubles, cet engagement est remarquable du point de vue personnel, mais cela peut avoir des effets néfastes pour l'organisation sanitaire et le service rendu.

Il n'y a que peu de recherche de cohérence entre hôpitaux. Celle-ci n'est que le fait du dynamisme du MOH. Cela introduit une stratégie de concurrence entre les établissements vis à vis des ONG et des bailleurs de fonds internationaux. Cela favorise l'émiettement de l'aide, l'éparpillement des moyens. Des réhabilitations partielles sont entreprises sans véritable priorité sanitaire.

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. Les femmes et les enfants vus dans les MCH et pour lesquels une orientation vers un site de référence est médicalement justifiée ne bénéficient pas de cette orientation, ni de cet avis préalable. Il n'y a pas de lieux de concertation, d'échanges entre les intervenants des structures du BPHS et les hôpitaux.

Selon notre expérience, cette situation s'est détériorée depuis une année. Chaque établissement ne paraît, de facto, se concevoir que comme une entité unique et indépendante.

Par contre, dans les villes de province, des comités de coordination existent et tentent de proposer des circuits plus adaptés, ce qui montre que cela est possible et envisageable.

2.3 >> LE SECTEUR PRIVE A KABOUL EST IMPORTANT ET CROISSANT, AMBULATOIRE ET BIENTOT HOSPITALIER

2.3.1 - AMBULATOIRE

En Afghanistan, 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 à un hôpital oblige le médecin à être présent à l'hôpital de 8h à 16h en théorie, de 8h à 13 h en pratique. L'affectation exacte dans l'hôpital est le fait du directeur.

Pour cette fonction publique, chaque médecin reçoit environ 1700 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. Ce qui n'est pas motivant et offre énormément d'effets pervers. A cela s'ajoutent des primes "incentives" non généralisées, versées par certains bailleurs et ONG. Elles génèrent des effets positifs, mais aussi des dysfonctionnements non négligeables.

Pour vivre, chaque médecin, y compris les médecins militaires, a un cabinet privé, en activité en principe de 16h à 21h ou 22h. Leur installation semble libre. Il existe une tarification officielle, la consultation serait de 50 afghanis soit 1 euro (en fait, elle dépend du niveau du médecin).

L'activité des cabinets est inégale mais certains praticiens déclarent près de 100 à 150 consultations par jour.

Ce système semble permettre aux médecins afghans un niveau de revenu acceptable. Il est un très fort élément moteur pour le développement de certaines techniques. Il démontre une grande consommation de services médicaux ambulatoires.

Rien ne montre que cette forte consommation soit le fait des populations désignées comme prioritaires en matière de santé publique, ni surtout à leur bénéfice.

L'essentiel des examens des radiologies, d'échographie et de biologie se fait en secteur privé. Certains patients hospitalisés en hôpital public peuvent avoir à aller pratiquer des explorations dans le secteur privé durant leur séjour !

Au delà du manque de moyens, il est probable que l'extrême faiblesse des plateaux techniques des hôpitaux publics de Kaboul soit aussi le fait d'un manque d'intérêt, en particulier "financier" et d'un manque d'investissement de la part des médecins.

Si il est indispensable de favoriser un secteur privé pour qu'il soit développé et performant, la mission considère qu'il n'est pas pertinent de mettre en place des mécanismes de concurrence fictive ou de concurrence organisée entre hôpitaux publics et hôpitaux/cliniques privées comme instruments de régulation de l'offre de soins. Cela dit, une concurrence ponctuelle subsistera inéluctablement à la marge. Face à un secteur privé appelé à se développer, il convient de rechercher des synergies et des complémentarités, ce qui doit passer entre autres par un développement de la politique contractuelle (« contracting out ») et par une politique qui devra, au moins pour les

éléments techniques indispensables, rendre l'hôpital attractif pour les médecins utilisateurs, soit en terme de qualité, soit en terme d'accessibilité.

2.3.2 - LE SYSTEME D'HOSPITALISATION PRIVE

Un système privé a existé à Kaboul avant la guerre. Il s'apparentait à un système mixte : le patient bénéficiait à l'hôpital public d'une prestation hôtelière améliorée pour laquelle il payait l'hôpital, non le médecin. La prestation médicale et technique en principe restait identique pour chacun.



Actuellement, le service en hôpital public est gratuit et ne peut être facturé, sauf quelques frais de films radiologiques. 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.

Non officiel, ce paiement est non mesurable. C'est un grand frein à l'accès aux soins.

Il paraîtrait possible de réintroduire une tarification au moins hôtelière dans certains établissements publics et avec une garantie d'amélioration de l'accessibilité.

Actuellement, il semble y avoir au moins trois établissements d'hospitalisation privée à Kaboul. Un seul d'entre eux a pu être visité. Il offrait 50, voire 150 lits. Il est suffisamment rentable pour que des projets d'ouverture soient envisagés ou mis en œuvre.

Ce qui rend ces établissements attractifs pour les patients semble être un accès garanti à un médecin de réputation établie, dans des délais courts et avec une connaissance de la qualité attendue. Les médecins qui y pratiqueraient semblent être ceux reconnus comme les plus réputés. Paradoxalement, cette réputation est établie à partir de leur fonction publique de professeur ou chef de service spécialisé.

En principe, les exigences du MoH pour les hôpitaux privés sont très fortes, elles font l'objet d'un cahier des charges détaillé en particulier pour en garantir la qualité. En pratique, rien ne permet de confirmer ces exigences.

Surtout, il apparaît que l'investissement en matériels lourds y soit très rapide et plus facile. Deux achats de scanners ont déjà été annoncés. Ils correspondent à un dynamisme propre de ce secteur mais ne répondent pas aux priorités de santé publique. En revanche, il y a là un champ ouvert à une politique contractuelle.

Ce secteur doit être respecté, il a un impact favorable, scientifique et économique. Il nécessite une maîtrise, un contrôle clair du MoH. Ceci concerne l'autorisation, la tarification, le contrôle, la qualité, l'accessibilité et la coopération sanitaire, en bref la définition - en concertation avec les acteurs privés - d'un cadre réglementaire transparent, appliqué, contrôlable.

2.4 >> UN DESEQUILIBRE DES PERSONNELS DANS LES HOPITAUX DE KABOUL, QUALITATIF ET QUANTITATIF

Il est très difficile de déterminer avec certitude des ratios de personnels et des normes de fonctionnement.

Selon la mission que l'on donne à l'hôpital et son champ d'intervention, la différence peut être importante.



Toutefois, des ordres de grandeur peuvent eux être donnés. Il est courant de considérer que pour le personnel total, un ratio de 1 personne par lit (500 lits = 500 personnes) est une moyenne fonctionnelle et que deux personnes par lit (500 lits = 1000 personnes) est un ratio très élevé qui ne se justifie que par la lourdeur des tâches et la haute technicité des missions.

Pour la qualification : un hôpital ne peut fonctionner qu'avec des équipes équilibrées, un médecin prescrit des soins qui doivent être exécutés. Il ne peut y avoir plus de médecins que d'infirmiers.

A Kaboul, et selon des informations du 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.

Il apparaît :

- qu'il y a d'une part, trop de personnels en rapport avec les missions usuelles,
- qu'il y a beaucoup trop de médecins :
 - en nombre absolu,
 - en rapport avec le reste des équipes.

1 médecin pour 4 infirmiers ou soignants peut être un objectif indicatif maximum raisonnable.

Dans la plupart des établissements, les directeurs ont une bonne connaissance de ce déséquilibre, proposant une diminution très marquée du nombre de médecins. Soulignons que cette problématique est spécifique à "Kaboul centre".

2.5 >> LE PERSONNEL SOIGNANT ET LE PERSONNEL D'ENCADREMENT N'EST PAS VALORISE

Un hôpital, comme toute structure curative, ne peut fonctionner qu'avec des personnels soignants, infirmiers et aides-soignants.

Les hôpitaux afghans manquent de personnels de soins. De plus, 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 que très peu de cadres, pourtant ce niveau intermédiaire est primordial au bon fonctionnement d'un établissement.

Dans tous les établissements, les directeurs n'ont que très peu de formation à la gestion au management. S'ils ont des projets ambitieux, ils manquent d'outils pour leurs mises en œuvre, bien au delà du manque de moyens, réel, sur lesquels la plupart des partenaires paraissent se focaliser, pour autant que nous ayons pu en juger.

Ils n'ont pas d'équipe de direction 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.

En conclusion :

Les hôpitaux de Kaboul présentent des caractéristiques uniformes :

- **une concentration excessive en centre-ville,**
- **une activité sans relation avec les objectifs de la santé publique,**
- **un fonctionnement refermé sur lui-même sans relation fonctionnelle avec le monde sanitaire non hospitalier,**
- **une dotation en personnel trop importante, non justifiée par l'activité, en particulier avec trop de médecins,**
- **une équipe de direction insuffisante,**
- **une absence de définition précise des spécialités et des missions,**
- **une stratégie de concurrence parfois, et une dévalorisation par rapport au secteur privé en particulier pour les équipements ;**
- **une accessibilité et une qualité non garanties.**

On peut définir pour certains hôpitaux du centre, des missions spécifiques de niveau national ou régional et concentrer l'effort de



réhabilitation et d'organisation sur ces quelques sites (voir le rapport français de mai 2002)

A l'inverse, des activités en doublon et des établissements avec une faible justification sanitaire ne devraient pas faire l'objet d'investissements sanitaires. Le cas de Ibn Sina est démonstratif comme celui d'Antoni, voire de Jamuhriat.

3 >> HOPITAL ET SYSTEME DE REFERENCE EN PROVINCE

Nous ne reprendrons pas l'analyse détaillée de chaque site. La question des hôpitaux de référence se pose de façon très différente en province.

Les moyens y sont tout aussi faibles qu'à Kaboul.

3.1 >> CONTEXTE GENERAL, DEUX NIVEAUX DE COMPETENCE : PROVINCIALE ET INTER PROVINCIALE

En province, il n'y a souvent qu'un seul hôpital qui, dans les provinces de faible densité, est de petite dimension, voire non fonctionnel. Il paraîtrait légitime qu'ils aient au moins le niveau d'un hôpital de district en terme de missions et de moyens.

Les établissements de province moins peuplés, comme Charikar, Kunduz, Ghazni, Gardhez, Bamyan, doivent se concevoir comme pouvant régulièrement et normalement avoir recours à un établissement de référence doté de plus de moyens, dans une province proche.

Pour les provinces à forte population que sont Herat, Mazar E Charif, Djalalabad, Kandahar, on peut évoquer la notion d'inter provincial ou de "régional".

3.2 >> UNE COHERENCE PLUS FORTE EN PROVINCE

Il n'y a qu'un hôpital général polyvalent dans la plupart des villes.

Celui-ci a dans ses compétences et attributions l'ensemble des structures et des moyens sanitaires, en particulier ceux du BPHS :

- Hopital de district, comprehensive center, basic health center et postes ainsi que l'ensemble des agents de proximité.

Cette compétence est cohérente et unique, elle correspond à une attribution budgétaire et à une autorité qui est celle du directeur régional ou provincial.



Dans un pays en voie de construction, l'autorité administrative directe est celle du MOH qui décide des dotations, des affectations de personnel, du nombre théorique de médecins.

Actuellement, l'implication des Gouverneurs est assez marquée et le directeur « régional » permet que soient prises en compte les exigences du niveau

central et provincial. De plus, les Gouverneurs peuvent participer directement à certaines dotations financières ou matérielles.

Ce "jeu" de pouvoir très important n'est pas spécifique du domaine sanitaire.

3.3 >> UN DESEQUILIBRE MARQUE EN DEFAVEUR DES STRUCTURES DU BPHS

Dans l'ensemble des provinces, le déséquilibre des moyens est plus visible encore qu'à Kaboul.



Dans les provinces visitées, le personnel total attribué au système de santé est d'environ 600 à 800 personnes.

Dans chaque région, entre 60 à 80% du personnel est directement affecté au centre hospitalier.

Pour le nombre de médecins, cette attribution est toujours plus marquée. L'affectation

des médecins au centre hospitalier concerne 70 à 90% du total. Ceci s'explique largement pour des raisons de sécurité, de revenus personnels et de qualité de vie.

Comme à Kaboul, les médecins tirent l'essentiel de leurs revenus de leur activité privée de l'après-midi. Ils ne rencontrent une "clientèle" suffisante que dans les centre-villes.

Toutefois, en terme de santé publique, l'affectation est tout à l'inverse de ce qui est théoriquement recherché pour des soins de proximité, ambulatoires, accessibles et efficaces.

3.4 >> UNE ACCESSIBILITE FAIBLE

Plus encore qu'à Kaboul, les distances sont importantes entre les lieux d'habitation et les hôpitaux.

Mis à part quelques axes routiers rares, les chemins sont peu carrossables.

La durée du trajet se compte souvent en jours et est à la charge du patient et de ses accompagnateurs. Ceux-ci doivent trouver un hébergement temporaire en ville durant le séjour.

Ces éléments ne sont pas en faveur d'une grande accessibilité.

3.5 >> LE ROLE DE SITE DE REFERENCE N'EST PAS VALORISE

Malgré les difficultés d'accès, les centres provinciaux paraissent pour une grande part de la population comme le lieu de premier recours.

Les consultations y sont très importantes, entre 200 et 400 par jour selon les sites, avec un taux d'hospitalisation très faible de moins de 10%, ce qui montre bien que le rôle de l'hôpital comme lieu de référence n'est ni compris par la population, ni mis en œuvre par l'autorité sanitaire.

3.6 >> DES ELEMENTS PLUS FAVORABLES POUR LA TRANSITION EN PROVINCE

Dans les provinces visitées, il existe un "comité de coordination". Celui-ci réunit sous l'autorité du directeur régional toutes les ONG et tous les intervenants sanitaires (WHO, UNICEF...).

Des contacts personnels sont institués, une plus grande clarté dans les choix de chacun existe.

Le système public garde une forte légitimité et une forte autorité. Toutefois, le niveau du BPHS relève le plus souvent des moyens des ONG, qui apparaissent dans certaines zones comme seules capables pour l'instant d'exercer cette mission de proximité.

Cela montre qu'en dehors de l'incitation financière "incentive" ou autoritaire, l'hôpital central capte et attire la quasi-totalité des personnels de santé, médecins en particulier. Inverser cette tendance suppose un volontarisme et une réorganisation portant sur l'ensemble des points de motivation. Une approche déclarative est insuffisante.

4 >> EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX, HOSPITALIERS ET BATIMENTS

4.1 >> LE PLATEAU TECHNIQUE ACTUEL A KABOUL

Il n'a pas été possible de faire l'inventaire exact des équipements disponibles dans les hôpitaux kabouli, les visites étant beaucoup trop rapides lors d'un premier contact.

Il ressort cependant le constat suivant :

- tous les équipements en fonctionnement ont été donnés récemment (depuis 2001), notamment par la JICA (Japon) et KFW (Allemagne, à l'exception de 2 ou 3 appareils de radiologie chinois (très simples),
- des équipements plus simples (éclairages opératoires; tables d'opération, aspirateurs de mucosités ; autoclaves de type laboratoire ; incubateurs et agitateurs de laboratoire) sont plus anciens et correspondent à la période communiste.

Ce constat n'apporte aucune surprise, la maintenance étant totalement absente. Plusieurs des appareils récents sont déjà en panne, notamment les petits appareils de laboratoires. D'autres équipements ne sont pas utilisés, parce qu'il n'y a pas les consommables nécessaires (gaz halogénés pour les respirateurs; réactifs pour les appareils de laboratoire.

Les équipements aperçus sont tous des équipements très simples, tant en radiologie (mobiles de graphie principalement) qu'au laboratoire (spectrophotomètres manuels; bilirubinomètres, etc..) ou au bloc opératoire (respirateurs simples). Un point positif à signaler: il y a peu de modèles différents, ce qui simplifierait grandement leur maintenance.



Aucun équipement sophistiqué n'a été vu. Les autoclaves sont de type laboratoire, sans générateur de vapeur, simples d'emploi et demandant peu de maintenance. Mais les charges ainsi stérilisées sont très souvent humides, de sorte que pour le rester, il faut qu'elles soient utilisées immédiatement, ce qui n'est probablement pas toujours le cas. On trouve

également de nombreux poupinels (stérilisation à chaleur sèche, par chauffage électrique), dont l'efficacité a été remise en cause. Ils assurent, si ce n'est une stérilisation réelle, au moins très une bonne désinfection.

Aucun bloc opératoire ne dispose d'appareils mobiles de fluoroscopie, même en orthopédie.

Peu de respirateurs étaient utilisés, soit par habitude (chirurgie et anesthésie "de guerre") soit par manque de consommables (gaz halogénés).

La distribution de ces équipements ne paraît pas avoir été optimisée (ex: un mobile de graphie en excédent, non utilisé, à côté de deux autres dans un hôpital.)

La tentation des équipements sophistiqués est cependant là, avec pour exemple le scanner chinois qui devrait être installé à Jamuhriat. La tentation de fournir des équipements de piètre qualité est également perceptible dans certains dons : lits neufs déjà rouillés quant ils sont déballés, instrumentation chirurgicale chromée au lieu d'être en inox.. Il faut que le Ministère puisse intervenir dans ces deux cas, pour les éviter.

4.2 >> LE SERVICE CENTRAL DE RADIOLOGIE ET LE LABORATOIRE CENTRAL A KABOUL

Le service central de radiologie, localisé près d'Ibn Sina avait pour mission de former des radiologues aux techniques des Rayons X et de l'échographie. Il y aurait actuellement une quinzaine de médecins en formation. Mais il ne dispose plus que de deux équipements relativement modestes de radiologie conventionnelle en fonctionnement dans les 5 ou 6 salles ouvertes autrefois. Il dispose également de deux échographes noir et blanc modestes. Les locaux sont désuets et nécessiteraient une bonne rénovation



Les étudiants radiologues bénéficient d'une formation organisée par l'Ambassade de France, mais aucun projet de don en équipement n'est connu de la direction du Service.

Le laboratoire central localisé tout près du service central de radiologie, avait pour vocation initiale de préparer les réactifs pour les

laboratoires des hôpitaux de tout l'Afghanistan et servir de lieu de stage pour les laborantins formés à l'Institut Médical Intermédiaire. Quinze médecins sont en formation. Il emploie 152 personnes (dont 35 en contrats courts et 27 administratifs) dans les laboratoires de sérologie, hématologie, parasitologie, bactériologie et biochimie.

L'équipement y est très simple, avec uniquement des techniques manuelles; Il pourrait fonctionner avec 35 personnes d'après son directeur.

30 à 35 laboratoires viendraient se fournir en réactifs, qui leur sont donnés après justification des quantités précédentes consommées.

Seul le laboratoire de bactériologie reçoit un peu d'aide du WHO en matériel. Un bureau est prêt pour recevoir des personnes de cet organisme, mais il est inoccupé. L'ONG AML y intervenait jusqu'à ces derniers mois en assurant deux heures de cours quotidiennes de formation.

Ces deux services centraux, très largement dotés en personnel, n'ont de moyens spécifiques à leur mission qui, outre la formation, reste à définir.

4.3 >> LA DIRECTION DES EQUIPEMENTS ET DE LA QUALITE AU MINISTERE DE LA SANTE

Le rôle de cette direction du Ministère est de gérer tout ce qui touche les équipements médicaux, les médicaments dans les hôpitaux afghans. Elle comprend une vingtaine de personnes réparties dans 4 sous-directions aux attributions très bien définies :

- une direction administrative, chargé des statistiques et de toute la partie administrative des tâches incombant aux autres directions ;
- une sous-direction professionnelle pour soutenir tous les Etablissements de Santé de la province de Kaboul quant aux médicaments et aux équipements biomédicaux.

Cette sous-direction a autorité pour tout ce qui concerne les dons d'équipements (gouvernements et ONG). Elle garde des listes de tous les dons de matériel et médicaments... Elle intervient particulièrement au niveau des douanes.

Les pharmaciens hospitaliers sont réunis chaque jeudi pour faire le point sur leur utilisation des médicaments et leurs besoins, sur les nouveautés pharmaceutiques, sur la gestion des médicaments, etc... Ces pharmaciens doivent tenir des fiches d'inventaire des équipements biomédicaux

- une sous-direction professionnelle pour les Provinces (6 personnes). Elle a les mêmes pouvoirs dans les provinces que la sous-direction pour Kaboul ;

Elle aussi est chargée des achats de médicaments et des équipements suivant les besoins des hôpitaux. Elle vient de le faire pour 25 000 afghanis (500 €) de sacs pour les poches de sang de la Banque de sang.

- une sous-direction, dotée de 3 personnes chargée de faire des recommandations sur les achats à l'International de matériel et de médicaments sur crédits de la Banque d'Afghanistan.



Les attributions de cette direction des équipements semblent bien répondre aux besoins du Ministère dans son rôle de gestion... Mais elles sont pour le moment toutes théoriques car la direction n'a pas de moyens financiers, pas même celui d'imprimer les fiches d'inventaire des équipements, fiches qui devraient être distribuées dans chaque

hôpital. Les ONG et pays donateurs ne tiennent pas compte de cette politique du Ministère et font ce qu'ils veulent sans tenir compte de cette direction. La sous-direction à l'International ne peut agir car il n'y a aucun crédit pour acheter à l'étranger. Enfin cette direction est composée uniquement de pharmaciens qui ne connaissent pas les équipements biomédicaux.

4.4 >> LES BATIMENTS ET AUTRES INFRASTRUCTURES

Les bâtiments témoignent d'une vétusté certaine et du manque probable d'entretien pendant de très nombreuses années. Mais les locaux visités sont nettoyés régulièrement notamment les sols, même avant rénovation. Les peintures et les aménagements intérieurs accusent les années. Mais ce ne sont pas des éléments qui nuisent de manière primordiale aux hôpitaux pour leur maîtrise de la technique biomédicale et de l'hygiène. Il est en effet important de distinguer ce qui nuit réellement à la fonction de l'hôpital, de ce qui appartient plutôt à la fonction hôtellerie.

LE GROS ŒUVRE PARAÎT SAIN.

L'eau est souvent approvisionnée par le biais d'un château d'eau propre à l'hôpital.



L'alimentation en électricité par le réseau externe est un problème réel, avec encore de trop nombreuses coupures, ainsi que des fluctuations de voltage considérables que les nombreux régulateurs de voltage essaient bien de réguler. Il a été impossible de voir les dispositifs de secours de tous les hôpitaux visités. Mais plusieurs ont reçu de nouvelles

génératrices. Electricité et eau sont deux domaines où les agences internationales semblent très actives

Les buanderies, même vétustes, semblent assez efficaces dans la mesure où les vêtements blancs du personnel sont habituellement impeccables. Les vêtements et draps chirurgicaux posent certainement aussi des problèmes.

Les cuisines n'ont pas un impact immédiat sur la qualité des soins, mais elles reflètent une certaine approche de l'hôpital : elles ont beaucoup moins bénéficié de rénovations et d'aide d'ONG que les autres secteurs logistiques des hôpitaux mentionnés précédemment. Toutes celles visitées sont très vétustes. Et lorsqu'il y a eu don d'équipements modernes, ceux-ci ne sont pas nécessairement d'énergie la plus régulière et/ou, que pour des questions de puissance disponible, on ne peut -ou ne veut- pas utiliser l'électricité.

La question du chauffage n'a pas été abordée au cours de la mission.

D'autres domaines, pourtant beaucoup plus critiques dans les hôpitaux notamment parce qu'ils touchent à l'hygiène, restent en retard par rapport aux secteurs mentionnés précédemment :

- les toilettes et les points d'eau pour le lavage des patients sont beaucoup trop peu nombreux, avec une plomberie souvent rouillée et qui fuit. Mal entretenue, elle pose déjà des problèmes dans les quelques blocs opératoires rénovés ;
- les lits sont souvent très rouillés ;

- les anciens équipements, même non fonctionnels et rouillés, sont conservés sur place ;
- des blocs opératoires n'ont pas encore tous été rénovés.

Ces points rendent ainsi souvent inefficaces les efforts qui sont faits par le personnel pour assurer un niveau d'hygiène adéquat notamment dans les locaux sensibles comme les blocs opératoires.

En conclusion, si l'on tient compte de l'extrême faiblesse actuelle des moyens disponibles, la situation des hôpitaux peut être qualifiée de potentiellement bonne pour ce qui est des locaux, de la logistique et des équipements. Bien des gouvernements et des ONG sont actifs pour rénover les hôpitaux et/ou les aider à fonctionner. Mais cette situation est très fragile parce qu'elle peut se dégrader facilement, principalement par manque de maintenance et de continuité.

5 >> MANAGEMENT ET GESTION

Le management et la gestion des hôpitaux visités ont été analysés au travers des fonctions transversales et de l'organisation de ces structures

5.1 >> LES FONCTIONS TRANSVERSALES

Sont analysés ici la gestion du personnel, ainsi que les diverses fonctions médicales et logistiques des hôpitaux.

5.1.1 - LA FONCTION PERSONNEL

La fonction personnel est ici abordée au sens administratif du terme, et non dans le cadre d'une analyse de la gestion des ressources humaines et du management qui est abordée plus loin dans le rapport.

Elle recouvre essentiellement la gestion de la carrière, du recrutement jusqu'à la fin d'activité, et englobe la question essentielle de la rémunération.



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.

La Direction du personnel au Ministère est répartie en cinq bureaux, composés chacun de trois personnes.

Chaque bureau est spécialisé dans le suivi de la carrière d'une catégorie de personnel.

Il y a ainsi un bureau qui s'occupe des cadres supérieurs ; notion qui regroupe, en Afghanistan, les médecins et les pharmaciens.

L'ensemble de la carrière de tous les agents qui travaillent dans les hôpitaux en Afghanistan est géré dans ces cinq bureaux.

On voit mal, dans ces conditions, comment le Ministère pourrait assurer ses missions de contrôle, notamment sur les listes du personnel à payer, avec des effectifs aussi faibles.

De même, la mise en œuvre d'actions efficaces visant à mieux réguler les flux de personnels médicaux entre la province et Kaboul n'est guère possible avec l'organisation actuelle.

Il est d'ailleurs symptomatique de n'avoir pas pu véritablement obtenir un état des effectifs concordant entre les listes fournies par les hôpitaux visités et celles fournies par le Ministère.

Malgré tout, il a été possible de dresser un certain nombre de constats sur la gestion du personnel.

5.1.2 - LE RECRUTEMENT

L'ensemble du personnel hospitalier est recruté par le Ministère de la santé (MoH).

Il est, semble-t-il pour certaines catégories au moins, recruté par concours, et placé sur une liste d'aptitude avec un rang de classement.

Lorsqu'un poste est vacant dans un hôpital, les candidatures sont instruites par le MoH et soumises à l'avis des directeurs d'hôpitaux.

L'avis du directeur est déterminant, et les personnes interrogées ont toutes admis que le MoH ne procédait à la nomination d'un agent que sur avis conforme du directeur, même si rien n'empêcherait qu'il en soit autrement.

A l'inverse, il est impossible dans les faits de contraindre véritablement un agent de prendre un poste dans une structure où il ne souhaiterait pas aller.

5.1.3 - LE DEROULEMENT DE CARRIERE

Après une période de stage, semble-t-il de deux ans, le personnel est affecté de manière stable au sein d'une structure.

Il est soumis à l'autorité du directeur qui, médecin lui-même, a également autorité sur tout le personnel, y compris médical de son hôpital.

Le personnel a une obligation de présence qui est définie de manière précise.

Les tableaux de service sont remplis et émargés et transmis au service du personnel du MoH qui assure le traitement de la paie du personnel.

Il semble bien qu'il y ait un contrôle de la présence.

Bien qu'il n'ait pas été possible de déceler de failles avérées dans ce système de contrôles, les possibilités d'irrégularités existent en la matière.

Le personnel est soumis à certaines règles disciplinaires qui, si elles sont non écrites, n'en demeurent pas moins reconnues par tous.

Ces règles s'appliquent aussi bien aux médecins qu'aux non médecins.

Dans les faits, lorsqu'il apparaît qu'un agent est défaillant, il est reçu par le directeur.

Il peut, recevoir alors un avertissement qui fait l'objet d'une transmission au MoH.

Au bout de deux ou trois avertissements, le Directeur peut proposer le licenciement de la personne qui est alors rayée de la liste du personnel rémunéré par le Ministère.

Le Directeur semble à cet égard disposer un réel pouvoir tant de nomination que disciplinaire.

Celui-ci n'est pas réellement contre balancé par une véritable structure représentative du personnel ; dans la mesure où les syndicats sont quasi inexistantes dans les hôpitaux afghans.

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.

La carrière hospitalière des agents est ponctuée par la mise en retraite. Celle-ci est différenciée en fonction du sexe des agents (65 ans pour les hommes, et 60 ans pour les femmes).

Son niveau variera en fonction de l'échelon atteint par l'agent au moment de la liquidation de sa retraite.

A ce stade de l'étude, nous ne disposons toutefois pas d'informations très précises quant au mode de liquidation de la retraite.

5.1.4 - LA REMUNERATION

Le système de rémunération du personnel hospitalier comprend plusieurs caractéristiques :

- Il est très bas et totalement uniforme.
Tous les personnels touchent le même salaire : 1750 afghanis (35 US\$) par mois.
- Le salaire varie peu au cours du déroulement de la carrière.
Il existe une seule échelle de rémunération, et l'échelon le plus élevé correspond à un salaire net de 2000 afghanis (40 US\$).
Les possibilités d'évolution de carrière sont donc faibles puisque sur l'ensemble d'une carrière, l'augmentation maximale de salaire n'est que de 12,5 %.
- Des compléments de salaires existent, mais ils sont souvent opaques et inégaux.

La garde hospitalière est rémunérée, mais de manière si basse que cela constitue plus une contrainte, qu'une véritable source de revenus complémentaires (entre 4 et 6 afghanis par garde) ; même si le repas est fourni gratuitement aux agents de garde.

Les compléments de salaires (incentives) versés par les Organisations Non Gouvernementales (NGO) ne sont pas harmonisés.

D'une NGO à l'autre, à fonction égale, l'incentive peut varier de manière importante.

L'existence d'incentives constitue incontestablement, pour certains services, une mesure incitative forte pour améliorer la qualité des soins.

Néanmoins, le versement de ces incentives échappe complètement au directeur et pose parfois des problèmes de cohésion et de jalousie au sein des structures hospitalières.



Le directeur ignore finalement quel est le niveau précis et officiel de rémunération des agents qui sont sous sa responsabilité ; ce qui peut entamer son autorité.

A cet égard, un des directeurs rencontrés, après avoir indiqué qu'il n'y avait aucune forme d'incentives dans son établissement, s'en est félicité, en affirmant que son autorité s'en trouvait confortée.

Disposant de revenus liés à sa fortune personnelle, il versait lui-même, et sur ses propres deniers, des incentives à certains agents.

A l'inverse, un de ses collègues, dans un autre hôpital, déplorait ne pas toucher, lui-même, d'incentives.

Au-delà des incentives, qui ne sont pas généralisés, l'activité privée et pour certains des pratiques occultes constituent un complément quasi systématique de revenus.

Les médecins exercent tous une activité privée en dehors de l'hôpital. Celle-ci est admise et quasi officielle.

En revanche, si le principe de la gratuité des soins est affirmé avec force, dans les faits, force est de constater que cela n'est pas toujours le cas.

Les possibilités de détournements sont nombreuses, sans qu'il soit possible, à ce stade, d'affirmer si ceux-ci existent de façon sporadique ou généralisés.

Il n'est pas rare que les chirurgiens opèrent les malades en échange du versement par la famille d'une indemnité.

Certains consommables peuvent être détournés et revendus au bazar.

Il est intéressant de constater que dans certains hôpitaux, les fournitures (médicaments, sutures) font l'objet d'une vigilance accrue qui se caractérise par l'existence généralisée de placards et de cadenas fermant à clef.

Le circuit du médicament (voir infra) permet également l'existence de trafics.

D'une façon générale, l'organisation actuelle des plateaux techniques (imagerie et laboratoire) permet un système d'activité occulte qui peut échapper au système d'information de l'hôpital.

La fonction personnel est donc assez bien définie sur le plan administratif, mais assez mal contrôlée.

Elle repose essentiellement sur la qualité du management interne, et son efficience est largement obérée par la question des rémunérations.

5.1.5 - LA FONCTION MEDICALE

Aborder cette question conduit inévitablement à s'interroger sur l'adéquation de la formation des médecins avec les besoins des hôpitaux.

Il y a incontestablement trop de médecins dans les hôpitaux, notamment à Kaboul.

Le tableau des emplois de chaque hôpital, montre que la proportion entre le personnel médical et le personnel soignant est déséquilibrée.

Au-delà de cet aspect quantitatif, il semble que le nombre de chirurgiens soit trop élevé.

Il s'agit là sans doute des conséquences des années de guerre qui ont nécessité un recours important à la chirurgie.

Les services sont généralement répartis en service de médecine interne, chirurgie générale etc...

Selon la spécialité affichée des hôpitaux visités, certains services plus spécialisés existent (gynéco obstétrique, urologie, chirurgie

orthopédique, neurochirurgie, psychiatrie, pédiatrie, service de brûlés, soins intensifs etc...)

Certains hôpitaux disposent de services d'urgences identifiés. Pour d'autres, l'accueil des urgences est effectué à l'entrée de l'hôpital par un agent administratif qui oriente le patient vers le service qui lui semble le mieux adapté.

Une des autres caractéristiques réside dans l'existence de services exclusifs pour les femmes et pour les hommes.

Le nombre de femmes médecins semble faible, et cette tendance sera longue à redresser eu égard à la proportion de femmes qui fréquentent la faculté de médecine (à peu près 10 % à la faculté de médecine de Djalalabad).

Ceci peut poser certains problèmes pour le suivi de certaines patientes qui, pour des raisons culturelles, acceptent mal d'être examinées par un homme.

Malgré leur nombre plus que suffisant, les médecins n'ont pas le monopole de la prescription d'examen ou de médicaments ; ce qui peut conduire à des traitements inadaptés ou à des erreurs thérapeutiques.

La répartition des tâches entre les médecins, les infirmiers (nurses) et les cadres soignants (head nurses) n'est pas clairement définie.

S'il existe bien des chefs de service, leur rôle exact dans l'organisation du service n'a pas pu être approfondi.

Enfin, malgré la présence de médecins spécialistes au sein des structures hospitalières, il est rare de constater l'existence de consultations spécialisées publiques.

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.

Au sein des services de médecine, les spécialités des médecins ne sont pas toujours faciles à identifier, ni même nécessairement validées par les diplômes correspondants.

Il s'agit pourtant d'une des vocations essentielles d'un hôpital de référence de pouvoir offrir une prise en charge médicale spécialisée.

5.1.6 - LE SYSTEME D'INFORMATION ET LES INDICATEURS

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

Les capacités en termes de lits, telles qu'elles sont connues au Ministère et telles qu'elles existent au sein des hôpitaux ne sont pas complètement superposables.

Il a été très difficile d'obtenir des données élémentaires d'activité.

Les hôpitaux comptabilisent les entrées, le nombre d'interventions chirurgicales, et, le cas échéant le nombre de naissances, mais n'exploitent pas réellement les données qu'ils recueillent.

A chaque fois qu'un malade arrive à l'hôpital, il est enregistré ; généralement sur un cahier.

Il semble bien que beaucoup d'informations soient ainsi enregistrées, mais faute d'outils informatiques ou même tout simplement de photocopieurs, ces données ne sont guère exploitées.

Mis à part dans un hôpital visité, la provenance du patient (et notamment s'il est adressé par une structure de soins primaires) n'est guère renseignée.

De même, les dossiers médicaux n'existent pas forcément et il n'existe pas d'archives médicales.

En revanche, dans ce même hôpital, le patient disposait d'un dossier papier avec lequel il repartait et sur lequel figurait les indications essentielles relatives au déroulement de son séjour et au suivi de son traitement.

Les durées moyennes de séjour sont bien renseignées pour les maternités, parce que ces séjours sont classiquement inférieurs à 24 heures.

Pour les autres services ces informations ne sont pas toujours immédiatement disponibles.

Il s'agit pourtant d'indicateurs importants qui peuvent permettre d'orienter la réflexion autour des orientations et des capacités optimales des hôpitaux.

Conduire une analyse fine à ce sujet dans ces conditions reste à l'heure actuelle assez hasardeux, même en la croisant avec des données épidémiologiques.

5.1.7 - LA LOGISTIQUE ET LES APPROVISIONNEMENTS

La logistique des établissements visités est confrontée à trois écueils :

- **Les moyens de fonctionnement pour assurer les fonctions logistiques sont insuffisants.**

Les dotations budgétaires accordées aux hôpitaux sont à l'évidence insuffisantes, à elles seules pour assurer les principales fonction logistiques que requiert un hôpital : linge, alimentation, transport, maintenance, consommables, réactifs, médicaments, fournitures diverses ...

L'aide internationale permet souvent de pallier cette difficulté, et les dotations en linge et usage unique, ... sont souvent complétées voire totalement assurées par les NGO.

- **l'entretien du matériel est aléatoire.**

Comme il a été décrit ci-dessus, la maintenance est souvent assurée avec les moyens du bord, voire complètement oubliée.

- **Les directeurs d'hôpitaux ne disposent d'aucun crédit délégué pour assurer les menues dépenses de fonctionnement de l'hôpital.**

Tous les achats sont centralisés au niveau du MoH.

D'un point de vue concret, lorsqu'il faut changer une ampoule électrique, la demande doit être faite au MoH qui centralise l'ensemble des opérations de dépenses, de l'engagement au règlement.

Cela alourdit et renchérit certainement aussi le processus et conduit à d'inévitables ruptures de stocks forcément préjudiciables.

5.1.8 - LA PHARMACIE

Les médicaments, en théorie, sont fournis gratuitement aux malades.

En pratique, cela se passe différemment.

Les crédits dont disposent les hôpitaux pour l'achat de médicaments sont à l'évidence insuffisants pour couvrir les besoins.

A titre d'exemple, il nous a été dit que l'hôpital Indira Gandhi disposait d'un crédit annuel du Ministère de 80 000 afghanis (1600 US\$) pour l'achat de ses médicaments.

Ce chiffre laisse perplexe lorsque l'on connaît l'activité aiguë de cette structure pédiatrique.

L'aide internationale pourvoit donc très largement à la fourniture des médicaments.

Cette aide n'est pas systématiquement répertoriée ni centralisée au niveau de la direction de l'hôpital.

Un des hôpitaux visités a instauré un comité de gestion de tous les médicaments qui parviennent à l'hôpital.

Ceux-ci sont répertoriés et répartis.

Cela n'empêche pas, in fine, les possibilités de mise en place d'un usage différent de celui prévu mais cela permet au moins d'instaurer un contrôle partagé du circuit de distribution.

Quoi qu'il en soit, le malade ou sa famille sont fréquemment amenés à acheter eux-mêmes les médicaments, mais également aussi les fils chirurgicaux.

Le système actuel ne permet pas une véritable régulation de ce processus.

Il contribue vraisemblablement à instaurer un effet d'éviction ; empêchant certains patients d'acheter les médicaments adaptés à leur état.

Il n'est d'ailleurs pas certain que, contrairement à ce qui a pu nous être



parfois dit, la distribution gratuite de médicaments ne soit pas nécessairement effectuée en priorité en direction des indigents.

A ce stade de l'étude, il n'a pas été possible d'analyser l'impact réel de cette organisation dans ce domaine.

Un suivi rigoureux des circuits des médicaments semble indispensable.

5.1.9 - LES MOYENS DE COMMUNICATION, LES TRANSPORTS

5.1.9.1 - LES MOYENS DE COMMUNICATION

Les hôpitaux sont, semble-t-il, tous équipés d'un autocommutateur téléphonique et de téléphones en état de marche.

En revanche ils souffrent à l'évidence de l'absence de moyens de reprographie et de transmission de documents (fax notamment).

Certains directeurs possèdent un ordinateur, mais celui-ci n'est apparemment pas toujours utilisé.

Nulle part, il n'existe de réseau informatique interne, et les connections à Internet sont inenvisageables en l'état actuel de coût des connections en Afghanistan.

La signalétique interne est inégale d'un établissement à l'autre, mais elle est généralement présente, parfois agrémentée de pictogrammes et de plans.

Elle permet de répondre aux fonctions essentielles d'orientation attendues.

A noter que l'organigramme de l'hôpital est généralement affiché ainsi que les tableaux de service.

5.1.9.2 - LES MOYENS DE TRANSPORT

Ceux-ci, semblent suffisants au regard de ce que nous avons pu constater.

Nous avons vu dans tous les hôpitaux des ambulances en apparent bon état.

Leur utilisation reste cependant obscure et pas véritablement organisée en fonction du niveau de références.

Il semble que l'aide internationale ait apporté une attention particulière à la fourniture de véhicules aux hôpitaux, sans d'ailleurs véritablement avoir évalué la réalité des besoins dans ce domaine.

Se pose, là encore, la question de leurs moyens de fonctionnement à moyen et long termes (entretien et essence notamment)

5.2 >> L'ORGANISATION INTERNE

5.2.1 - LE DIRECTEUR

Actuellement les directeurs sont nommés par le Ministre sur la base de critères qui ne sont pas basés en priorités sur leurs compétences managériales.

Les directeurs rencontrés semblent avoir un leadership certain sur leur structure, ils sont généralement reconnus également pour leurs compétences médicales, mais leurs compétences en matière de gestion gagneraient à être renforcée.

Les directeurs ont actuellement tous une activité clinique, y compris privée, qui vient s'ajouter à leurs fonctions directoriales.

Or, la fonction de direction est une fonction à plein temps qui demande une grande disponibilité et une présence importante dans la structure pour assurer un management efficace.

Il peut être utile de permettre aux directeurs d'assurer des tâches d'enseignements, mais il paraît en revanche souhaitable d'aboutir, à terme, à ce qu'à la tête des hôpitaux, la fonction médicale et managériale soient distinctes.

Atteindre cet objectif suppose donc que les directeurs bénéficient d'un véritable déroulement de carrière et de compensations financières (salaires, avantages en nature, logements etc...) pour leur garantir un niveau de revenus suffisant et ne nécessitant pas d'activités annexes.

5.2.2 - LES EQUIPES DE DIRECTION

Les hôpitaux visités disposent tous d'un organigramme administratif qui est connu, parfois affiché et qui nous a été communiqué.

Il s'agit d'un organigramme où les principales fonctions administratives et de gestion sont identifiées.

Directeur Général, directeur adjoint, directeur administratif, directeur économique, infirmière générale, directeur du personnel...

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 plutôt d'agents d'exécution sans réelle marge de manœuvre.

A côté de cette organisation administrative, il existe des chefs de service dont le mode de désignation n'a pas été approfondi.

Ils participent à certaines des réunions de direction lorsque celles-ci existent.

5.2.3 - L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation interne des services est fortement marquée par l'existence d'un personnel trop nombreux.

Il peut sembler paradoxal de déplorer une abondance de personnel, mais dans le cas des hôpitaux de Kaboul, il s'agit d'un problème majeur, qui est désormais parfaitement connu et admis par les principaux acteurs, notamment les directeurs d'hôpitaux eux-mêmes.

Ce personnel est mal réparti sur une journée de 24 heures.

On peut souligner l'existence généralisée de plannings affichés, actualisés et connus.

Ces plannings rassemblent sur une même feuille les personnels de chaque service et établissent les listes de garde.

En effet, l'ensemble du personnel n'est présent que le matin.

L'horaire théorique de présence est de 8 heures à 15 heures 30.

En pratique, le personnel est généralement présent de 9 heures à 14 heures.

Il est prévu d'accorder une heure au personnel pour le repas de la mi-journée.

Cette heure de pause est pratiquement partout supprimée pour permettre au personnel de partir plus tôt.

Les médecins peuvent ainsi débuter plus tôt leur activité privée en ville.

Le paradoxe de cette organisation réside dans le fait qu'il y a trop de personnel le matin, et que l'après midi et la nuit, il ne subsiste que le personnel de garde, à l'évidence insuffisant pour assurer efficacement la continuité des soins.

Les familles, lorsqu'elles sont là, tentent de pallier cette carence pour les soins de nursing, mais les soins techniques ne sont pas toujours réalisés.

On retrouve cette même problématique au niveau des blocs opératoires.

Les opérations sont planifiées, mais elles sont généralement concentrées toutes sur les mêmes plages horaires.

6.1 >> LE FINANCEMENT DES HOPITAUX DANS LEUR ENVIRONNEMENT : UN BREF ETAT DES LIEUX

Le financement de la santé en Afghanistan provient de plusieurs sources :

- les ressources fiscales et assimilées mobilisées par l'Etat
- les concours des bailleurs bilatéraux, multilatéraux et des O.N.Gs
- la contribution financière des usagers dans les structures de soins «modernes» publiques et privées
- les dépenses faites dans le secteur traditionnel
- les dépenses faites à l'étranger

Les informations disponibles permettent d'avoir une vision très partielle de la réalité afghane. Le volume de financement public est assez bien cerné en termes de crédits budgétaires, mais il l'est beaucoup moins en termes de dépenses exécutées. Le budget comprend deux parties, le budget ordinaire et le budget national de développement. Des efforts considérables sont faits pour améliorer le processus budgétaire et pour intégrer l'ensemble des concours des bailleurs de fonds officiels dans le budget de développement. Mais les aides en nature (équipements,...) et l'aide des O.N.G ne sont que très



imparfaitement comptabilisées. Le produit de la contribution financière des usagers est estimé à 17 millions \$³, soit très approximativement l'équivalent de 1,26 \$ par habitant⁴ ou à peu près l'équivalent du budget ordinaire effectivement dépensé. Mais ces ordres de grandeur sont à considérer avec une très grande prudence.

Très grossièrement, sur la base des informations et des estimations disponibles, on peut avancer avec circonspection la structure suivante pour le financement de la santé :

- ressources nationales : environ 10-12%^{5&6} ;
- bailleurs de fonds et O.N.G. : environ 80 %⁷ ;
- contribution financière des usagers dans les structures publiques et les structures des O.N.G. : environ 10 %⁸.

Redisons encore une fois qu'il ne s'agit que d'ordres de grandeur très frustrés et discutables. Aucune estimation n'existe pour les autres

³ Entretiens avec le MoH et la Banque Mondiale.

⁴ En estimant à 15 millions la population qui a fréquenté une structure de soins.

⁵ Chiffre et démarche très ambigus du fait que l'ARTF finance une large partie du budget et que les ressources sont largement fongibles...

⁶ Pour SY-1382, le budget ordinaire serait financé pour 36% par des ressources domestiques.

⁷ Idem.

⁸ Repose entre autres sur des estimations faites dans le Laghman.

sources de financement. Des comptes nationaux de la santé restent naturellement à construire...

6.1.1 - LE BUDGET ORDINAIRE DE LA SANTE

Le tableau 1 (cf. annexes) présente l'évolution du budget ordinaire entre SY-1381 et SY-1382. La progression en valeur réelle, c'est-à-dire compte tenu de l'inflation, est de plus de 10 %, ce qui est toutefois nettement moins que l'ensemble du budget (> 30 %). L'augmentation est particulièrement marquée pour les salaires et les rémunérations alors que le salaire moyen reste encore très faible⁹, ainsi que pour la maintenance des équipements. Les dépenses de fonctionnement et d'entretien déclinent quelque peu. La baisse est plus accentuée pour les achats d'équipement et les constructions.

Le taux d'exécution du budget ordinaire de la santé¹⁰ est de l'ordre de 77 % (contre 75 % pour l'ensemble du budget), ce qui est faible, et traduit des difficultés et des dysfonctionnements importants. Certains sont analysés ci-dessous car ils constituent des menaces potentielles pour la mise en place et la viabilité de la réforme du système de référence hospitalier.

Le tableau 2 fournit la décomposition du budget ordinaire de SY-1382 pour Kaboul et les trente-deux provinces d'Afghanistan. On note de très grandes différences de dotations *par habitant* selon les provinces (avec des écarts de 1 à 4), ce qui est l'une des manifestations des disparités bien connues dans l'offre de soins¹¹.

Le tableau 3 présente les dotations pour les différentes catégories d'établissement de Kaboul : les hôpitaux, les polycliniques, la banque centrale de sang, l'institut de lutte contre la malaria, l'institut de santé mentale, l'institut de la tuberculose, les MCH, les structures de premier niveau ainsi que le budget global des directions centrales.

Si on regarde les hôpitaux, on observe naturellement des écarts de dotations considérables dans l'absolu et par personne employée. Mais cette constatation n'a pas d'intérêt car d'une part les activités sont très différentes, et d'autre part on ne peut pas pour l'instant rapprocher les dotations des activités et des besoins. Il en est de même pour les polycliniques. Cela dit, on constate que les hôpitaux absorbent près de 30% du budget ordinaire, 55 % du budget consacré à Kaboul ; les polycliniques et les MCH en bénéficient respectivement de 8 %. Cela confirme, si besoin était, la nécessité de s'interroger sur le système de référence de Kaboul et sur le service qu'il rend à la population au regard de la part des crédits qu'il absorbe.

On s'est interrogé sur le poids des crédits prévus pour les différents types de dépenses (personnel, entretien, etc.) dans le budget des établissements selon la nomenclature afghane. Les pourcentages sont pratiquement *invariants* : 47 % pour les dépenses de personnel (1000), 8 % pour les autres formes de rémunération (2000), 37 % pour les dépenses d'entretien et de consommables (3000), 3 % pour la maintenance des équipements (4000), et 5 % pour les dépenses d'équipement et de construction à l'exception de l'hôpital d'Antani (54 %). Il s'agit ici de prévisions. Les critères sur lesquels elles ont été établies sont peu clairs. Le MoH est conscient de la fragilité de cet exercice stéréotypé. Les

⁹ Ces questions sont examinées au paragraphe 5.1.4.

¹⁰ La ventilation par code et par structure n'était pas disponible lors de la mission.

¹¹ Le chiffre pour Kaboul est biaisé puisque la population bénéficie également des structures enregistrées au niveau central.

progrès en cours dans le domaine budgétaire permettront l'an prochain des prévisions plus réalistes.

6.1.2 - LE BUDGET DE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE

Il comprend des dépenses en capital et des dépenses de fonctionnement. Il est intégralement financé par l'aide extérieure.

Il est structuré en six programmes qui traduisent les priorités du gouvernement :

- réduire la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de cinq ans ;
- réduire la mortalité maternelle
- combattre la malnutrition
- réduire l'incidence des maladies transmissibles
- améliorer la qualité des services de santé et l'équité de leur distribution
- renforcer à tous les niveaux la capacité du ministère de la santé à mettre en place des services efficaces et efficients.



Il se monte (tableau 4) à 173 millions \$ pour SY-1382 - soit un quasi triplement par rapport à SY-1381 (64 millions \$) - ce qui représente environ 10 % du budget total de développement. Il devrait passer à 677 millions \$ pour SY-1384. Même en tenant compte d'une inflation de 10 % ou 15 % pour les années à venir, la progression sera considérable si

ces prévisions se réalisent, ce qui est toutefois assez peu probable¹². Les données disponibles lors de la mission ne permettaient pas d'avoir une vision autre que très ponctuelle du financement acquis pour SY-1382¹³. En l'état, ces données sont inutilisables au regard des objectifs de la mission¹⁴.

Les crédits concernant le système de référence sont repérables pour l'essentiel dans les programmes 5 (amélioration de la qualité des services) et 6 (renforcement des capacités du ministère). Ils ont été mis en italique dans le tableau 5. La ventilation par établissement (Kabul et province) n'est pas encore disponible.

Pour le programme 5, on voit que ces crédits portent notamment sur la construction d'infrastructures (construction d'hôpitaux de district principalement, mais aucune construction d'hôpitaux tertiaires), sur la réhabilitation des structures (ici, l'effort porte surtout sur les hôpitaux provinciaux, 3) sur les équipements avec un effort particulier en faveur des hôpitaux tertiaires.

S'agissant du programme 6, on notera plus spécialement que des crédits sont spécifiquement consacrés à la formation en matière de management, dont celui des hôpitaux.

¹² Voir ci-après.

¹³ Pour l'ensemble du budget de développement, l'engagement des bailleurs de fonds était de 610 millions \$ début juin, soit environ le tiers du financement requis. À titre d'information, environ 40 % du budget de l'éducation et 95 % du budget des transports ont fait l'objet de convention d'engagement.

¹⁴ Une remarquable initiative de centralisation et diffusion des informations est gérée par l'Afghan Assistance Coordination Authority (AACA) qui met en ligne (<http://aacadad.synisis.com>) les engagements des bailleurs.

Mais, au-delà de cette analyse rapide, la mission ne peut pas dire pour l'instant si ces crédits seront suffisants au regard des dépenses qu'impliquera la refondation du système de référence, y compris pour la phase pilote par laquelle on devrait commencer (voir ci-dessous) Compte-tenu des difficultés que le gouvernement rencontre pour mobiliser des ressources extérieures et intérieures, il est raisonnable de considérer que les ressources potentiellement disponibles pour mettre en oeuvre la réforme du système de référence seront insuffisantes.

Il convient donc d'ores et déjà d'envisager des orientations réalistes qui permettraient de desserrer cette contrainte financière. Cette question revêt deux dimensions clé : trouver des ressources et faire en sorte qu'elles soient effectivement mises de manière appropriée à la disposition de la réforme.

En effet, la mise en place de modes de financement appropriés est essentielle pour le bon fonctionnement du système de référence. Il s'agit d'avoir à la fois un volume de financement adéquat, un calendrier de financement pertinent et des procédures fluides et sûres. Le financement doit en lui-même contribuer à améliorer la qualité des soins, développer l'efficacité des hôpitaux et en élargir l'accessibilité. A tout le moins, il ne doit pas constituer un obstacle ou un frein à la réforme.

6.2 >> DES DYSFONCTIONNEMENTS BUDGETAIRES QUI MENACENT LE SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER

Les informations disponibles actuellement ne permettent pas d'évaluer, même grossièrement, les ressources nécessaires à la mise en place du nouveau système et à son fonctionnement. Il y a à cela plusieurs raisons sur lesquelles nous revenons, mais une augmentation



des crédits apparaît d'ores et déjà inévitable, même en tenant compte de la marge de manœuvre qui sera fournie par un redéploiement du personnel et par des gains d'efficacité. Or plusieurs éléments dans le système budgétaire afghan actuel sont de nature à être de sérieux handicaps pour le système de référence hospitalier.

6.2.1 - LE TAUX D'EXECUTION DU BUDGET DE LA SANTE DE SY-1381 EST FAIBLE

Il est, on l'a vu, de l'ordre de 77 % sur la base des données de fin mai 2003. Cela s'explique par de nombreux facteurs qui pour l'essentiel, ne disparaîtront pas en SY-1382 et qui menacent le système de référence et la réforme que l'on en propose :

- insuffisance de ressources fiscales qui tient à la fois à des causes techniques et politiques, le gouvernement ayant les plus grandes difficultés pour faire verser au Trésor les impôts collectés par les gouverneurs de certaines provinces. La situation paraît s'améliorer progressivement ; le Gouvernement s'y emploie avec énergie.

- les versements financiers accordés par les bailleurs de fonds sont très en deçà des montants auxquels ils s'étaient engagés¹⁵. On saisira la dimension des contraintes auxquelles le Gouvernement se trouve confronté de ce fait à travers deux exemples : (i) il manque dans le budget ordinaire de SY-1382 36% (127 millions \$) de ressources qui devaient être fournies par les bailleurs¹⁶ ; (ii) si la totalité des engagements conclus dans le cadre de l'ARTF (Afghan Reconstruction Trust Fund) se traduisaient effectivement par des décaissements, les ressources de l'ARTF seraient épuisées en décembre 2003, soit un déficit d'apports de 44 millions \$ à rapprocher d'un montant total de décaissements inscrits au budget de 250 millions \$¹⁷.
- Il en résulte donc des difficultés de trésorerie (et de solvabilité) qui conduisent chaque trimestre¹⁸ à supprimer ou à retarder certaines dépenses dans le domaine de la santé comme ailleurs. Ce fut, entre autres, le cas pour le paiement des salaires au début de l'année 2003¹⁹, et pour de nombreuses dépenses d'entretien et de maintenance qui ne sont pas effectuées dans les hôpitaux. En SY-1381, il n'y a eu pratiquement aucune dépense hors salaires financée dans les provinces à partir de Kabul²⁰. Or, étant donné l'importance des causes monétaires dans la forte inflation que l'Afghanistan a connu durant ces dernières années, les avances de la banque centrale (Da Afghanistan Bank) à l'Etat ne sont pas autorisées.
- des arbitrages budgétaires font que la santé est un secteur légèrement « privilégié » puisque le taux d'exécution du budget de la santé (77%) est légèrement supérieur à celui de l'ensemble du budget (75%). Rien ne prouve que cette situation va perdurer.
- au niveau des provinces, la situation est rendue plus complexe et plus confuse par la nature des règles qui régissent les relations financières entre les provinces et le niveau central, et par certaines pratiques²¹.
- La désorganisation du système bancaire rend nécessaire une multitude d'opérations en argent liquide dans un environnement où les transports sont souvent difficiles.

6.2.2 - L'IMPORTANCE POUR LE SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER DES MECANISMES BUDGETAIRES DANS LES PROVINCES

Il est essentiel de bien comprendre les mécanismes budgétaires entre le centre et les provinces puisqu'ils concernent directement, dans la problématique du système de référence, le financement des hôpitaux de district, des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux régionaux.

¹⁵ Ce qui a conduit le ministre des finances à attirer l'attention des donateurs sur la gravité de la situation (note du 26 mai 2003) : « (...) La rentrée de ressources intérieures pour les six premières semaines de l'année est extrêmement faible (...). Les estimations actuelles des ressources de l'ARTF, de la LOFTA et du Fonds Fiduciaire de l'Armée ne permettent pas d'exécuter le budget de l'année (...). Nous rencontrons des difficultés équivalentes pour le financement et l'exécution du budget national de développement. Le niveau de contribution de l'ARTF a contraint les gestionnaires de fonds fiduciaire à suspendre le financement des programmes d'investissement (...) ».

¹⁶ D'après Ministère des Finances, 29 mai 2003.

¹⁷ Idem.

¹⁸ Les crédits sont mis à disposition des structures sur une base trimestrielle.

¹⁹ Autre raison, contentieux sur les effectifs du MoH entre ce dernier et le ministère des finances.

²⁰ Mais on ignore si les gouverneurs ont utilisé à ces fins une partie des ressources fiscales qu'ils n'ont pas reversées au Trésor.

²¹ Voir ci-dessous.

6.2.2.1 - PREPARATION DU BUDGET

Le ministère de la santé envoie des instructions aux directions provinciales pour la *préparation* de leur budget. La manière dont ce dernier est effectivement préparé n'est pas très claire. Toutefois, il s'inscrit dans une logique de moyens, à partir des besoins estimés selon une approche par structure, incorporant les mesures nouvelles souhaitées par les provinces. Une innovation a été introduite dans la préparation du budget de l'année solaire SY-1382 : le ministère des finances a demandé au ministère de la santé (comme aux autres ministères) de partir des besoins de dépenses de l'année solaire SY-1381 et de préciser le supplément de ressources imputables sur le budget ordinaire qui serait justifié par un ou des changements de politique de santé. Il n'a pas été possible de savoir dans quelle mesure cela affecte l'implication des directions provinciales de la santé dans la préparation du budget. Il faut noter que cette inflexion de perspective est conforme à l'orientation qui sous-tend la constitution du budget de développement où le gouvernement veut s'efforcer d'avoir une approche centrée sur l'obtention de résultats.

Les départements provinciaux du ministère de la santé sont des unités budgétaires secondaires et reçoivent à ce titre des crédits délégués qui sont à la discrétion du ministère de la santé, lequel est l'unité budgétaire principale. Les districts sont des unités budgétaires de troisième rang et sont donc très fortement dépendants du processus budgétaire existant en amont, car leur dotation dépend des décisions prises au niveau provincial et au niveau de Kaboul.

Il n'y a pas, à proprement parler, de budgétisation provinciale dans lequel les directions provinciales de la santé auraient une marge de manœuvre appréciable. C'est le ministère de la santé qui compile ensuite l'ensemble des requêtes, procède à des arbitrages, et soumet au ministère des finances un projet de budget consolidé. Le ministère des finances décide alors en relation avec le Cabinet.



Lorsque la direction provinciale de la santé a reçu notification des crédits budgétaires qui lui ont été alloués, elle prépare les dotations trimestrielles destinées aux structures placées sous son autorité, c'est-à-dire, pour ce qui concerne le système de référence, principalement les trois catégories d'hôpitaux précitées.

6.2.2.2 - EXECUTION DU BUDGET

C'est le ministère des finances qui a la responsabilité de l'*exécution* du budget à Kaboul. Dans les provinces, elle incombe à son réseau d'agents provinciaux, les *Moustoufie Velayat* (ou *Moustoufiat*).

La direction provinciale de la santé ne peut dépenser qu'une fois que le moustoufiat a officiellement reçu les dotations qui lui sont destinées.

Les sommes qui parviennent trimestriellement au moustoufiat ne correspondent pas nécessairement à la totalité du budget trimestriel de

la direction provinciale. Les coupes sont importantes et fréquentes. En l'état actuel des choses, le financement du système de référence hospitalier sera donc, en province, plus encore qu'à Kaboul, très largement dépendant de la situation financière de l'Etat et des multiples arbitrages, techniquement complexes, politiquement sensibles et concrètement obscurs, que cette situation continuera d'engendrer. La contrainte qui en résulte restera particulièrement sévère pour les dépenses non salariales pour lesquelles les ressources budgétisées et a fortiori disponibles sont de l'avis général très nettement inférieures aux besoins²².

La direction provinciale de la santé a l'autorité pour approuver des engagements de dépenses dès lors qu'elle n'excède pas un certain seuil²³ et que l'encours total des dépenses exécutées depuis le début de l'année n'excède pas les dotations inscrites au budget. Dans la pratique, le gouverneur doit approuver pratiquement toutes les dépenses par avance. Il en est de même dans les districts où il n'existe pas de délégation de pouvoir permettant au responsable sanitaire du district de procéder à des dépenses dans le cadre des allocations budgétaires mises à la disposition du district. Ces différentes approbations par le gouverneur peuvent donc également être source de retard ou de non-exécution de dépenses.

En général, les structures de soins sont donc très dépendantes, pour toutes les dépenses hors salaires – et souvent les dépenses salariales via l'ARTF – de l'aide des bailleurs et des O.N.G. (signature d'un Memorandum of Understanding). Certaines structures recourent également à une participation financière des usagers, on l'a vu (ceci vaut également pour Kaboul).

Dans certaines provinces frontalières, il semblerait que les structures de soins bénéficient également d'un certain soutien de l'administration provinciale, soutien qui serait financé sur les impôts et taxes qui ne sont pas retournés au Trésor. Les provinces pauvres ont donc de ce point de vue là un handicap supplémentaire auquel s'en ajoute un autre pour les dépenses qui nécessitent du liquide. En effet, logiquement, les provinces utilisent les espèces qu'elles ont collectées avant de solliciter de l'argent liquide de Kaboul. Celles qui collectent peu de ressources fiscales sont donc particulièrement tributaires de la situation de trésorerie à la Da Afghanistan Bank et des arbitrages qui accompagnent le manque de ressources au niveau central.

La gestion de la pénurie de ressources par les différentes structures de pouvoir au niveau central et au niveau provincial peut ainsi ruiner le fonctionnement du système de référence et accentuer les inégalités d'accès aux soins hospitaliers.

6.2.3 - LES HOPITAUX NE GERENT PAS LES CREDITS DONT ILS DISPOSENT

Les salaires sont en quasi-totalité payés à partir des ressources de l'ARTF. Pour les dépenses hors salaires, les directeurs des hôpitaux adressent des requêtes au ministère de la santé, lequel s'engage dans un processus qui est de fait subordonné à l'aval du ministère des finances. Le ministère de la santé n'a donc pas la certitude qu'une dépense sera ou non effectuée, d'autant que son système de

²² Le paiement des salaires est centralisé et se fait à partir de la trésorerie de la présidence au ministère des finances à Kaboul.

²³ Qui n'a pu être précisé.

comptabilité et de gestion est très imparfait. Il est apparu lors des entretiens que les directeurs des hôpitaux ignorent les montants dont ils peuvent disposer et leur répartition entre « chapitres » (1000 à 7000). Il semble par ailleurs, d'après le ministère de la santé, que la répartition entre les « chapitres » budgétaires de 2000 à 7000 est considérée de manière très flexible lors de l'exécution du budget, ce qui est une bonne chose. Mais les reports annuels de crédits ne sont pas autorisés, ce qui a sa logique vue la situation actuelle en matière de finances publiques, mais rendent encore plus précaire une gestion financière des hôpitaux qui se voudrait effective.

Le ministère de la santé n'a pas les moyens humains et matériels qui lui permettraient de faire sa propre comptabilité et de suivre globalement et par ligne budgétaire l'évolution de ses dépenses par rapport aux crédits ouverts par la loi de finances²⁴. Il s'en remet dans les faits au ministère des finances – ce qui signifie en clair qu'il lui est très difficile de savoir ce qui a été dépensé - lequel se heurte à un problème aigu de manque d'information et se trouve confronté à nombre de rapports et d'informations à la sincérité douteuse, comme le ministère des finances le reconnaît lui-même. De gros efforts sont entrepris pour introduire progressivement plus de transparence.

6.2.4 - EN CONCLUSION : DES RESSOURCES INSUFFISANTES, UN SYSTEME PRECAIRE, OPAQUE, GENERATEUR D'INEFFICIENCES.



Il résulte de ce contexte qu'il est en l'état actuel des choses impossible au ministère de la santé de gérer comptablement²⁵, de manière convenable le budget des hôpitaux, et plus globalement, qu'il est aujourd'hui aventureux de faire des estimations sur le volume et la nature des dépenses autres que les dépenses de personnel.

Pendant longtemps, celles-ci ont été biaisées par le flou qui régnait sur les effectifs. S'il n'est pas exclu qu'il y ait encore quelques employés fantômes, et qu'émargent encore sur le budget de la santé, selon le ministère des finances, des salariés qui relèvent d'autres structures (ce que conteste le ministère de la santé), il y a un consensus pour considérer que la réalité de la masse salariale du personnel de la santé est maintenant convenablement cernée, si on fait abstraction des primes ("incentives") versées par de nombreux partenaires extérieurs et dont il est impossible d'avoir une vision consolidée, ni même d'en cerner les ordres de grandeur. A cela s'ajoutent deux autres éléments : i) la plupart des hôpitaux reçoivent des aides en nature (équipements, consommables, médicaments, etc....) venant de bailleurs institutionnels et d'ONG et elles ne sont pas traduites en équivalent monétaire comme elles le devraient ; ii) plusieurs hôpitaux recourent de manière non officielle²⁶, mais néanmoins ouverte, à une contribution financière

²⁴ Une informatisation a minima du service de la comptabilité semble indispensable.

²⁵ La gestion opérationnelle du budget des hôpitaux ne doit pas être de son ressort ; cf. plus loin.

²⁶ Le MoH ne l'autorise pas et la constitution ne le permet pas.

demandée à certains usagers ; leur insertion dans la comptabilité publique, si elle existe, reste mystérieuse, et la pratique des « dessous de table » paraît extrêmement répandue.

Le volume réel des flux financiers publics (et privés), nationaux et étrangers, qui alimentent les structures concernées par la réforme du système de référence est encore particulièrement obscur. Ce qui est réellement financé, par qui, pour faire quoi et au bénéfice de qui (patients et producteurs de soins) l'est tout autant.

Les mécanismes budgétaires qui ont été rapidement décrits introduisent une forte précarité dans le financement du futur système de référence et peuvent gravement porter atteinte à son fonctionnement et à son efficience. On mesure clairement que le financement régulier d'un système de référence fonctionnel ne peut s'accommoder de dotations budgétaires incertaines, d'engagements et de versements chaotiques et reposer largement sur des conventions ad hoc avec des partenaires extérieurs, aussi utiles soient-elles.

Il s'agit donc de s'interroger sur ce qui peut être proposé compte tenu de la réalité de l'Afghanistan et des évolutions raisonnablement prévisibles à court et moyen termes pour identifier, mobiliser et sécuriser un volume de ressources approprié aux besoins de la réforme du système de référence.

Au préalable, notons que deux évolutions majeures vont très probablement marquer les prochaines années pour ce qui concerne la problématique des thèmes abordés ici :

- Les recettes fiscales reversées au Trésor par les provinces devraient notablement augmenter ; en mai dernier des avancées encourageantes ont été obtenues en ce sens par le ministère des finances. Mais – et c'est là une inconnue cardinale – il est fort vraisemblable que l'aide extérieure (versements et engagements) ne diminue à moyen terme. Le résultat de ce probable effet de ciseaux (plus ou moins de ressources budgétaires avec plus ou moins de ressources pour la santé, étant observé que les deux ne varieront pas nécessairement dans le même sens), relève pour l'instant de la spéculation.
- Le Gouvernement s'est engagé dans des efforts importants pour améliorer le processus budgétaire en termes de préparation, d'exécution et d'évaluation. Ce train de mesures profitera à la réforme du système de référence comme à l'ensemble des grands champs de l'intervention publique. Pour l'année SY-1382, il est prévu que *toutes* les dépenses seront enregistrées dans l'Afghanistan Financial Management System (AFMIS), ce qui permettra d'avoir une vision beaucoup plus satisfaisante des dépenses publiques de santé. Mais il faudra du temps pour aboutir à un cadre budgétaire qui permettra la mise en œuvre d'un processus efficient de type SWAP (Sector Wide Approach) et qui donnera tout son sens au principe d'universalité en dispensant de l'affectation de certaines ressources internes et externes, aujourd'hui nécessaire comme nous allons le voir.

7.1 >> UNE NECESSITE D'ACTION URGENTE ET UNE PRIORITE AU BENEFICE DU SYSTEME DE SANTE PRIMAIRE

7.1.1 - UNE OBLIGATION D'AGIR RAPIDEMENT

Les progrès de la société afghane sont remarquables. En peu de mois, des changements positifs ont été mis en œuvre.

Dans le domaine de la santé, agissent principalement quatre groupes d'acteurs: MOH, société civile, ONG et les bailleurs institutionnels bilatéraux et multilatéraux.

* **Le Ministère de la Santé** : celui-ci, tout en se restructurant a acquis une légitimité et une autorité très forte. Elle permet une fédération des efforts et doit arriver à favoriser et coordonner les dons et l'aide internationale.

* **La société civile médicale** : les médecins afghans, à titre individuel, ont su trouver une place dans la reconstruction du pays. Celle-ci ne peut se faire qu'avec leur aide et leur adhésion.

Actuellement, les impératifs économiques et l'absence de textes réglementaires font que l'essentiel de ce dynamisme se fait dans le secteur privé et ne bénéficie qu'à une très faible partie de la population. Si ceci constitue un point positif important en redonnant aux médecins afghans une dignité et une existence professionnelle en dehors des combats, cela ne correspond en rien aux orientations du BPHS, voire cela peut en compromettre la réalisation.

L'évolution spontanée ne peut qu'accentuer cette dérive.

Les hôpitaux, à Kaboul en particulier, sont très loin d'exécuter leurs missions. Ils n'offrent le plus souvent qu'un hébergement et un avis médical.

Sans la mise en place d'un plan de réorganisation à plusieurs volets, les médecins les plus expérimentés favoriseront le développement de techniques répondant à la demande des personnes les plus aisées, telles que l'angiographie, la dialyse, le scanner, la radiothérapie.

Cette évolution est légitime du point de vue de leurs promoteurs mais elle ne peut pas actuellement être portée par le MOH, elle ne correspond pas aux intérêts urgents et vitaux de la majorité de la population.



Il semble possible et nécessaire de rendre le secteur public hospitalier de référence extrêmement attractif pour certains médecins. Les arguments ne sont pas que financiers et tiennent à la notoriété, à la reconnaissance, à l'accès à certains outils ou certaines formations.

Surtout, il faut focaliser l'effort sur certains sites exclusivement, et parallèlement, organiser et valoriser le système de premier recours dans les structures du BPHS.

Les partenariats établis entre Bailleurs, ONG, société, ville et MoH sont à préserver et à renforcer.

7.1.2 - UNE APPROCHE PAR SYSTEME ET NON PAR STRUCTURE

Actuellement, et à notre connaissance, tous les travaux de réhabilitation et de gestion des hôpitaux en Afghanistan n'abordent les établissements qu'en terme de structures indépendantes.



L'hôpital de référence, sorti de son contexte et du système, devient surinvesti par les patients et ne peut répondre à ses missions spécifiques.

Il est indispensable de toujours attacher à une réorganisation hospitalière, une définition formalisée et concrète des éléments d'aval et d'amont.

D'amont : c'est tout le système de premier recours qui, dans la

plupart des cas, rend un meilleur service avec une accessibilité plus grande et une moindre consommation de ressources.

D'aval : c'est tout le système qui permet à la personne soignée de garder ce bénéfice, en particulier pour le suivi des maladies infectieuses et de certaines maladies chroniques. La meilleure réponse se fait en ambulatoire et en proximité.

Chaque fois, l'équipe hospitalière doit rechercher, identifier et rencontrer régulièrement ses partenaires du BPHS.

En matière de suivi de grossesse, c'est créer une continuité de la planification familiale à la grossesse et à l'accouchement. Cette continuité n'existe pas, il faut la construire et l'organiser.

8 >> DEFINITION DE L'HOPITAL DANS UNE LOGIQUE DE REFERENCE

8.1 >> L'HOPITAL COMME UN SERVICE INTEGRE

Actuellement, les hôpitaux afghans dans leur grande majorité font de "tout", du moins la population le croit-elle et les établissements ne s'organisent pas pour arrêter cette évolution.

Les hôpitaux sont le lieu de la grande majorité des premières consultations, souvent non spécialisées. Ils accueillent sans tri toutes les urgences. La seule séparation spécifique concerne les grossesses et les enfants.



Les hôpitaux font tous de la chirurgie, de l'imagerie et du diagnostic polyvalent avec un minimum d'équipements, de l'hébergement, des traitements avec peu de médicaments, de la prévention, de la vaccination et de l'éducation à la santé.

L'hôpital n'ayant pas de missions spécifiques propres, se sent nécessaire pour tout faire et cela n'est pas possible.

Il est utile de le répéter, la plus grande demande de soins exprimée par les patients afghans, à Kaboul comme en province, en milieu rural comme en milieu urbain, relève d'une exploration clinique, paraclinique et technique ne nécessitant pas de plateau technique spécialisé. Le traitement, encore plus que le diagnostic, peut et doit être fait en ambulatoire ; il sera plus efficace, mieux accepté et moins coûteux. Cela concerne surtout des maladies transmissibles, gastro-intestinales, infectieuses, respiratoires ou cutanées par exemple.

L'hospitalisation, telle qu'elle se pratique, n'apporte pour la grande majorité aucun bénéfice. Les médicaments ne sont pas plus accessibles à l'hôpital qu'en ambulatoire. L'aide de la famille est plus difficile à organiser à l'hôpital qu'à domicile, ne serait ce que pour le repas, la toilette et une attitude de compassion.

Ces soins ambulatoires, hors le centre-ville de Kaboul sont de la compétence des polycliniques, des postes de santé.

Sous réserve d'en avoir les moyens matériels, le service rendu est alors plus accessible, moins coûteux, le suivi sanitaire est possible.

L'hôpital en Afghanistan, ne peut en aucun cas être un lieu de premier recours, sauf menace vitale immédiate et accessible à un traitement médico-technique tel que les grands traumatismes, les détresses respiratoires avec défaillance pluriviscérale.

Dans un système de référence, la définition de ce que doit être un hôpital est essentielle.

L'hôpital est avant tout un lieu de soins, d'enseignement et de supervision par rapport aux structures de soins primaires.

Cela suppose qu'un certain nombre de conditions soient remplies.

- La référence doit être organisée de telle sorte que n'arrivent à l'hôpital que les urgences médico-chirurgicales vitales, et les patients nécessitant des consultations spécialisées ou un accès au plateau technique (biologie, imagerie).
- Les soins doivent y être organisés, planifiés et contrôlés.
- Ils doivent être également coordonnés avec les structures en amont et en aval.
- La continuité des soins doit être garantie ; ce qui suppose que les équipements soient maintenus et les médicaments disponibles.
- L'hygiène doit être assurée et protocolisée.

A l'inverse, l'hôpital n'est pas un lieu d'hébergement et tous les efforts doivent concourir pour que les soins y soient prodigués dans un temps réduit pour permettre aux patients de quitter rapidement la structure a fortiori parce qu'ils consomment inutilement des ressources publiques rares, indépendamment des dépenses privées qu'ils supportent durant leur séjour.

8.2 >> DEFINITION DES MISSIONS DE L'HOPITAL DANS UNE MISSION DE "REFERENCE"

Trois missions exclusives, nécessaires, complémentaires :

- **Les soins curatifs à forte valeur ajoutée technique**
- **La formation**
- **La recherche**

Etant donné les besoins et la demande de soins de la population, aucune structure sanitaire, du poste médical à l'hôpital national, ne peut fonctionner seule.

- l'hôpital ne peut pas faire le travail du poste de soins. Il le fera souvent plus mal, et toujours de façon plus coûteuse, moins efficiente, à titre individuel ou au titre de la collectivité. Cette formulation est essentielle, elle n'est pourtant pas admise par les médecins et par la population.
- Le poste de soins à l'inverse, ne peut pas faire le travail de l'hôpital. Cette formulation est bien plus admise que la précédente, elle ne fait que la confirmer et la compléter.

8.2.1 - LES SOINS CURATIFS A FORTE VALEUR AJOUTEE TECHNIQUE

Cette mission apparaît comme la plus certaine, la moins discutable, elle mérite d'être précisément décrite. Répétons le, elle ne se conçoit qu'intégrée dans une chaîne dont elle n'est pas l'élément le plus important.

C'est souvent le lieu le plus visible, effet de concentration.

C'est souvent le lieu le plus prestigieux, ce prestige n'est pas en soi thérapeutique, il est un élément de valorisation et de reconnaissance des médecins, non des malades. Ce n'est pas le lieu le plus accessible, ce n'est pas le lieu le plus efficace hors de rares indications, ce n'est pas le lieu le moins coûteux.

La description du soin hospitalier n'est pas ici universelle, elle est propre à la situation actuelle de l'Afghanistan. Elle n'est pas transposable.

Les soins hospitaliers peuvent être ambulatoires mais le plus souvent, ils nécessitent une hospitalisation, un séjour avec hébergement. L'hébergement seul ne justifie pas l'hospitalisation.

Les soins hospitaliers peuvent être définis selon deux critères, les deux propositions se suffisent ou peuvent être associées :

- une haute valeur ajoutée technique,
- la nécessité des spécialités rares ou devant être associées simultanément.

8.2.1.1 - UNE HAUTE VALEUR AJOUTEE TECHNIQUE

Cette technologie concerne le diagnostic ou le traitement. Elle nécessite souvent :

- un investissement financier important,
- un entretien méticuleux, prolongé, prévisible,
- des professionnels formés, expérimentés et formateurs,
- une indication judicieuse, souvent limitée, partagée, qui doit se justifier. Cette indication répond à des critères médicaux, non à des critères financiers, commerciaux ou sociologiques.

Les hôpitaux de district peuvent effectuer quelques examens : échographie simple, imagerie radiographie fixe et sans préparation, biologie usuelle de type numération, goutte épaisse, glycémie semi quantitative des urines. Au delà, les indications sont plus rares, la spécialisation nécessaire. Nous ne développons que les aspects les plus marquants.

A - IMAGERIE

a > RADIOLOGIE SIMPLE : AVEC OU SANS PREPARATION



Le premier impératif est une disponibilité garantie des appareils, c'est à dire surtout une organisation de la maintenance.

Le parc technique afghan public est important et pour sa très grande majorité peu fonctionnel.

Raisonnablement garantir des clichés osseux et viscéraux simples mais de qualité garantie, avec une lecture par un praticien expérimenté et au mieux spécialiste, est un objectif urgent pour tous les hôpitaux provinciaux.

La multiplication des petits appareils mobiles doit être vue comme une phase intermédiaire.

Des examens avec préparation de type urographie ou transit digestif seraient nécessaires dans les centres inter provinciaux ou "régionaux" et nationaux. Certes, on peut envisager l'accès dans chaque province mais cela serait anticipé, peu réaliste.

Les explorations de types angiographie, vasculaire où les incidences spécifiques ne se justifieraient qu'en niveau "national" ou régional sous réserve de la possibilité d'un geste thérapeutique adapté et rapide.

Le scanner,

la tomodensitométrie, méritent une mise en place rapide à Kaboul et dans les quelques grandes cités, mais surtout sous réserve d'un cahier des charges rigoureux garantissant l'accessibilité, l'indication, la gestion et la maintenance.

b > ECHOGRAPHIE

Etant donné son innocuité, ses performances et un relatif moindre coût, cet examen devrait être garanti dans tous les centres provinciaux selon deux approches complémentaires :

Gynécologie et obstétrique :

Cette indication se suffit à elle-même, et au moins dans tous les centres "inter provinciaux" mais également rapidement provinciaux avec un accès double organisé :

- en urgence : exemple de grossesse extra-utérine,
- en accès planifié : ambulatoire ou hospitalier

Viscéral, général ou spécialisé :

Cet appareil permet d'approfondir le diagnostic des urgences viscérales, les explorations en spécialité, essentiellement en urologie et en gastro-entérologie.

B - LABORATOIRE ET ANATOMOPATHOLOGIE

Au niveau provincial, l'accès à la biochimie, à l'hématologie usuelle, à la microbiologie, à la bactériologie et à la parasitologie peut être organisé pour les pratiques "usuelles".

La définition des examens peut être rapide, les hôpitaux de Kandahar et d'Hérat ont réalisé des actions très performantes.

Une unité de référence nationale en anatomopathologie mérite d'être mise en place. Dans l'immédiat, il paraît peu raisonnable d'envisager d'autres implantations avant 4-5 ans. Toutefois, les circuits d'échanges d'informations peuvent être efficacement organisés pour desservir l'ensemble du pays.

Pour des examens biologiques, des indications plus rares et des techniques plus exigeantes, une approche progressive doit être envisagée. Elle peut être complémentaire entre le secteur privé et le secteur public mais surtout la fiabilité et la qualité des examens doivent être garanties.

C - SOINS NECESSITANT UN EQUIPEMENT TECHNIQUE DE HAUT NIVEAU

Ceci comprend les soins nécessitant un appareillage technique lourd, coûteux. En première intention, cela concerne les blocs chirurgicaux avec :

- les équipements nécessaires à l'anesthésie et au réveil (respiration, perfusion, surveillance),
- les équipements nécessaires à l'acte chirurgical,
- les outils et instruments avec la prise en compte de leur nettoyage et de leur stérilisation.

Sous l'appellation "Plateau Technique de Soins", il est impératif de dépasser la notion d'équipement et d'arriver à celle d'usage permanent garanti avec une qualité, une disponibilité et une accessibilité maîtrisée.

Cela va contre la multiplication des petits blocs, cela va contre leur éparpillement.

Mettre en place un bloc ou un plateau suppose d'avoir également répondu à l'ensemble des questions d'usage, de maintenance et d'hygiène.

En Afghanistan, la spécialité prédominante chez les médecins, est la chirurgie. Elle répondait à un besoin de guerre qui n'est plus la priorité sanitaire du pays.

On peut, avec cette exigence, proposer dans les hôpitaux "nationaux" et "interprovinciaux", des plateaux techniques complets centrés sur la chirurgie avec parfois, une unité de soins intensifs spécialisée. Ces plateaux doivent avoir une organisation et une activité profondément différente de celle actuellement en cours.

La spécialisation de ces plateaux doit être explicite.

- au niveau national pour les spécialités rares : neurochirurgie, orthopédie complexe, chirurgie vasculaire et thoracique. A ce titre, les équipes actuelles devraient être réunies sur un même lieu pour permettre une meilleure qualité de l'environnement et de l'accès.
- au niveau inter provincial : des plateaux regroupés garantissant en orthopédie, en traumatologie, en chirurgie viscérale et dans certaines spécialités médicales, un soin. Parallèlement, il semble nécessaire de définir ce qui ne peut être fait en l'état, non de façon absolue mais propre à chaque lieu.
- La réanimation : actuellement, elle est sans utilité en terme de chaîne de soins. Les patients qui en relèveraient, décèdent d'accidents plus précoces et plus dramatiques relevant d'un niveau de soins moins technique. Elle suppose des coûts, des équipes, des matériaux qui sont encore inenvisageables, ni en privé, ni en public.

Il peut à terme se poser la question de l'épuration rénale aiguë ou chronique. Elle ne pourrait concerner qu'une tranche faible et très riche de patients et ne relève pas de priorités du MOH.

Enfin, la réanimation suppose un suivi de soins qui n'existe pas encore.

Les plateaux techniques "légers" des hôpitaux de district et provinciaux doivent être conservés :

- pour quelques interventions vitales simples, même si grave de type péritonite, fracture traumatique.
- pour répondre en urgence aux complications obstétricales : césarienne essentiellement, et délivrance artificielle.

8.2.2 - LA FORMATION

L'hôpital est un lieu de regroupement de compétences simultanées et en principe disponibles.

La formation initiale ou continue des personnels soignants (médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants) bénéficie à l'hôpital d'un environnement favorable, pratique et théorique.

Souvent, les personnes enseignées ont du mal à se projeter dans un autre univers de travail. L'hôpital reproduit ses propres équipes et n'est que peu préparé à former des personnels pour d'autres missions en particulier celle du BPHS.

Les formations envisagées doivent impérativement s'inscrire dans les objectifs de santé Publique.

Des cardiologues formeront plus volontiers des cardiologues que des personnels polyvalents. Il faut le savoir, en prendre compte et rester vigilant et exigeant sur les objectifs de formation.

L'Afghanistan a certes besoin de cardiologues, mais surtout et avant tout, et au moins pour les cinq à dix ans à venir, de personnels polyvalents ayant une bonne capacité à délivrer des soins, même cardiologiques en lien avec les services spécialisés si nécessaire.

8.2.3 - RECHERCHE

La médecine, la santé publique, sont des théories et des pratiques adaptées, changeantes. Elles évoluent avec les expériences individuelles des soignants comme après les travaux d'évaluation, de leurs mises en œuvre et de leurs résultats.

Il est fondamental de considérer que tout soignant afghan fait partie de



la communauté scientifique internationale. Loin d'être une théorie ou un souhait, ceci correspond à une nécessité urgente. Il est nécessaire que les soignants mettent en œuvre les thérapeutiques les plus adaptées et les plus validées sur le plan scientifique, cette attitude est active, inclusive et non passive.

De plus, la valorisation du travail effectué, la reconnaissance professionnelle et sociale sont des éléments utiles pour le bon fonctionnement du système de santé. Cette valorisation et cette reconnaissance n'est pas que financière.

Enfin, la situation sanitaire en Afghanistan est unique, et à ce titre, les moyens mis en œuvre doivent être adaptés et modifiables.

Tout ceci implique la mise en place de systèmes d'évaluation mais aussi d'une activité de recherche.

La recherche et la formation ont des dynamiques communes. La recherche peut prendre tous les aspects : épidémiologique, clinique, microbiologique. Mais cet aspect doit être également apprécié et intégré à l'activité hospitalière.

8.3 >> L'HOPITAL, COMME UN LIEU DE SPECIALITES RARES OU SIMULTANÉES

Le rôle de l'hôpital dans le système de santé en Afghanistan est étroitement lié à la valorisation du système de santé primaire.

L'hôpital ne peut que compléter ce dispositif, être l'un des éléments de l'offre de soins. Ceci rejoint l'aspect de "référence".

Dans le soin, l'hôpital a un rôle comme :

- lieu de regroupement des plateaux techniques : imagerie, diagnostic, biologie, soins.
- lieu d'accès à des spécialités rares ou concomitantes.

8.3.1 - SPECIALITES RARES

Sans exclusive, nous y mettons de fait la plupart des spécialités médicales et chirurgicales classiques, hors la pédiatrie, la gynécologie obstétrique.

Ces spécialités, à titre de diagnostic ou thérapeutique sont :

- rares, en terme de praticiens qualifiés,
- rares en terme de besoins médicaux : s'il est souhaitable que rapidement la population ait l'utilité de cardiologues, neurologues, internistes, néphrologues..., actuellement les besoins identifiés relèvent de compétences autres et connues : médecine générale et familiale, médecine préventive...

Ces spécialités doivent être regroupées dans des lieux identifiés et facilement accessibles.

Ces spécialités ont souvent besoin, à titre de diagnostic ou thérapeutique, de l'accès rapide à des plateaux techniques.

C'est un des points spécifiques de l'hôpital que de proposer une panoplie complète et coordonnée de recours médicaux de 2^{ème} niveau.



Il reste primordial pour garantir l'efficacité et l'accessibilité, que l'essentiel de l'accès se face à la suite d'une référence issue d'une consultation du système du BPHS.

Il n'y a pas de rupture d'équité, bien au contraire. L'accès premier à des consultations spécialisées relève soit d'une identification

spécifique particulière (ORL, ophtalmologie) qui actuellement n'est pas toujours justifiée, soit surtout d'une méconnaissance du système.

Cela entraîne des erreurs de prise en charge, des attentes inutiles, des réorientations préjudiciables.

8.3.2 - DES SPECIALITES SIMULTANEEES

L'hôpital permet en principe de donner rapidement un avis simultané de plusieurs spécialistes, soit sur un dossier, soit vis à vis des patients présents pour diagnostic et soins.

Cet aspect doit être valorisé, en particulier pour la "Référence".

Ces approches paraissent de prime abord simplistes. Toutefois, elles sont importantes pour permettre à l'hôpital :

- d'effectuer pleinement ses trois missions,
- de ne pas réaliser des missions qui ne sont pas actuellement de son ressort.

8.4 >> ORGANISATION DE L'ACCES A L'HOPITAL

Actuellement, il n'existe aucune maîtrise ni organisation de l'accès en terme sanitaire.

L'organisation proposée repose sur le respect des seules fonctions de l'hôpital énoncée plus haut. Les soins n'étant que spécialisés et/ou techniques.

8.4.1 - L'ADMISSION EN URGENCE

L'urgence doit être médicale ou chirurgicale et être accessible à un traitement proposé par l'établissement. Pour des adultes, deux établissements seulement devraient être retenus à Kaboul. Ceci nécessite que les urgences médicales relevant d'un diagnostic et d'un traitement ambulatoire reçoivent une réponse en amont garantie.

8.4.2 - LA REFERENCE

L'hôpital ne peut être qu'un lieu de second recours, de recours spécialisé. Un avis médical et sanitaire a donc été donné en amont par un professionnel exerçant dans le BPHS ou par un médecin privé .

La référence s'organise entre les opérateurs. Elle nécessite une explication auprès de la population. Elle garantit la qualité et la rapidité du service rendu. Elle doit être moins coûteuse pour le patient.

Il faut impérativement valoriser ceux qui font ce choix. On peut envisager des procédures de tarification qui montreraient l'avantage à solliciter le BPHS en première intention. L'organisation de cette tarification reste délicate pour ne pas en pénaliser les plus fragiles, les plus malades.

Ce type d'organisation relève de chaque établissement ou au mieux de la province. Il doit être très précis. Au niveau national, seuls les grands principes sont envisageables.

Le recours à la référence sera facilité par la participation des médecins dont la présence serait partagée entre les différents niveaux.

Des consultations "excentrées", spécialisées, régulières, au plus proche des concentrations démographiques, auront une grande efficacité. Par exemple, une consultation de dermatologie toutes les semaines à Karthe Seh etc.

8.5 >> DES MISSIONS A DISCUTER

8.5.1 - LES MISSIONS NE RELEVANT PAS DE L'HOPITAL

Elles sont définies dans le contexte actuel et en Afghanistan. Ce sont :

- la prévention : aussi bien par la vaccination que par l'éducation pour la santé,
- les soins de premier recours, en particulier ambulatoires.

Les consultations externes, OPD actuelles des hôpitaux sont pour 80 à 90% des consultations tout venant, de première intention et qui entraînent le plus souvent une prescription médicamenteuse ou surtout une réorientation vers une structure plus adaptée et plus proche.

Cette réorientation peut se faire par la cohésion mais bien plus par la valorisation des lieux de soins du BPHS. Cette valorisation est centrée sur la confiance, la qualité, le moindre coût, la meilleure efficacité, la dignité et l'humanité des soins prodigués.

Pour ce qui concerne les spécialités, ce qui est dit précédemment est renforcé par la nécessité d'organiser, à partir des hôpitaux, des consultations spécialisées de proximité. L'exemple des équipes ophtalmologiques à Herat, qui se déplacent selon un calendrier préétabli, connu et régulier, est un exemple parfait.

On doit pouvoir proposer dans les lieux de soins excentrés, des consultations, une fois par mois ou par semaine, c'est selon, mais qui évitent le déplacement des patients et valorisent le rôle des structures de proximité.

8.5.2 - L'HEBERGEMENT DES MALADES

C'est actuellement l'une des fonctions principales des hôpitaux à Kaboul et dans certaines villes.

En l'absence de soins réels, les patients doivent acheter leurs médicaments et une partie des examens complémentaires à l'extérieur.

L'hôpital offre alors de fait :

- un passage régulier d'un médecin,
- un hébergement, cela surtout à Kaboul pour les patients venant de loin ou d'autres provinces.

Cette fonction se comprend, elle ne peut pas être soutenue. Elle entraîne le mésusage de l'hôpital, l'encombrement des services et facilite les paiements injustifiés parallèles.

8.5.3 - FONCTION SOCIALE ET FONCTION DE COMPASSION



Malgré la très mauvaise réputation des hôpitaux en Afghanistan, l'hôpital reste souvent le dernier lieu où l'on va quand on ne sait plus où aller.

Historiquement, ce fut l'une des principales et des grandes fonctions de l'hôpital.

Cette vision respectable est celle des patients sans espoir, elle ne correspond pas à un service rendu par l'hôpital. Surchargées, mal équipées, les équipes hospitalières ne jouent pas ce rôle compassionnel. Sans aucune remise en cause des personnes, l'organisation actuelle est en contradiction avec ce rôle social.

Il faut en prendre la mesure, et pour nombre de patients mal orientés, leur proposer une autre alternative. Cela est tout sauf facile à faire, mais permettrait d'accroître l'efficacité souhaitée des établissements et surtout de mieux répondre à la demande des patients. Ceci peut faire l'objet de la nouvelle affectation d'établissements en surnombre, sous réserve de ne pas en faire des hôpitaux et de n'envisager que la fonction sociale et celle d'hébergement.

8.5.4 - HOPITAL ET PRESTIGE

Quels que soient les systèmes de santé, l'hôpital correspond à une image très prestigieuse pour la population, pour les médecins, pour les autorités politiques. Ceci n'est pas incompatible avec une meilleure organisation, un meilleur usage, bien au contraire.

L'hôpital ne peut être réduit à cette image. Choisir quelques établissements, en faible nombre, est nécessaire. Seuls ces établissements bénéficieront d'un investissement et d'une réhabilitation à but sanitaire. C'est l'opposé de ce qui est fait actuellement.

Les projets sont toujours partiels, incomplets, non coordonnés. L'Italie soutient le transfert de Karthe Seh mais pour une partie de la reconstruction, la Chine s'intéresse à Jamuhriat, mais pour une partie de son activité, la France, elle, soutient New Ali Abad. Le plus souvent, les choix correspondent aux orientations des pays donateurs et non à la volonté du MOH ou à un plan cohérent et prédéfini.

8.6 >> LES MESURES ET ACTIONS A EVITER

Ce qui est remarquable, c'est la distance entre le constat oral, écrit, les recommandations et les réalisations pratiques.

Il ne faut pas envisager la création d'autres hôpitaux, il ne faut pas accepter la construction de nouveaux établissements tant que ceux qui auront été choisis ne seront pas remis à niveau.

A Kaboul, seuls 2 pôles adultes, 2 pôles mère/enfants et deux pôles pédiatriques doivent être retenus (voir rapport français de mai 2002).

Le don de matériels ne peut se faire en dehors des choix du MOH, il en est de même des réhabilitations.

L'implantation d'un scanner, le choix des formations diplômantes, doit correspondre à une organisation globale. Les arguments sanitaires devraient prévaloir sur les arguments de la diplomatie.

On peut considérer qu'en volume, en nombre de lits, le secteur hospitalier de second recours est trop important.

Aussi, il semble prudent de ne permettre aucune création nouvelle mais prévoir l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, ce qui entraîne le redéploiement entre services.

Il faut rapidement établir un cahier des charges à l'attention des promoteurs, leur demandant impérativement de prendre en compte ces exigences.



Le principal "interdit" doit concerner, pour l'instant, l'ouverture de nouveaux services non participant aux orientations du BPHS. En premier lieu, il faut une maîtrise très forte de l'implantation des appareils techniques.

Parallèlement, l'accès des futurs médecins à telle ou telle spécialité ne doit répondre qu'aux besoins du pays.

9 >> UN MINISTRE DE LA SANTE FORT POUR PORTER LA POLITIQUE DE SANTE



En Afghanistan, le Ministère de la Santé a acquis une image et une réputation élevée qui apparaissent justifiées.

Cette justification est due à la rigueur des hauts responsables administratifs et politiques en charge de ce ministère.

Dans un contexte instable, incertain, les travaux de mise en place d'une politique de santé reposent sur des arguments d'efficacité, d'équité et un réalisme associé à une ambition affirmée.

Cette activité acquise s'exerce semble-t-il à Kaboul mais également

en province. La pertinence technique des choix du Ministère, son réalisme, permettent de penser qu'il peut avoir une influence favorable au delà de la province de Kaboul, en dépit des enjeux de pouvoir que connaît le pays. Dans ce sens, la mise en place d'une "task force" hospitalière, sa composition et son mode de fonctionnement témoignent de cette rigueur.

C'est donc bien le Ministère qui doit rester maître du choix, bien plus que les partenaires multilatéraux ou bilatéraux. La situation de l'Afghanistan n'est pas de ce point de vue fondamentalement différente de ce qu'elle est dans de nombreux pays à faible revenu qui ont souvent su trouver un espace de coopération fructueuse dans le cadre des « dialogues sur les politiques ».

La question la plus délicate pour l'Afghanistan n'est pas tant en fait celle des relations entre le MoH et ses partenaires que celle de savoir

comment le MoH aura la capacité de faire appliquer et de contrôler dans toutes les provinces les orientations arrêtées, quelles qu'elles soient.

La politique de santé doit rester l'un des éléments de la reconstruction du pays dont l'objectif dépasse l'enjeu strictement sanitaire.





SYSTEME DE REFERENCE
HOSPITALIER EN AFGHANISTAN,

ENJEUX ET PERSPECTIVE
[2003 – 2006]

PROPOSITIONS

1 >> MASTER PLAN - PLAN DIRECTEUR KABOUL - AFGHANISTAN

En 2002 (SY-1381), le MOH a établi les priorités sanitaires du pays. Cette définition des priorités a été partagée, méthodique, et apparaît comme adaptée et réalisable.



Pour atteindre les objectifs, l'essentiel de l'effort devrait porter sur les soins de Santé Primaire, la prévention, les soins ambulatoires.

Le BPHS traduit précisément cette ambition et définit les moyens nécessaires.

L'étape suivante sera celle de la mise en œuvre, ce qui suppose le rééquilibrage des moyens.

Le niveau hospitalier a une influence directe sur la possibilité de réalisation des objectifs nationaux, très particulièrement sur la mise en œuvre du BPHS.

Ce niveau concentre de plus en plus de moyens, en particulier humains mais également financiers, dans un contexte de ressources rares.

Ce niveau est techniquement et médicalement indispensable pour que les structures du BPHS puissent accomplir leurs missions.

L'existence d'un système de référence efficace et accessible est indispensable.

Un plan directeur (Master Plan) devrait pouvoir être proposé rapidement.

Si les éléments les plus évidents sont régulièrement énoncés par les experts et les autorités administratives, il importe de les rendre explicites et valider par l'autorité du MOH.

A Kaboul, la nécessité d'un plan directeur hospitalier est partagée et urgente.

1.1 >> LE PLAN DIRECTEUR DE KABOUL

1.1.1 - LES OBJECTIFS

Il ne concerne que les établissements d'hospitalisation avec des soins. Il concerne les établissements existants et ceux à venir pour une période d'environ cinq ans.

Il peut être indicatif dans sa phase initiale, il devrait avoir force de loi assez rapidement.

Son objectif premier est de définir :

- le nombre de "lits" global puis par spécialité,
- les effectifs médicaux, paramédicaux et non soignants,

- **le type d'équipement médico-technique à partir d'une certaine importance en terme d'investissement. Ceci comprend l'imagerie, les appareils d'intervention et à notre sens, les endoscopes, les respirateurs, équipements d'imagerie, de bloc opératoire et soins intensifs, de stérilisation, d'exploration fonctionnelle...**

Cette définition devra également comprendre la zone géographique et la population relevant de cette structure. Il peut se concevoir que pour une spécialité, la zone prévue soit différente d'une autre spécialité.

Chaque hôpital doit se voir définir le type de spécialité exercé et celles pour lesquelles il doit effectuer un transfert.

Ce plan n'a pas vocation à être exhaustif, il est volontairement simple et dessine un cadre.

1.1.2 - DONNEES QUANTITATIVES

Le nombre total de lits "actifs" ne devrait pas dépasser 1500 unités.

Le nombre d'établissements à vocation hospitalière c'est à dire prévu pour être des centres de référence, devrait être réduit à :

1.2 >> LES GRANDES ORIENTATIONS D'UN PLAN DIRECTEUR

1.2.1 - UN POLE CHIRURGICAL GENERAL "NORD" AUTOUR DE WAZIR

Ce pôle devrait avoir :

1.2.1.1 - EN CHIRURGIE

- la traumatologie et l'orthopédie,
- un site de réception de l'urgence vitale, en particulier traumatologique,
- des activités de chirurgie viscérale restreintes, surtout centrées sur les associations viscérale/orthopédique telles que l'on en rencontre en traumatologie.
- une activité de chirurgie "lourde viscérale", en particulier thoracique, surtout en lien avec la capacité qu'à cet établissement à dispenser des soins post-chirurgicaux importants en soins intensifs.

1.2.1.2 - EN MEDECINE

Cet établissement pourrait avoir des champs spécifiques en endocrinologie, en pneumologie et en gastro-entérologie.

Il nous paraît judicieux d'y transférer l'activité de neurochirurgie, celle-ci étant actuellement surtout traumatologique.

Le plateau technique devrait être adapté à cette activité et il semble que ce devrait être le site prioritaire pour l'installation d'un scanner.

D'autres activités médicales peuvent être rattachées à Wazir. Surtout, il apparaît que ce pôle chirurgical "lourd" de soins intensifs et sa place en réception d'urgence polyvalente devrait en être affirmées.

A notre sens, ce pôle devrait intégrer les capacités de l'hôpital Jamhuriat.

1.2.2 - UN POLE MEDICO-CHIRURGICAL "SUD"

Historiquement, ce rôle était celui de "Old" Ali Abad. Dans l'état actuel, ce peut être celui du "New" Ali Abad, sous réserve d'être réorienté, adapté.

Ce pôle devrait comprendre éventuellement le deuxième pôle de réception des urgences vitales.

Sans préjuger de la capacité d'une orientation pré-hospitalière, on peut proposer que l'accent soit mis sur les urgences vitales "médicales". L'orientation cardiologique plaide dans ce sens.

Ce pôle "Sud" devrait intégrer les activités hospitalières des établissements d'Ibn Sina et en partie ce que réalisait l'ancien hôpital de Karthe Seh (cet hôpital en déménageant s'oriente plus sur une activité de type "district").

Ce pôle aurait une priorité en médecine interne, cardiologie, neurologie, pathologie infectieuse. Surtout, il devrait comprendre l'activité médicale nécessitant un apport technique. On peut concevoir qu'il y soit conservé une partie de gastro-entérologie, d'urologie.

A notre sens, ce pôle aurait vocation à bénéficier d'une nouvelle localisation sur le site "Sud" "Old", proche de l'IMK.

Les activités de neurologie et de psychiatrie n'ont-elles pas vocation à y être maintenues ?

1.2.3 - AUTRES SPECIALITES



Dans ces propositions, ne sont donnés que les axes majeurs médico-chirurgicaux.

Pour l'ophtalmologie, le site actuel central paraît le plus adapté, et dans sa localisation, et dans son fonctionnement.

De nombreuses spécialités comme la dermatologie, la rhumatologie, devraient surtout être abordées sous une approche ambulatoire.

Les maladies infectieuses devraient également bénéficier d'un renforcement du traitement ambulatoire.

Si l'on se tient à la définition des tâches de l'hôpital, ces maladies seront mieux et plus vite soignées en proximité. Le recours à l'hôpital devrait être plus rare pour les cas complexes ou pour ceux remettant en jeu à court terme le pronostic vital.

Toutefois, une fois que seront classifiées les "missions majeures" des deux pôles, on peut envisager des localisations dans tel ou tel site de ces spécialités.

L'ORL pose une question particulière. Cette spécialité devrait à Kaboul être regroupée sur un site unique.

Le dynamisme de l'équipe de Maiwand plaide pour qu'on le renforce, c'est à dire que l'activité d'Ibn Sina et celle de Rabhia Balkhi y soient transférées. Ceci ne comprendrait que l'activité ORL quand elle est

isolée. Comme l'ophtalmologie, l'équipement des plateaux techniques sont très spécifiques.

C'est la seule activité qui pourrait être maintenue, voire développée à Maiwand.

Une réflexion particulière doit être menée pour la psychiatrie et pour l'oncologie.

1.2.4 - DEUX ETABLISSEMENTS SPECIFIQUES POUR LES FEMMES

L'attention portée aux femmes, et aux femmes comme mères doit être considérablement promue.

Malalaï devrait être cette maternité exemplaire tant attendue.

Rabia Balkhi est appelée à jouer ce rôle également. Toutefois, pour Rabia Balkhi, il devrait être prévu une rapide cessation d'activité dans les spécialités telles que la dermatologie et l'ORL.

Rabia Balkhi peut sans doute garder ce rôle "d'hôpital des femmes" si et seulement si, ce choix facilite l'accès aux soins de celles-ci et est conforme à leurs choix.

1.2.4.1 - MALALAÏ ET RABIA BALKHI

Ces deux sites devraient être essentiellement orientés vers la médecine, la chirurgie spécialisée pour les femmes.

Ces deux établissements ont trois zones de compétence :

- **la première est locale.**

Pour le centre-ville de Kaboul comme site d'accouchements et de suivi de grossesse sans complications.

- **la seconde est régionale.**

Ces deux établissements sont les sites de "Référence" pour toutes les structures obstétricales du niveau du BPHS.

- **La troisième est nationale.**

Ces deux établissements peuvent avoir un rôle de premier plan pour porter la réorganisation de toute la politique de la mère et de l'enfant.

Les équipements, les capacités, la répartition et le rôle des praticiens devraient être déterminés en fonction des ces trois niveaux.

1.2.4.2 - SITES D'ACCOUCHEMENT, SITES DE PREMIER CONTACT AVEC LE NOUVEAU-NE



Ces deux établissements doivent disposer d'un service de néonatalogie bien plus structuré et bien plus actif que ce qui existe. Il ne s'agit pas d'un site d'hospitalisation mais surtout de renforcer l'attention sanitaire portée au nouveau-né et à sa mère.

Un centrage exclusif autour de la sécurisation de l'accouchement est certes indispensable d'urgence ; en soit, il sera rapidement insuffisant.

Pour ces deux établissements, l'intégration de leurs activités dans un réseau formalisé avec les structures du BPHS est bien plus important que les aménagements architecturaux. Ce volet semble délaissé et même paraît très désinvesti par les équipes actuelles.

1.2.5 - LE POLE PEDIATRIQUE CENTRE SUR "INDIRA GANDHI"

1.2.5.1 - UN HOPITAL PRINCIPAL A INDIRA GANDHI



Nous l'avons souligné, le bénéfice majoritaire pour les enfants est attendu du développement des structures de proximité et de soins ambulatoires.

Les hôpitaux pédiatriques de Kaboul reçoivent un tel nombre de petits patients qu'ils ne peuvent s'acquitter de leurs tâches. L'essentiel de ces enfants (80 à 90%) ne nécessite que des soins réguliers, compétents, attentifs

mais uniquement ambulatoires.

L'hôpital "Indira Gandhi" dispose en principe de toutes les compétences pour mettre en place les services de second recours-diagnostic et thérapeutiques. Le matériel et les moyens manquent.

"Indira Gandhi" devrait développer l'ensemble des soins spécialisés pédiatriques : chirurgie, médecine et néonatalogie. Cette dernière suppose la création de liens permanents avec d'une part les structures du BPHS, d'autre part, les deux maternités de référence, Malalai et Rabia Balkhi.

La capacité totale ne devrait pas changer, "Indira Gandhi" serait également compétent pour les 3 niveaux, "National", "Régional", "Local" mais avec des fonctions différentes selon ces niveaux.

L'effort fait dans cet établissement pour l'accueil des urgences vitales mérite d'être rapidement soutenu.

1.2.5.2 - L'ETABLISSEMENT ATATURK

Cet établissement est le seul accessible dans la zone sud de Kaboul.

Il apparaît comme également surchargé avec des relations fonctionnelles très faibles voire mauvaises avec les structures du BPHS.

Cet établissement devrait être intégré dans un seul et même projet avec "Indira Gandhi".

ATATURK ne peut avoir de stratégie "concurrente" avec "Indira Gandhi".

ATATURK ne devrait avoir de plus qu'une compétence "régionale" et "locale".

1.2.5.3 - LE PROJET "MERE ENFANTS" DE L'ONG FRANÇAISE « ENFANTS AFGHANS »

Actuellement, ce projet est principalement architectural.

Il est impératif que ses promoteurs proposent au MoH un projet sanitaire et médical, tenant compte des réels besoins et priorités de santé et des autres initiatives sur Kaboul.

1.2.5.4 - ASPECT COMPLEMENTAIRE EN PEDIATRIE

En Afghanistan, la malnutrition est un problème sanitaire majeur.

Les ONG ont mis en place dans de nombreux sites, des structures très performantes. Pour la plus grande majorité des enfants, le site de soins pertinents doit se faire en proximité ; cet aspect est bien développé dans les propositions du "BPHS".

En principe, des soins attentifs sont nécessaires mais sans mobiliser un plateau technique sophistiqué ni des compétences scientifiques spécialisées.

De plus, l'UNICEF élabore un projet national spécifique. Ainsi, cette question ne devrait pas relever des missions essentielles d'"Indira Gandhi", elle sollicite le niveau de compétence "locale" et au plus "régionale". Une unité "nutrition" existe et doit être maintenue, non étendue.

A "Ataturk", l'unité de nutrition reste importante et justifiée.

1.2.5.5 - CONSULTATIONS EXCENTREES

En pédiatrie, des consultations spécialisées, régulières et mobiles doit être mise en place. Elles permettraient une meilleure accessibilité et renforceraient le rôle de référence de l'hôpital.

1.2.5.6 - LES PRINCIPAUX POINTS DE CE PLAN DIRECTEUR

Réorganiser, renforcer, équiper le pôle médico-chirurgical "Nord" de Wazir, le pôle médico-chirurgical "Sud" d'Ali Abad, les deux pôles gynéco-obstétricaux de Malalai et de Rabia Balkhi et les établissements pédiatriques "Indira Gandhi" et "Ataturk" est une charge considérable.

Ces seules structures réaménagées seront bien plus efficaces que l'ensemble des 20 structures actuellement existantes.

L'ensemble des autres structures, Ibn Sina, Maiwand (hors ORL), Jamhuriat, Antoni, ne devraient pas être investis pour un rôle d'hôpital public.

Il peut être envisagé qu'un de ces établissements garde un rôle médical spécialisé, à proposer au secteur privé. Les investissements publics, nationaux et internationaux ne devraient pas être attribués à ce secteur.

Les sites peuvent avoir un rôle sanitaire différent comme centre de formation, centre de consultation.

Ils peuvent avoir un rôle social important comme site d'hébergement et d'assistance.

1.2.6 - LES ETABLISSEMENTS PRIVES A KABOUL

L'offre de soins ambulatoires privée est à Kaboul très importante. Elle est utile pour certaines parties de la population, elle permet à de nombreux médecins un niveau de vie acceptable.

L'offre de soins hospitaliers pose un problème différent.

Actuellement, de nombreux afghans dont beaucoup de kabouli partent au Pakistan, en Iran, en Europe, pour recevoir des soins spécialisés. Les coûts sont importants, les résultats aléatoires. Ces soins correspondent probablement à de la cancérologie, des pathologies rénales et cardiaques.

D'un côté existe une demande se finançant elle-même à titre individuel. De l'autre côté, certains praticiens souhaitent s'engager dans cette voie. Ils sont sollicités par des investisseurs privés dont la motivation est surtout commerciale.

Ces trois facteurs devraient permettre l'ouverture de sites privés de soins hospitaliers.



Dans le plan directeur, on doit pouvoir envisager deux à trois établissements médico-technique d'une capacité limitée au plus à 50 lits pour chacun et d'au plus trois maternités.

Ces établissements doivent être soumis à une autorisation préalable de la part des autorités sanitaires nationales. Elles doivent avoir des limites d'exercice, de spécialités connues, formalisées, vérifiables.

Elles doivent garantir la qualité des services et des prestations.

Les tarifs sont arrêtés, connus et vérifiés par les autorités sanitaires et financières.

Pour certaines spécialités, une coopération avec les établissements publics doit être établie. Si l'Etat afghan ne peut encore investir des sommes importantes dans des activités sanitaires telles qu'un IRM ou une radiothérapie, il apparaît indispensable qu'une telle activité, si elle est autorisée à Kaboul ou à Herat, puisse prévoir une coopération avec le secteur public.

Deux volets semblent utiles, l'un prévoyant l'accessibilité pour certains patients pris en charge par le secteur public, l'autre concerne la formation des praticiens et le partage du savoir.

L'existence d'établissements "officiels" ne peut être acceptée, elle ne correspond ni à l'intérêt d'un secteur d'activité privé pertinent et ambitieux ni à celui d'une politique de santé publique.

1.2.7 - ASPECTS PARTICULIERS DU PLAN DIRECTEUR DE KABOUL

Deux priorités : les maternités et la pédiatrie

Il est utile de décrire l'organisation de quelques secteurs qui doivent faire l'objet d'une planification plus précise.

1.2.7.1 - LES MATERNITES

Les 2 établissements n'ont de sens qu'intégrés à une chaîne comprenant les activités à domicile, le planning familial, le suivi des grossesses, aussi bien que la sécurisation de l'accouchement, la transfusion et le suivi post natal.

1.2.7.2 - LA PEDIATRIE

Dans ce cas, les liens établis entre les structures du BPHS et les hôpitaux sont aussi importants que l'hôpital lui-même.

1.2.7.3 - SPECIALITES CHIRURGICALES ET MEDICALES

Il faut rapidement prévoir et arrêter les lieux où s'exerceront les différentes spécialités. Surtout, il faut éviter l'éclosion de projets sous évalués, concurrents, incomplets.

1.2.7.4 - IMAGERIE ET BIOLOGIE

Dans ce cas, la réflexion doit prévoir les liens avec le secteur privé ambulatoire. Le secteur public ne peut rester dépouillé.

1.2.7.5 - LES URGENCES

Deux sites solides mais deux sites seulement doivent être établis pour les urgences vitales, polyviscérales.

Elles doivent être différenciées des sites de consultations initiales et de premier recours.

Les amplitudes horaires, l'accessibilité doivent être définies et garanties.

1.2.7.6 - LES VOLETS COMPLEMENTAIRES

Le plan directeur hospitalier est restreint dans son objectif.

Il ne vaut que si parallèlement sont organisées et maîtrisées :

- l'offre de soins privée ambulatoire : cela concerne la localisation, la qualité, les tarifs, la qualification.
- l'offre de soins ambulatoire publique de la ville de Kaboul, comprenant les consultations des hôpitaux, également les hôpitaux de district.

1.2.7.7 - LES DIFFICULTES ATTENDUES

Sans explication et sans contrepartie, personne ne peut accepter que des établissements dont le nom est connu ne soient plus aidés.

La mise en oeuvre d'un nouveau plan directeur ne peut ignorer cette difficulté. Actuellement, ces établissements ne rendent pas le service attendu et empêchent le développement d'un système plus efficace, plus accessible et moins coûteux.

Le devenir et la transformation des activités des anciens hôpitaux est en soi une question importante. Elle est associée au Plan directeur, elle en est différente car elle met en question des volets éducatifs, sociaux relevant d'autres ministères que le seul MOH.

L'essentiel de la reconversion concerne l'affectation des personnels émargeant au budget de ces établissements.

Nous l'avons montré et cela est établi par l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, ces médecins doivent être affectés dans les structures du BPHS ou dans les établissements hors de Kaboul.

2 >> PLAN DIRECTEUR DANS LES PROVINCES

La question de l'organisation de l'offre de soins en province est différente de celle de Kaboul.

D'une part, il existe un déséquilibre très important entre les moyens humains présents à Kaboul et ceux existant en province. Cette question constitue à elle seule un des éléments les plus difficiles à résoudre.

Les orientations actuelles du MOH sont extrêmement pertinentes. Elles mettent en œuvre une forte incitation vis à vis des jeunes étudiants issus de la faculté de médecine mais également une coercition et la contrainte si nécessaire. Cette pertinence ne garantit pourtant que peu l'efficacité, elle a un très bon impact pédagogique et montre le souci du MOH à répondre aux besoins de l'ensemble du pays.

Dans les provinces elles-mêmes, il existe un très important déséquilibre des moyens humains et matériels entre les structures hospitalières et privées des centres-villes des grandes cités et le reste du pays.

Ce volet paraît immédiatement plus accessible à une solution qui met en œuvre une volonté politique locale.

2.1 >> UNE ORGANISATION REGIONALE ET INTER PROVINCIALE A PRESERVER



Une autonomie de gestion et d'exécution sanitaire doit exister. Il semble nécessaire de maintenir une tutelle suffisamment présente pour éviter les dérives. De ce fait il paraît fondamental que la carte hospitalière soit élaborée avec le MoH d'autant qu'il sera amené à la financer assez largement. Elle peut permettre de répondre à la très grande majorité des

demandes de soins spécialisés en médecine, chirurgie obstétrique et pédiatrie.

Le recours aux structures kaboulis ne devrait être maintenu que pour les rares cas ne recevant pas de réponse locale. Cela suppose que les garanties de qualité et d'accessibilité sont connues et respectées en province.

2.2 >> NIVEAUX INTER-REGIONAL ET PROVINCIAL

Les villes, sites d'implantation d'un établissement inter-régional sont Djalalabad, Mazar e Charif, Herat, Kandahar. Dans ces établissements, doivent être développés les services de spécialité et les plateaux techniques à usage peu courant.

- Chirurgie : orthopédie, traumatologie, viscérale, urologique.
- Médecine : médecine interne, cardiologie, neurologie, endocrinologie, pneumologie, dermatologie, gastro-entérologie, maladies infectieuses.

- Spécialités : tête et cou : ophtalmologie, ORL.
- Gynécologie obstétrique au sens des centres d'excellence
- Pédiatrie : néonatale, médicale et chirurgicale.

En province autant qu'à Kaboul, l'enjeu de l'organisation de consultations avancées est essentiel. Une grande partie des consultants viennent des campagnes pour un trajet coûteux et long. Quel que soit le diagnostic, la nécessité de l'hébergement s'impose, elle peut entraîner une hospitalisation sans justification médicale, qui n'apporte rien au patient.

Il faut prévoir des "tournées" régulières, coordonnées avec les structures du BPHS et cela dans toutes les spécialités majeures. Il paraît plus simple, plus efficace et plus rentable que les médecins se déplacent vers les patients. L'exemple de l'ophtalmologie est remarquable.

2.3 >> CAPACITE TOTALE

Dans les villes citées, les capacités actuelles ne doivent en aucun cas être augmentées. Il faut le dire. Dans chacune de ces villes, le souhait

politique est "d'agrandir". Il n'y a pas lieu de créer de nouveaux hôpitaux, que ce soit pour des raisons universitaires ou sanitaires.

Wards	Pediatrics	ENT	Eye	Dermatology	Surgery	Obstetrics	Laboratory	X-ray	Ultrasound	X-ray
O.P.D.	M: 918, F: 740	M: 180, F: 172	M: 482, F: 556	M: 430, F: 553	M: 438, F: 529	M: 287, F: 258	3000	141	100	201
Total	1658	352	1038	983	967	545	3000	141	100	201
I.P.D.	M: 443, F: 202	M: 58, F: 28	M: 120, F: 97	M: 130, F: 79	M: 17, F: 16	M: 199, F: 114	2500			
Total	645	86	217	209	33	313	2500			
Death	20	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Blood	108	0	0	0	0	12	30	0		
Greenberg										
M.C.H.										
Vaccination	BCG: 88, OPV: 408, Measles: 380, TT: 388									
Total	884									
Health Education	1954									
Family Planning	82									
Nutrition	213									
Total O.P.D.										+11046
Total I.P.D.										+4681
Total Death										+37
Total Distribution of Blood										+230
Total Vaccination										+1294

Dr. M. Nasser "Kammar" Manager University Teaching Hospital.

A Djalalabad, l'existence de deux hôpitaux distincts n'a de sens ni sanitaire ni médical. L'hôpital universitaire ne répond qu'à une évolution historique, peut être politique, non médicale.

2.4 >> DES HOPITAUX DE "REFERENCE"

La définition des missions doit être restreinte aux trois volets que sont le soin spécialisé et coordonné, l'enseignement, la recherche.

La promotion de la "référence", l'organisation de l'accès favorisée pour les urgences vitales et les consultations de second recours doivent être valorisées et formalisées.

3 >> ORGANISATION INTERNE

Il est prématuré d'envisager l'autonomie juridique et totale des hôpitaux. En revanche, il semble opportun de proposer que chaque hôpital élabore en concertation avec le MoH un « projet d'établissement » sur une base triennale ouverte pour atteindre les objectifs fixés par le Ministère. Dans ce cadre, l'hôpital aurait une grande autonomie de gestion, avec un contrôle de résultats, de « maintien de cap », qui serait annuel. L'atteinte des objectifs donnerait lieu à des mesures incitatives pour le personnel qui serait de ce fait plus favorable à aller dans le sens de la politique du MoH.

3.1 >> LA REFONTE PARTIELLE DE L'ORGANISATION INTERNE DES HOPITAUX CONSTITUE UNE PRIORITE

A ce stade de l'étude, il n'est pas question d'élaborer un diagnostic précis mais il y a déjà quelques grandes lignes qui pourraient être suivies.

Les hôpitaux de Kaboul disposent d'effectifs quantitativement pléthoriques, mais qui ne leur permettent pas d'assurer une continuité de prise en charge correcte.

En terme de planning, il n'existe qu'un seul horaire : celui du matin.



Il serait judicieux de mettre en place des horaires du matin et des horaires du soir, avec un système de garde qui prendrait le relais pour la nuit, et éventuellement le vendredi.

Incontestablement, les effectifs le permettent, et cela contribuerait sans aucun doute à améliorer la prise en charge des patients et notamment la continuité des soins.

Dans cette perspective, une optimisation de l'utilisation des blocs opératoires paraît également possible.

Ce dispositif global constituerait un bouleversement culturel important dans la mesure où cette organisation est ancienne et permet au personnel d'exercer éventuellement une autre activité l'après midi.

Même si rien n'empêche que cette activité « extrahospitalière » puisse être exercée le matin également, il est certain que l'on peut s'attendre à des résistances dans la mise en œuvre d'une telle mesure.

Mais l'enjeu est de taille en terme de qualité des soins, et de réduction du coût global de la prise en charge.

Il y a par ailleurs sans doute un travail important à fournir en matière d'organisation des soins qui semble assez inégale d'un établissement ou d'un service à l'autre (protocoles de soins, dossier de soins, liens entre les médecins et le personnel soignant, circuit des examens et des prescriptions,...)

Ce point mériterait d'être exploré plus en détail dans le cadre d'une mission d'expertise ultérieure.

Une attention devrait également être apportée de façon prioritaire en matière d'hygiène et d'asepsie.

A première vue, les locaux visités semblent nettoyés régulièrement.

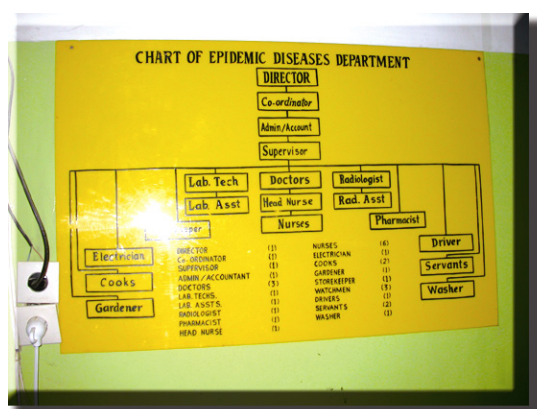
En revanche, il apparaît clairement que les règles élémentaires de nettoyage et d'utilisation des produits ne sont ni connues, ni vérifiées.

L'organisation des circuits et des procédures de stérilisation est vraisemblablement à revoir dans la plupart des hôpitaux visités.

L'impact des dysfonctionnements constatés dans ce domaine est certainement considérable en matière de risque infectieux et donc en terme de coûts pour les patients et pour le système de santé afghan dans son ensemble.

Cette réorganisation suppose au préalable la mise en œuvre d'une politique de formation adaptée

3.2 >> LA PREMIERE DE CES ACTIONS DEVRAIT CONCERNER LES DIRECTEURS D'HOPITAUX.



Il convient de rappeler que les directeurs en place sont avant tout des médecins.

Il semble difficile d'interdire aux directeurs en place d'exercer une activité clinique ou d'enseignement ; ne serait-ce que pour leur permettre de pouvoir maintenir à niveau leurs connaissances médicales et techniques.

En revanche celle-ci doit être encadrée et contractualisée.

En outre, les directeurs n'ont pas tous une culture de santé publique, et ils n'ont reçu aucune formation en matière de gestion et de management.

Ils ont souvent une vision stratégique de ce qu'il conviendrait d'améliorer au sein de leur hôpital, mais n'ont pas une véritable approche en terme de système.

Pour que le nouveau système de référence hospitalier fonctionne, cela suppose que les directeurs soient formés, à ses enjeux, et à ses mécanismes de régulation.

Les mécanismes de prévision budgétaire et de contrôle de gestion élémentaires doivent également faire partie de leur apprentissage.

Ces tâches sont aujourd'hui laissées aux directeurs fonctionnels qui ne semblent pas disposer de beaucoup plus de compétences et n'ont pas les outils nécessaires à leur mise en œuvre.

Une formation au management doit aussi leur être prodiguée.

Cette formation devra appréhender des notions de base (délégation et contrôle, conduite du changement, méthodes d'évaluation, travail en équipe, techniques de concertation et de négociation, etc...)

Cette formation devra bien évidemment être adaptée et ne pas se contenter de plaquer des modèles inapplicables au contexte afghan.

Il paraît possible d'organiser rapidement la formation d'une première promotion de directeurs d'hôpitaux. La France y est disposée.

Il s'agirait de constituer une première équipe de directeurs motivés, issus d'hôpitaux jugés prioritaires par le MoH.

A plus long terme, il semble intéressant d'imaginer la constitution de binômes à la tête des hôpitaux afghans ; avec aux côtés du Directeur Général (généralement médecin), un directeur général adjoint, gestionnaire formé, compétent et disposant d'une réelle autorité sur le personnel de l'hôpital.

3.3 >> LA FORMATION DES CADRES INTERMEDIAIRES DEVRA EGALEMENT ETRE RENFORCEE

Il ne semble pas que les cadres soignants (head nurse) bénéficient d'une formation spécifique

Or, ils ont un rôle essentiel à jouer en matière d'organisation et de coordination des soins et du travail, et de contrôle.

Un dispositif de formation, voire la création d'une école de cadres soignants, leur permettant de recevoir une formation courte (trois à 6 mois) dans ce domaine devrait être mis en place.

La formation des cadres administratifs, s'avèrera également nécessaire : formation technique dans leur domaine fonctionnel, mais également formation à l'utilisation d'outils informatiques, et à des techniques simples de management.

3.4 >> LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER POURRAIT FAIRE L'OBJET D'UN AUDIT TECHNIQUE

L'analyse de la qualité des enseignements dispensés dans les écoles d'infirmiers en Afghanistan ne figurait pas dans les termes de références de cette mission.



Néanmoins, il semble important d'établir de manière précise le profil de fonction d'un infirmier exerçant dans un hôpital provincial ; notamment en terme de compétences pour mettre en œuvre les soins techniques, d'hygiène et de confort, ainsi que les soins relationnels et de prévention.

Un travail d'audit dans ce domaine pourrait être très utile pour pouvoir, le cas échéant, adapter le dispositif existant aux objectifs attendus en terme de qualité des soins hospitaliers.

3.5 >> LE CALENDRIER DES ACTIONS QU'IL EST POSSIBLE DE METTRE EN ŒUVRE A COURT ET MOYEN TERMES

Les questions relatives au niveau de rémunération et à la démographie médicale nécessitent une approche macroéconomique

et politique qui suppose un calendrier sans doute plus étendu dans le temps.

3.5.1 - LA CONDUITE D'AUDITS TECHNIQUES

Les champs à couvrir concerneraient l'organisation des soins et de l'hygiène, ainsi que le fonctionnement des blocs opératoires et des laboratoires.

Une description approfondie du dispositif actuel de formation des personnels infirmiers serait également très utile.

Une analyse plus fine de ces domaines constitue un préalable pour toute démarche d'amélioration durable de la qualité des soins.

Il s'agirait de constituer une mission d'experts composés de spécialistes (directeurs de soins, cadres hygiénistes, cadres de blocs opératoires, biologistes...) capables de proposer la mise en œuvre de plans d'amélioration adaptés aux contraintes de l'Afghanistan.

3.5.2 - LA MISE EN ROUTE D'UN PROGRAMME DE JUMELAGE HOSPITALIER ENTRE HOPITAUX AFGHANS ET HOPITAUX FRANÇAIS OU D'AUTRES PAYS

Les jumelages hospitaliers ont montré qu'ils permettaient souvent d'accompagner dans la durée le développement des hôpitaux concernés.



Il s'agirait là d'accompagner le lancement d'un programme de jumelage répondant à un cahier des charges précis.

Le jumelage, au-delà des liens qu'il instaure entre deux structures, doit permettre un accompagnement matériel certes, mais avant tout méthodologique (dans le domaine des soins, de l'hygiène, de la maintenance,

du management) et également sur le plan de la formation continue.

La formation médicale, notamment, pourrait être traitée dans ce cadre.

Il doit cependant s'inscrire très lisiblement dans la politique du MoH et ne pas se cantonner à envoyer du matériel dont l'utilité n'aurait pas été validée et pour lesquels les conditions de maintenance n'auraient pas été assurées.

Le jumelage s'inscrit dans la durée et au-delà des femmes et des hommes qui dirigent les hôpitaux concernés.

3.5.3 - LA MISE EN ROUTE DU DISPOSITIF DE FORMATION A DESTINATION DES DIRECTEURS D'HOPITAUX

Cette formation pourrait être modulaire et aborder successivement des notions de santé publique, de gestion financière et budgétaire, et de management.

Il s'agirait d'une formation courte (une semaine par mois pendant un an) qui donnerait lieu à l'obtention d'un diplôme.

Cette formation pourrait débuter dès 2004.

Ce dispositif pourrait s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire (directeur d'hôpitaux et médecins), coordonnée par un directeur d'hôpital ayant participé à l'élaboration du programme de formation.

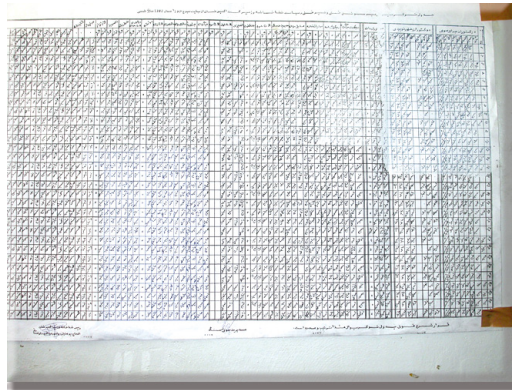
Elle pourrait également s'appuyer sur les hôpitaux jumelés.

Ce premier corps de directeurs aurait un caractère symbolique mais permettrait en outre de mettre en œuvre efficacement les mesures arrêtées par le MoH pour certains sites stratégiques, notamment en terme de redéploiement de moyens et d'activités.

Cela pourrait constituer un «laboratoire» pour la mise en place ultérieure de ce qui pourrait constituer une école de santé publique afghane qui formerait en son sein des gestionnaires hospitaliers et assurerait la formation continue des directeurs en place.

4 >> SYSTEME D'INFORMATION

4.1 >> ELABORER UN SYSTEME D'INFORMATION SIMPLE ET FIABLE



Il importe de constituer en priorité un **tableau de bord hospitalier** comportant un ensemble d'informations de base fondamentales pour le pilotage de l'hôpital, sans prétendre à l'exhaustivité ni à des analyses sophistiquées (les informations essentielles que l'on a besoin de connaître).

Le système de santé en Afghanistan est complexe, peu

accessible à une description donc à une maîtrise au service des objectifs de santé du MOH.

La mise en place d'ordinateurs dans chaque hôpital permettrait l'utilisation de moyens informatiques efficaces et peu coûteux.

- La connaissance épidémiologique est partielle. Si les grandes données de mortalité et de morbidité sont connues et partagées, le système d'information en cours de construction aidera à l'améliorer. L'apport des organisations internationales et des organisations non gouvernementales est techniquement précieux. Il faudra pouvoir mesurer les progrès attendus.
- La connaissance de l'offre de soins est éclatée. Il existe près d'une centaine d'ONG impliquées dans le domaine sanitaire. Les grandes organisations ont une connaissance fixe de leurs activités, moyens, résultats. Cela ne concerne que les plus importantes.

Les rapports d'activité de Health net international, Médecins sans Frontières, Médecins du Monde, Aide Médicale Internationale, CICR et quelques autres sont accessibles, informatifs et réguliers.

L'information, ne serait-ce que sanitaire de nombreux établissements est peu accessible.

De plus, ces données sont hétérogènes, l'agrégation n'en est pas faite.

Cela concerne pourtant une grande part de l'activité médicale et des sommes versées par les partenaires internationaux.

- La connaissance de l'offre de soins afghane est faible.
- Pour le secteur privé, elle est inexistante. Les moyens existants sont importants dans les cités, ils ne sont pas connus.

Le nombre de médecins, de pharmaciens, d'équipements, n'est connu que de façon approximative.

La qualification et la qualité sont inaccessibles. Une grande quantité de médicaments est vendue en officine, il existe un doute important sur ce que sont ces médicaments en provenance de certains pays.

Pour le secteur public, les informations sont en partie existantes. L'échelon local, provincial ou municipal peut décrire ses moyens humains et matériels et une partie de son activité. Cette information reste épaisse, inexploitable.

A partir des deux "photographies" que sont les deux enquêtes de "MSH", il importe de ne pas perdre le bénéfice de ces interrogations.

Un descriptif, robuste, simple des moyens et des structures et un rapport d'activité homogène et comparable peuvent être mis en place.

Rappelons que les effectifs ne sont pas comptabilisés partout de la même manière ; ce qui donne parfois des résultats contradictoires.

4.1.1 - UN RAPPORT D'ACTIVITE TYPE EN DEUX VOLETS

4.1.1.1 - UN VOLET "MOYENS", "STRUCTURES" DECRIVANT :

- le personnel : médical, soignant, non soignant,
- l'équipement :
 - médico-technique,
 - logistique générale non médicale : véhicule, cuisine, générateur... ;
 - pharmacie.

4.1.1.2 - UN VOLET "ACTIVITE" SUR UNE BASE ANNUELLE, EVENTUELLEMENT MENSUELLE :

Activités générées :

- données quantitatives :
 - OPD, IPD, durée ;
- données qualitatives :
 - actes de chirurgie, d'imagerie,
 - type de spécialité

Surtout, il importe que ce relevé soit simple, unique, uniforme et rapidement contrôlable.

Dans ce volet "activité", devraient être inscrites des actions liées à l'intégration de l'hôpital dans le système de santé.

Porter une appréciation pertinente sur le système hospitalier suppose des indicateurs.

Le relevé d'activité des établissements n'est jamais comparable, cela permet toutes les interprétations.

La connaissance des établissements par leur directeur ou par le MOH est encore très partielle et peu valide.

4.1.1.3 - EVALUATION EN SECTEUR D'ACTIVITES PRIVEES

Ce qui est demandé pour les établissements publics doit l'être tout autant pour l'activité privée, ambulatoire ou avec séjour hospitalier.

De plus, on devrait pouvoir y ajouter des éléments financiers, fiscaux et ceux garantissant la qualité du service rendu.

5 >> METTRE EN ŒUVRE DES CONTROLES



Une maîtrise, même partielle du système de santé, suppose une connaissance régulière, validée des structures, des finances, des personnels et des activités.

Les connaissances actuelles, celles dont dispose le MoH, et celles accessibles en temps réel, permettront de rendre compte de l'efficacité du système et de réorienter les attributions de

moyens.

Ces informations sont pour la presque totalité déclaratives, sans vérification possible ; l'autre source provient des quelques enquêtes effectuées.

Il nous semble indispensable que le MoH dispose d'une capacité de contrôle et d'investigation.

Celle-ci, même de faible importance numérique, doit garantir à la Ministre de pouvoir disposer d'une information valide.

Cette équipe de contrôle, peut être constitué d'une quinzaine de personnes, médecins, juristes, économistes. Dans un premier temps, il faudra, si le MoH en est d'accord, une unité de contrôle mixte, composée de représentants du MoH et des partenaires extérieurs (bailleurs et NGO), pour assurer la rigueur méthodologique, la liberté d'investigation et la transparence des résultats. Les membres de cette unité ne seraient pas des permanents mais se constitueraient en « commission d'évaluation » de la réforme hospitalière. La commission serait directement rattachée au cabinet de la Ministre et non à la direction des hôpitaux.

Il est important qu'il soit uniquement et directement rattaché au ministre ou au gouvernement.

Il est important que ces personnes ne participent pas directement aux décisions. Ceci permet de prévenir des dérives ou des conflits d'intérêts potentiels.

L'expérience française dans ce domaine est performante, en partie transposable rapidement.

6 >> GESTION DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX ET DES INFRASTRUCTURES



Pour remplir sa mission, l'hôpital regroupe dans un espace restreint des ressources techniques importantes, coûteuses et fragiles, des patients qui ont besoin d'être protégés des risques infectieux croisés ou liés aux interventions (chirurgicales ; endoscopiques, etc..) ou à l'hospitalisation. Pour être efficace, l'hôpital se doit de maîtriser constamment, à

long terme aussi bien ces moyens techniques que les risques infectieux. Ce qui représente un défi énorme car il demande la mobilisation constante de ressources financières importantes et de compétences humaines et techniques de haut niveau. Or celles-ci sont souvent trop rares ou insuffisantes.

Les propositions qui suivent ont donc pour but de permettre aux hôpitaux d'assurer, avec l'aide et l'expertise du Ministère et des Organismes qui l'entourent, leur mission, avec trois objectifs principaux :

- ne pas réduire le financement des soins de santé primaire (BPHS) par le Ministère de la Santé ;
- assurer un développement durable (sustainable development) du secteur hospitalier afghan ;
- développer les compétences locales (capacity building) dans tous les secteurs concernés.

Elles s'étaleront en deux étapes :

1. Celle qui concerne la maîtrise du fonctionnement technique de l'hôpital, tant biomédical que de l'hygiène. Cette maîtrise doit impérativement être assurée en premier;
2. Celle de la dotation optimale en équipements des hôpitaux et des grands travaux de rénovation. Elle n'a d'intérêt que lorsque la technique existante et l'hygiène auront été maîtrisés, lorsque des spécialistes auront été formés pour en tirer profit.

C'est essentiellement de la première étape dont il va être question dans ce rapport.

Il est évident que la durée trop brève de la mission de mai dernier ne permet de proposer que les grandes orientations qui devraient conduire à la maîtrise par les hôpitaux de leur mission première dans le respect des objectifs indiqués précédemment. D'autres missions permettront d'approfondir certains points « de détail », notamment l'évaluation de l'ensemble des coûts reliés à l'exploitation des équipements.

6.1 >> ADOPTER UNE POLITIQUE NATIONALE D'ACQUISITION ET DE MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX

Pour arriver à gérer les équipements biomédicaux dans les conditions difficiles que sont celles présentes en Afghanistan, une politique nationale est d'acquisition et de maintenance est indispensable. Elle permettra au Gouvernement de donner des signaux, des directives claires à tous les intervenants dans le domaine de la Santé qu'ils soient afghans ou étrangers, une vision à long terme de l'utilisation des équipements biomédicaux, bien au-delà de leur seul achat comme c'est souvent le cas.

C'est intuitivement l'approche retenue par le document "Guidelines on Medical Equipment Donations" publié en juin 2003 par MSH et US Aid pour le Ministère de la Santé.

La politique nationale doit rappeler l'ensemble des éléments qui contribuent à une exploitation optimale des équipements et doivent être rencontrés souvent AVANT même la fourniture des équipements :

- le présence de spécialistes formés à l'utilisation des équipements qui leur seront fournis et qui en ont besoin dans leur pratique médicale, cette dernière ayant été approuvée par le MoH ;
- une installation dans des locaux adaptés (surface ; propreté ; ventilation) disposant des fluides nécessaires (électricité ; gaz ; eau) tant en quantité (puissance ; tension, volume, etc...) qu'en qualité (pas de fluctuations de tension, de puissance, pression d'eau constante et suffisante, etc...) au minimum pendant la période quotidienne d'utilisation ;
- une formation adéquate des utilisateurs, tant médecins que « manipulateurs » ;
- la fourniture en temps et qualité des consommables requis (réactifs, capteurs, etc..) avec un approvisionnement régulier ;
- la disponibilité de pièces détachées pour la réparation des équipements et de techniciens compétents ;
- le contrôle périodique des performances des équipements ;
- la formation continue des utilisateurs, tant médecins que « manipulateurs ».

La politique doit conduire à mettre les moyens et les compétences face à ces exigences.

Elle s'applique à l'ensemble des équipements biomédicaux, que ceux-ci soient achetés ou reçus comme dons.

Nous allons détailler les points importants que cette politique doit préciser pour être efficace.

6.1.1 - RECONNAITRE L'IMPORTANCE DU ROLE DES EQUIPEMENTS DANS LA MISSION DE L'HOPITAL

La seule façon pour que les moyens nécessaires à l'utilisation des équipements biomédicaux soient disponibles tels que requis, est que la politique nationale reconnaisse l'importance primordiale du rôle des équipements dans la mission des hôpitaux. Sans équipements, un hôpital n'est qu'un centre de santé. Ce secteur doit être déclaré prioritaire par le Gouvernement en ce qui concerne les hôpitaux.

Cet engagement du Gouvernement, indispensable, ressemble à celui que prennent les directions des entreprises lorsqu'elles s'engagent dans un plan qualité suivant les normes ISO 9000. Il a pour conséquence directe son contrôle, tant pour vérifier son efficacité que pour son coût n'explose pas.

6.1.2 - PROGRAMMER UN BUDGET RECURRENT POUR EXPLOITER LES EQUIPEMENTS

Les équipements ne fonctionneront correctement que s'ils sont maintenus correctement et approvisionnés en consommables (réactifs, papier, électrodes, etc..). La politique doit prévoir un budget aussi bien pour l'achat de ces consommables que celui des pièces détachées. Plusieurs sources doivent pouvoir l'alimenter :

- le budget du Gouvernement , incluant comme cela se fera prochainement les financements des bailleurs bilatéraux et multilatéraux,
- les ONG;
- des ressources propres de l'exploitant.

Des codes comptables spécifiques aux dépenses de fourniture et d'exploitation des équipements biomédicaux doivent être prévus.

La situation budgétaire du Gouvernement étant fragile, il est nécessaire aujourd'hui de négocier ce budget récurrent auprès des donateurs d'équipements.

6.1.2.1 - PREVOIR UN MONTANT SUFFISANT

Dans les pays des fabricants, la maintenance "Tous Risques" est valorisée de 5 à 15 % : 5 % pour les équipements ne contenant qu'une électronique assez simple, 15 % pour les équipements plus sophistiqués tels les échographes les plus récents dotés d'une électronique très rapide et compacte.



Si le coût horaire du personnel afghan est moindre que celui des pays des fabricants, le coût de la fourniture des pièces (transport; douanes; etc..) est plus élevé. De sorte qu'il est difficile de budgétiser un montant moindre que celui mentionné précédemment.

Ce montant devra être validé pour chaque achat par son exploitant et inscrit d'office à son budget tant que l'équipement est en fonctionnement. Un inventaire des équipements sera d'ailleurs envoyé périodiquement au Ministère.

6.1.2.2 - IMPOSER L'ACCOMPAGNEMENT DES DONS PAR UN FINANCEMENT POUR LEUR EXPLOITATION

En cas de don, la tentation est forte de demander un maximum d'équipements pour les fonds disponibles. Pour l'obtenir, le bénéficiaire est tenté de surestimer l'ensemble des moyens qu'il peut engager pour leur exploitation, par méconnaissance des exigences du contexte de leur exploitation ou volontairement si le donateur y fait allusion.

La politique nationale précisera que tout don d'équipement sera déclaré au Ministère et qu'il sera obligatoirement accompagné :

- d'un volet maintenance soit sous la forme d'un financement permettant d'assurer la maintenance pendant un minimum de 3 ans (au moins 15 à 40 % du montant des équipements, suivant leur technologie) soit sous la forme d'une assistance complète pendant 3 ans;
- d'un volet fourniture des consommables pour un minimum de 3 ans à moins qu'il n'y ait paiement de leurs coûts par les patients ;
- d'un volet formation des médecins si l'utilisation des équipements introduit une modification de leur pratique médicale, et des utilisateurs s'ils n'ont jamais utilisé les équipements donnés..

Le dossier précisant la nature du don et l'importance des volets d'accompagnement sera transmis au Ministère pour approbation au delà d'un seuil à fixer (10 000 euro environ).



Il est raisonnable de prévoir une durée d'exploitation des équipements de 5 à 10 ans dans les conditions difficiles de l'Afghanistan. Cette durée est habituellement trop longue pour les donateurs (par principe ou par manque de fonds) de sorte que pour un don, le Ministère incitera le donateur à allonger son aide sur les 5 à 10 ans d'utilisation..

Sinon la politique lui imposera de budgétiser l'exploitation des équipements donnés sur un minimum de 5 ans, avec l'aide de fonds propres si nécessaire.

Mais dans la situation actuelle, pour ne pas influencer négativement sur le financement des soins de santé de base (BPHS), la politique nationale incitera le Ministère à négocier le financement de l'exploitation des équipements installés par l'aide internationale.

Des accords spécifiques d'exemption des taxes d'importation des équipements comme des consommables et des pièces de rechange, notamment en cas de dons, doivent être prévus.

6.1.2.3 - DEVELOPPER LES RESSOURCES PROPRES DE L'EXPLOITANT

L'hôpital doit devenir progressivement autonome dans la gestion de son parc d'équipements. Pour cela, il doit pouvoir :

- amortir les équipements y compris ceux donnés de façon à pouvoir les renouveler sans faire appel au Ministère ou aux donateurs. La durée de cet amortissement doit varier de 5 à 10 ans suivant le niveau de technologie de l'équipement. Elle est à définir plus finement en fonction du contexte afghan.
- disposer de ressources propres pour couvrir au minimum l'achat des consommables (y compris les fluides) et les frais de maintenance. Ces ressources proviendraient de la participation financière des usagers telle que proposée précédemment.

6.1.3 - METTRE EN PLACE UNE LOGISTIQUE BIOMEDICALE ADAPTEE

6.1.3.1 - INSTITUER ET DEVELOPPER UN CORPS DE SPECIALISTES BIOMEDICAUX

La maîtrise de la fourniture et de l'exploitation des équipements dans un cadre financier limité impose logiquement le développement de compétences afghanes tant pour les achats d'équipements et de consommables que leur maintenance, aussi bien au niveau du Ministère qu'à celui des hôpitaux.

Ces compétences doivent être d'au moins deux niveaux :

- celui d'ingénieurs biomédicaux chargés des fournitures des équipements et consommables, de l'organisation de la maintenance. Dans les hôpitaux, ils travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues ingénieurs civils pour installer les équipements et avec le corps médical pour former les utilisateurs.

Au Ministère, ils conseillent et négocient avec les donateurs d'équipements pour que leurs dons répondent aux critères de la politique nationale des équipements biomédicaux. Ils conseillent leurs homologues dans les hôpitaux. Ils préparent le budget de maintenance. Attachés à la Direction des Equipements et de la Qualité, ils gèrent les parcs d'équipements comme les pharmaciens gèrent la filière médicaments dans les hôpitaux, dans le cadre d'une sous-direction des Equipements biomédicaux. Le sous-directeur biomédical sera un ingénieur biomédical ;

Dans les hôpitaux, ils gèrent les achats d'équipements et de consommables ainsi que la maintenance des équipements ;

Ils devront être formés à l'étranger.

- celui des techniciens biomédicaux chargés de la réparation des équipements et des maintenances préventives. Il doivent travailler en étroite collaboration avec leurs homologues électriciens, plombiers, etc...lorsque les conditions de fonctionnement se dégradent.

Ils pourront être formés en Afghanistan. Ils le seront en nombre suffisant pour satisfaire jusqu'aux besoins du secteur privé.

La politique nationale fixera pour ce personnel :

- un statut reconnu par le Ministère de la Santé avec création d'une fonction inscrite dans la liste des employés du Ministère au même titre que les médecins ou techniciens. Ce statut précisera les compétences requises;
- une grille de salaire compétitif autant que possible avec le secteur privé pour éviter que celui-ci ne débauche les plus compétents. Il est indispensable que le Ministère dispose de ses propres compétences (Capacity Building) pour éviter le recours à des consultants encore plus coûteux.

6.1.3.2 - BIEN DISTINGUER LES POSTES "A COMPETENCES TECHNIQUES" DES POSTES "POLITIQUES"

La gestion des équipements biomédicaux demandant une grande connaissance du matériel, de la continuité dans le temps, les postes de

direction des services biomédicaux, quels qu'ils soient et où qu'ils soient (au Ministère ou dans les hôpitaux), doivent être occupés par des personnes ayant des compétences reconnues dans le domaine biomédical. Leurs postes ne peuvent être soumis aux aléas de la politique.

Ils doivent appliquer la politique gouvernementale. Ils gèrent les nominations des ingénieurs et techniciens. **Celles-ci ne peuvent être effectuées par des personnes ayant un poste politique.**

6.1.3.3 - UN POSITIONNEMENT ADAPTE A UN MAXIMUM D'EFFICACITE

Les ingénieurs et techniciens biomédicaux travaillant dans les hôpitaux dépendront directement des directeurs, un positionnement stratégique en accord avec l'importance du parc biomédical pour que les hôpitaux puissent remplir leur mission.

- dans les hôpitaux les ingénieurs et techniciens sont placés sous l'autorité directe du directeur
- au Ministère, les ingénieurs biomédicaux dépendent de la Direction des Equipements et de la Qualité
- les postes de responsabilité technique sont bien distingués des postes politiques.

6.1.4 - ENCADRER LA FOURNITURE ET L'EXPLOITATION DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX

6.1.4.1 - PREVOIR UNE LISTE DES EXIGENCES MINIMALES ATTENDUES DES FOURNISSEURS D'EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX

Assurer une disponibilité constante des équipements implique que les fournisseurs puissent procurer aux utilisateurs toutes les fournitures requises, d'où qu'elles viennent, pendant un nombre d'années suffisant.



Il faut donc préciser les exigences attendues de toute entreprise afghane comme étrangère pour qu'elle puisse distribuer des équipements biomédicaux. Elle ne pourra obtenir l'autorisation de vendre (aux médecins privés comme aux établissements publics) des modèles précis d'équipements que sur dossier établissant clairement que le fabricant :

- lui confie la distribution des modèles en question en Afghanistan.
- assurera –ou à déjà assuré–, suivant l'importance du marché et la technologie des équipements, la formation jusqu'au niveau 4 de maintenance:
- soit de techniciens biomédicaux de l'acheteur, soit de ceux du distributeur,
- soit encore de techniciens biomédicaux localisés dans un pays limitrophe de l'Afghanistan et qui pourront y intervenir grâce à un accord dûment signé.

- lui assure la distribution des fournitures nécessaires à l'exploitation des équipements (consommables, pièces détachées).

Toute défaillance importante peut entraîner la révocation de la licence du distributeur.

6.1.4.2 - CADRER LES PROCEDURES DE GESTION DE PROJETS CONDUISANT A LA FOURNITURE D'EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX, NOTAMMENT CEUX MONTES AVEC LES GRANDS BAILLEURS DE FONDS.

De façon à tenir compte de toutes les contraintes liées à l'utilisation des équipements biomédicaux, TOUT projet de fourniture d'équipements biomédicaux, y compris ceux montés avec les grands bailleurs de fonds internationaux (Banque Mondiale ; Union Européenne ; Banques de développement, etc...) et les donateurs bilatéraux plus particulièrement habitués à donner du matériel (Japon...) doit être préparé obligatoirement par des groupes techniques. La politique nationale précisera les modalités de négociation de ces projets, la composition de ces groupes de gestion qui comprendront :

- des compétences en génie civil pour les constructions à bâtir, les rénovations à effectuer, les fluides à approvisionner, etc..
- des compétences médicales et infirmières pour définir les besoins médicaux exacts et les compétences des utilisateurs, préciser les performances des équipements et prévoir des formations tant pour les médecins que pour le personnel médico-technique ;
- des compétences biomédicales pour préciser les caractéristiques des équipements, établir les cahiers des charges, organiser la maintenance (pièces et hommes) et la fourniture des consommables ;
- des financiers pour optimiser la répartition des crédits aux divers besoins.

Des personnes compétentes techniquement seront affectées au suivi de l'exécution de ces projets. Des techniciens de maintenance seront nommés pour la maintenance des équipements du projet. Ils seront formés, si besoin est et ne pourront pas être nommés sur un autre projet avant 3 ans si celui-ci l'occupe à temps plein.

Ces projets seront ensuite présentés aux instances gouvernementales pour approbation et finalisation.

6.1.4.3 - CADRER LES ACQUISITIONS D'EQUIPEMENTS SUR FONDS AFGHANS

A - CADRER LES PROCEDURES

A l'image des projets de fourniture d'équipements par des grands bailleurs de fonds, les achats, de même que les dons d'équipements doivent être étudiés par des groupes de spécialistes techniques, chargés de juger de la qualité des appareils proposés vis-à-vis des besoins médicaux exprimés et de leur fiabilité technique, d'évaluer les besoins en génie civil, la disponibilité des consommables et des pièces de rechange, de préparer les formations médicales et techniques, du financement disponible et des coûts d'exploitation.

Les propositions seront recueillies suivant le code des marchés publics afghans ou suivant les règles imposées par le Bailleur de Fond. Seuls pourront présenter des offres les fournisseurs agréés.

Les recommandations des groupes techniques sont présentées aux responsables de l'Acheteur pour validation et décision.

La politique doit préciser un montant seuil au-delà duquel l'autorisation du Ministère est requise, pour vérifier que cet achat s'inscrit bien dans le cadre de la politique de santé du Ministère et que le financement de son exploitation est bien inscrit au budget de l'exploitant.

B - UNE POLITIQUE DE MAITRISE DU PARC BIOMEDICAL NATIONAL



Si il ne semble pas possible actuellement de doter les hôpitaux publics d'équipements de très haute technologie tels les scanners, les IRM, caméras de médecine nucléaire, accélérateurs de radiothérapie, etc... par manque de fonds et d'utilisateurs formés tant que les besoins de base en équipements des hôpitaux ne sont pas rencontrés, il n'est cependant pas souhaitable de laisser les investisseurs privés faire n'importe quel achat sachant leurs conséquences sur l'économie de la santé dans le pays.

La politique nationale devrait contrôler la mise en service des équipements de très haute technologie, notamment dans le privé pour :

- adapter l'offre à une demande en examens ou traitements de personnes qui pourront non seulement se payer les examens, mais aussi les traitements nécessaires suite au diagnostic.
- préparer leur introduction ultérieure dans les hôpitaux en les utilisant pour former les médecins spécialistes du public, tant que cela ne pourra se faire avec les équipements du public. Ceux-ci devraient pouvoir accéder à leur utilisation pour quelques patients sélectionnés.

Pour cela la politique nationale doit permettre la signature de conventions entre le Ministère et les investisseurs privés. Sans émarger au budget du Ministère, ces équipements l'aideraient à renforcer les capacités de son personnel, son potentiel pour répondre aux besoins essentiels de la population même s'il ne peut le faire que de manière excessivement limitée au début.

La politique doit également prévoir une procédure d'évaluation périodique des besoins de l'Afghanistan en équipements de haute technologie en terme de bénéfices pour la santé publique, de priorités du Ministère de la Santé, par des comités d'experts pour fixer les conditions d'autorisation de ces équipements.

Sont principalement concernés par ce régime d'autorisation les équipements :

- coûteux qui nécessitent des compétences qui ne sont pas habituellement disponibles en Afghanistan : caméras de

médecine nucléaire ; accélérateurs de radiothérapie ; scanners, IRM

- qui nécessitent une infrastructure importante indispensable à leur efficacité : ainsi les générateurs de dialyse qui nécessitent un traitement d'eau important qui doit être étroitement surveillé

6.1.5 - UNE POLITIQUE DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Le contrôle des équipements de radiologie est indispensable pour :

- éviter l'irradiation irresponsable que des installations sauvages, effectuées sans une protection adéquate contre les rayonnements pourraient entraîner dans leur voisinage, le personnel et les patients ;
- veiller à ce que les équipements aient des performances suffisantes, qu'ils soient utilisés par des personnes compétentes, que les résultats soient de qualité diagnostique de façon à ce que les dépenses de santé effectuées par la population soient utiles.

Le contrôle des laboratoires est également indispensable, les conséquences d'une erreur d'analyse pouvant entraîner des dépenses inutiles si ce n'est une aggravation de l'état de santé des patients par erreur de traitement.

La pratique de spécialités potentiellement sources de contaminations comme l'endoscopie, les interventions chirurgicales doit être sérieusement réglementée pour limiter ces risques. Les stérilisations doivent pouvoir démontrer l'efficacité de leurs autoclaves

Ces différentes spécialités doivent être soumises à un régime de déclaration.

La politique nationale de maintenance doit définir les principes d'une politique de gestion des risques (rayons X notamment ; bistouris, stérilisation, endoscopie, etc..) ainsi que d'une politique de gestion de la qualité. Elle prévoira le financement de cette politique de façon à ce qu'elle puisse être mise en œuvre réellement par du personnel compétent. Une source importante de financement devrait être tirée du paiement des inspections par les cabinets concernés du secteur privé.

S'il est difficile d'envisager dès maintenant la mise sur pied d'un contrôle national de qualité des analyses de laboratoire, celle-ci doit rester un objectif dès lors que des automates sont utilisés.

La sous-direction des Equipements biomédicaux du Ministère serait chargée, dans le cadre de cette maîtrise du parc biomédical, de la mise en application de cette politique pour les équipements utilisés dans le privé, dans le public et en particulier ceux de radiologie et de laboratoires, suivant des règles précises à établir. Cette mission pourrait être confiée aux Services Centraux de Radiologie et des Laboratoires.

6.1.6 - ALLEGER LES PROCEDURES DOUANIERES

La politique nationale doit également définir des relations précises avec les Douanes pour définir des modalités de dédouanement spécifiques à ce secteur prioritaire, notamment un délai maximum de

dédouanement et les soins à apporter aux consommables nécessitant un entreposage réfrigéré (réactifs de laboratoire). L'expérience vécue dans beaucoup de pays montre qu'un tel accord est beaucoup plus important qu'il n'y paraît et que ce problème est largement sous-estimé.

6.2 >> METTRE RAPIDEMENT EN OEUVRE LES ELEMENTS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE

6.2.1 - CONSOLIDER LA SITUATION ACTUELLE DANS UNE PERSPECTIVE DE DEVELOPPEMENT DURABLE DU SYSTEME DE REFERENCE

6.2.1.1 - CONSOLIDATION FINANCIERE

La situation actuelle permettant déjà difficilement de mettre en oeuvre le secteur prioritaire du Ministère de la Santé que sont les soins de santé primaire, les hôpitaux doivent sécuriser le financement des diverses dépenses liées aux équipements et à l'hygiène hospitalière :

- acquisition et maintenance des équipements biomédicaux et des infrastructures logistiques;
- fourniture des consommables nécessaires à ces équipements et aux activités médico-techniques du bloc opératoire ;
- fourniture des médicaments ;
- développement et maintien de l'hygiène hospitalière.

Pour y arriver, le Ministère doit envisager dès maintenant:

- une affectation précise et pérenne d'une part du budget de base à ces dépenses ;
- une participation des patients eux-mêmes, tel que discuté précédemment. Cette contribution aurait pour effet d'impliquer les patients et de les rendre plus exigeants. Le Ministère devra définir le niveau de cette participation sachant que les patients les plus pauvres pourraient être pris en charge par la zakat ou tout autre dispositif d'aide aux nécessiteux.
- une contribution des ONG afghanes et étrangères. Les ONG interviennent plus facilement au niveau de la fourniture des consommables médicaux : médicaments et fournitures diverses d'usage courant. L'engagement des ONG doit alors privilégier le long terme quitte à diminuer l'envergure de leur activité.

Le Ministère peut envisager plusieurs politiques avec ces ONG :

- celle de favoriser les dons en médicaments qui pourront être gérés par la Direction de la Qualité et des Equipements
- celle de recommander les dons en argent pour développer les compétences de la Direction qui se chargera des achats

L'action des ONG, ou des hôpitaux jumelés, est aussi très fructueuse dans la fourniture des installations logistiques qui favorisent l'autonomie de fonctionnement des hôpitaux : approvisionnement continu en eau avec un château d'eau en interne ; fourniture de génératrices d'électricité qui pourront approvisionner les services médico-techniques pendant les heures d'activité de l'hôpital; installation de centrales de production d'oxygène, etc... Il faut les encourager à sélectionner de tels projets.

Les partenaires seront évidemment incitées à fournir des équipements avec l'engagement d'en assurer la maintenance et l'exploitation sur une période de plusieurs années.

Des Bailleurs de Fonds Internationaux. Eux seuls peuvent prendre en charge le financement du parc biomédical existant. Les donateurs d'équipements devront être évidemment sollicités en premier pour l'assurer et pour fournir au Ministère toutes les indications sur les sources de consommables et de pièces détachées. Connaissant les montants investis dans leurs dons d'équipements et la nature de ceux-ci, ils sont à même d'évaluer le coût de la maintenance.

LES EQUIPEMENTS ETANT DEJA INSTALLES, IL EST PRIMORDIAL D'AGIR TRES VITE POUR QUE LES EQUIPEMENTS NE SE DETERIORENT PAS.

L'étude et la mise en place de cette consolidation financière pourrait être prise en charge par le « Hospital Management Task Force » qui réunit autour du « Secondary, tertiary and diagnostic health Service » la Direction des Soins Curatifs du Ministère les principaux Bailleurs de Fonds et les principales ONG agissant dans le domaine de la Santé. Un consultant pourra être détaché auprès du Ministère par les membres de cette Task Force pour former le personnel du Ministère à la gestion des équipements, des fournitures et à la problématique des exigences hospitalières. Ce pourrait être un des rôles de l'expert français en politique hospitalière à installer auprès du Ministère de la Santé. D'où qu'il vienne, ce travail demande son affectation à temps plein auprès du Ministère au moins jusqu'à l'arrivée des premiers ingénieurs biomédicaux afghans.



Tous les dons d'équipements doivent dès maintenant comprendre les volets fourniture des consommables, des formations et de la maintenance.

On notera pour terminer que les instruments chirurgicaux doivent être traités comme les autres équipements biomédicaux car il est nécessaire de les maintenir.

6.2.1.2 - ORIENTER QUELQUES DONS D'EQUIPEMENTS

Tel qu'indiqué dans les observations sur les équipements disponibles, les hôpitaux ne sont pas dotés suffisamment de quelques types d'équipements et de consommables de base, principalement de:

- moniteurs de surveillance des signaux physiologiques des patients au bloc opératoire, dans les services de soins intensifs ;
- d'électrocardiographes ;
- d'analyseurs simples de laboratoire (avec leurs consommables) pour assurer les analyses nécessaires à la préparation et au suivi des patients opérés, le suivi des patients en soins intensifs
- gaz halogénés et de chaux sodée pour assurer une utilisation réelle des respirateurs installés dans certains blocs opératoires.

Il est fort probable que la dotation des hôpitaux en instruments chirurgicaux de qualité ne soit pas suffisante et qu'il faille agir également ici.

Le Ministère devrait donc inciter les donateurs d'équipements à pourvoir les hôpitaux d'équipements de ce type, dans les conditions énoncées précédemment pour les dons.

6.2.2 - OPTIMISER L'UTILISATION DES EQUIPEMENTS

6.2.2.1 - AMELIORATION DES DUREES D'UTILISATION

Le Ministère doit essayer d'augmenter la durée d'utilisation des équipements dans les services médico-techniques (bloc ; radio ; labo, stérilisation) sur toute la journée, matin et après-midi, afin de limiter le nombre d'équipements nécessaires comme celui des hommes pour arriver à réaliser le travail demandé... Exemple : les chirurgiens opérant tous en même temps, à deux ou trois par salle, tous les instruments doivent être disponibles en de multiples exemplaires pendant deux ou trois heures par jour, alors qu'ils sont inutilisés le reste du temps.

Cet étalement implique un changement important des pratiques, mais il s'impose à l'hôpital pour en garder les coûts d'exploitation à un niveau raisonnable.

6.2.2.2 - FORMATION DES MEDECINS REFERENTS

Les ressources techniques de l'hôpital devant rester limitées, de même que celles que la population peut consacrer à la santé, le Ministère aurait tout intérêt à entreprendre la formation des médecins référents pour leur faire mieux connaître les indications des diverses technologies disponibles et qu'ils ne prescrivent pas inutilement, une cause fréquente d'engorgement des services techniques.

Cette action peut être entreprise avec l'aide d'une coopération internationale.

6.2.2.3 - CONSEILLER UNE LIMITATION DU NOMBRE DE MODELES D'EQUIPEMENTS

Tout en gardant une approche de libre-concurrence commerciale, le Ministère devrait adopter une politique qui tienne compte de ses capacités limitées d'utilisation des équipements s'il vient à en acquérir de nouveaux, à savoir une limitation sur le nombre de modèles. Fort heureusement les donateurs ont eu jusqu'à présent cette approche pour faciliter leur utilisation, leur maintenance ainsi que l'approvisionnement en fournitures.

C'est une politique à continuer et à officialiser si cela est possible.

6.2.3 - DEVELOPPER LES CAPACITES NECESSAIRES AUX HOPITAUX

6.2.3.1 - FORMER DES TECHNICIENS DE MAINTENANCE ET INSTALLER DES ATELIERS DE MAINTENANCE

Aucun technicien biomédical afghan n'étant formé, le Ministère pourra négocier avec les bailleurs de fonds pour la maintenance que celle-ci s'accompagne d'une formation de techniciens locaux qui prennent la relève dans quelques années.

Cette formation, qui pourrait être sous-traitée à des organismes réputés dans ce domaine comme la GTZ allemande, devrait être prévue pour un nombre assez large de techniciens, c'est-à-dire aussi bien pour les techniciens du Ministère que des techniciens destinés à travailler dans le privé, à Kaboul comme dans les Provinces. Cette précaution a pour but d'éviter un manque de techniciens et de limiter le départ vers le privé des techniciens que le Ministère aurait formé.

Prévoir former environ un technicien pour 100 équipements importants (respirateurs, moniteurs,...) avec un minimum d'un technicien par province.

Cette formation peut être programmée :

- soit en continu sur deux ans, les techniciens faisant leurs travaux pratiques dans un atelier installé dans un des hôpitaux de Kaboul ;
- soit en alternance après une formation pratique initiale de quelques mois au centre de formation. Les étudiants pourraient alors être affectés dans divers hôpitaux, tant en Province qu'à Kaboul pour travailler dans des ateliers, avec un accompagnement périodique de formateurs sur place. Les ateliers seront dotés des équipements nécessaires.

Cette dernière solution est la plus efficace car les techniciens sont plus rapidement à l'œuvre, même s'ils n'ont qu'une compétence partielle. Prévoir attribuer une valise d'outils pour chaque technicien (1000 euro) et quelques instruments de mesure pour chaque atelier (5 à 10 000 euro).

6.2.3.2 - FORMER DES INGENIEURS BIOMEDICAUX



Si le Ministère peut recruter de bons techniciens en électronique, il lui serait profitable de les envoyer à l'étranger afin de les former à l'ingénierie biomédicale.

C'est une action à mener avec les Coopérations Internationales présentes à Kaboul pour un groupe de 3 à 5 ingénieurs au début.

Les ingénieurs formés seront affectés en priorité au Ministère, dans une sous-direction biomédicale à créer au sein de la Direction de la Qualité et des Equipements. Là ils pourront participer aux groupes techniques chargés d'étudier les projets de dons d'équipements, de contrôler le développement du parc biomédical notamment dans le privé.

5 ingénieurs devraient suffire ultérieurement dans les hôpitaux de Kaboul, avec une affectation simultanée dans plusieurs hôpitaux. Il en faudra au moins le même nombre rapidement dans les provinces.

6.2.3.3 - AUTRES FORMATIONS ET ACTIONS CIBLEES

Des améliorations très visibles peuvent être obtenues par la formation des utilisateurs des équipements, que ce soient des formations médicales ou des formations plus techniques comme celles :

- des manipulateurs de radiologie notamment pour le développement des films.
- des utilisateurs des autoclaves de stérilisation dont la qualité du travail est primordiale pour limiter les infections nosocomiales notamment au bloc opératoire.

Ces formations, négociées avec des organismes internationaux, n'entraîneront pas de déboursés au Ministère.

Les vieux équipements non fonctionnels devraient être enlevés des salles qui reçoivent des patients. Ils gênent le fonctionnement des nouveaux équipements qui y ont été installés et ne contribuent certainement pas à améliorer l'hygiène. Leur mise au rebut peut faire l'objet d'une déclaration au Ministère si c'est jugé utile.

6.2.4 - ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR MEDICO-TECHNIQUE PRIVE

Le secteur privé est prêt à se lancer très rapidement dans des achats importants d'équipements tel qu'il a été possible de le voir. Pour éviter l'anarchie dans ce secteur, le Ministère doit édicter des règles de base quant à leur achat, leur utilisation et quant aux compétences de leurs utilisateurs.

De telles règles doivent concerner notamment les secteurs à risque de

- la radiologie
- les laboratoires
- les blocs opératoires
- l'endoscopie
- la stérilisation

Cette réglementation doit rester simple et pouvoir s'appliquer dans le contexte afghan. Elle peut être sous la responsabilité de la direction des Equipements et de la Qualité du Ministère et déléguée, pour la radiologie, au Service Central de Radiologie et pour les laboratoires, au Laboratoire Central.

Le régime de déclaration évoqué précédemment permettra de contrôler le suivi de ces règles.

6.2.5 - TECHNOLOGIES COURANTES GERES PAR ECHANGES STANDARD OU REPARATIONS EN ATELIER SPECIALISE

Certains équipements comme les optiques souples (utilisées en endoscopie), les optiques rigides (utilisées en coelioscopie principalement), les sondes à ultrason ne peuvent être réparées qu'en atelier chez le fabricant... s'il se donne la peine de les réparer ! Ce sont pourtant des équipements très recherchés par les médecins et très utiles.

Une pratique de plus en plus courante est de les échanger purement et simplement par des équipements neufs pour une fraction (importante) de leur prix d'achat. Or ce sont des unités qui sont très coûteuses et

comme les optiques, très fragiles. Et les équipements les plus récents, de plus en plus performants, sont de plus en plus fragiles...et coûteux.

Leur introduction dans les hôpitaux du Ministère doit se faire avec la plus grande prudence possible et faire l'objet d'études approfondies coûts-bénéfices pour la justifier.

- **les optiques rigides** (bloc opératoire)

Elles valent de 2 à 5 000 euro chaque. Elles sont très fragiles mécaniquement et résistent mal aux stérilisations répétées qui doivent être effectuées pour éviter les contaminations des patients suivants.

En utilisation normale, leur durée de vie ne dépasse pas souvent 3 ans. Elle est liée surtout à la formation des chirurgiens à leur maniement, à la formation du personnel de stérilisation et au contrôle des autoclaves.

- **les optiques souples** (ou fibroscopes et vidéo-endoscopes)

Elles valent de 10 000 à 30 000 euro chaque. Elles sont très fragiles et résistent mal aux nouveaux désinfectants comme au passage d'instruments de biopsie défectueux. Une réparation au bout de deux ans d'usage soigneux peut coûter 50 % du prix initial.

- **les sondes d'échographes**

Elles valent de 5 000 à 40 000 euro. Celles des appareils les plus récents sont très coûteuses (12 000 euro) parce qu'elles comprennent et le capteur échographique et une partie importante d'électronique. Les sondes trans-oesophagiennes (étude du cœur) ressemblent aux vidéo-endoscopes, en ont la fragilité et le coût (40 000 euro). Les sondes dites matricielles atteignent 20 000 euro pour un apport diagnostic supplémentaire relativement minime.

S'il n'est pas question de limiter l'introduction des échographes, il est important de n'introduire pour le moment que des sondes à barrette mono-cristal sans électronique importante incorporée.

6.3 >> RENOVATIONS DES BATIMENTS ET HYGIENE HOSPITALIERE.

6.3.1 - HOTELLERIE ET HYGIENE HOSPITALIERE

Trois buts principaux peuvent être donnés aux réhabilitations des locaux hospitaliers :

- permettre au personnel de travailler dans des conditions d'hygiène adéquate **pour que l'hôpital ne soit pas un endroit où se concentrent les risques d'infection**, aussi bien au moment de la réhabilitation que 20 ans plus tard ;
- améliorer la sécurité des patients dans ces grands bâtiments, notamment vis-à-vis de l'incendie, de la sécurité électrique ;
- améliorer le confort des patients et du personnel, tant sur l'aspect fonctionnel que visuel. C'est ce seul but qui est souvent privilégié dans les rénovations entreprises par les étrangers alors qu'il n'est pas le plus important et de loin pour que l'hôpital puisse remplir sa mission. Il n'est cependant pas à négliger totalement.

Les hôpitaux visités ont été construits il y a déjà longtemps alors que tous les aspects de l'hygiène hospitalière n'étaient pas maîtrisés. On connaît l'importance et les conséquences des infections nosocomiales : de très nombreux décès, un allongement significatif des durées de séjour et des traitements coûteux qui n'auraient pas dû être.

Les sources contaminantes les plus importantes dans un hôpital, que ce soit par leur présence ou leur absence sont :

- les points d'eau courante pour le lavage des mains (contaminations manuportées), le nettoyage des locaux.
- les toilettes qui doivent exister en nombre suffisant ;
- les zones de stagnation d'eau : sous les points d'eau courante mal entretenus, au niveau des fuites dans les canalisations et dans le réseau d'évacuation jusqu'à l'extérieur.
- les déchets et leur élimination hors d'atteinte du public.
- les surfaces intérieures qui ne peuvent être nettoyées correctement et qui servent de nid aux bactéries.
- les objets rouillés ou sales, tels les lits, les potences.



Les visites effectuées ont montré que ces points sont la plupart du temps déficients, malgré un effort que l'on sent considérable de la part du personnel pour garder les locaux et aménagements intérieur propres.

Il est nécessaire dans toute réhabilitation de se poser plusieurs questions significatives, notamment :

- a) quels sont les moyens **physiques** de réduire les risques d'infections nosocomiales ? : réorganisation des locaux; gestion des flux ; aménagements des locaux (points d'eau; toilettes; surfaces, etc...)
- b) quels matériaux doit-on utiliser pour que l'effet recherché soit durable : les lavabos ne doivent pas fuir ; les peintures ne doivent pas s'écailler, le métal rouiller... dans les années qui viennent.

Le Ministère se doit de se doter des compétences requises pour vérifier si les rénovations entreprises par de nombreux pays et/ou ONG répondent adéquatement à ces questions. Cela demande une grande expertise de la part des spécialistes et peut justifier un consultant attaché au Ministère, pour travailler en collaboration avec celui en charge des équipements biomédicaux.

6.3.2 - BUREAU D'ETUDES

Les compétences requises pour ce consultant sont au minimum celles de :

- un spécialiste en hygiène hospitalière,
- un ingénieur civil spécialisé en construction hospitalière.

Il s'attachera également à former des compétences locales au Ministère pendant au moins un an, en travaillant sur les nombreux dossiers de rénovations en cours. Ces dossiers doivent comprendre outre les plans des locaux un descriptif :

- fonctionnel de toutes les activités hospitalières devant se dérouler dans les locaux réhabilités
- des principes d'hygiène ayant servi à leur élaboration : positionnement des points d'eau et des toilettes, circuits dits "propres" et "sales", stockage et évacuation des déchets hospitaliers; alimentation en eau courante, alimentation électrique, évacuation des eaux usées; etc..
- des matériaux (type, origine) qui seront utilisés pour effectuer la réhabilitation.
- des dispositions prises pour assurer la maintenance de l'ensemble.

Les spécialistes discuteront ces projets aussi bien avec les promoteurs des projets qu'avec des personnes "compétentes" de l'établissement réhabilité, pour les valider au cours de réunions conjointes, et ce en liaison avec l' « Hospital Management Task Force ».

Ils pourront être regroupés au sein d'un bureau d'études ayant pour mandat d'approuver les réhabilitations projetées dans les établissements du Ministère, avant qu'elles ne soient acceptées par lui.

6.3.3 - FORMATION A L'HYGIENE HOSPITALIERE

La réhabilitation seule ne suffit pas à assurer l'hygiène dans un établissement. Celle-ci ne sera effective que si TOUT le personnel (médecins; infirmiers; logistique, cuisine, entretien, non spécialisé) a la connaissance au moins des principes de base d'hygiène et les applique.

Cette formation fait souvent l'objet d'un travail important, notamment avec les ONG qui ont l'avantage de travailler dans les hôpitaux eux-mêmes. Les visites ont montré qu'il reste beaucoup à faire. L'effort doit être continué et amplifié



Pour y arriver, il est nécessaire de reconvertir quelques infirmiers à la fonction d'hygiéniste hospitalier. Ces "spécialistes" seront placés sous l'autorité immédiate du directeur pour leur donner un poids suffisant pour que tous appliquent leurs directives. Chaque hôpital de plus de 50 lits devrait en avoir un. De même, La formation d'un

Comité de lutte contre les infections nosocomiales serait le support institutionnel et opérationnel pour la mise en place de toutes les décisions concernant l'hygiène hospitalière (Infection prevention comitee). Un comité de ce type a utilement été constitué à l'hôpital Ali Abad de Kaboul avec le support technique des hôpitaux de Lyon.

L'hygiéniste aura sous sa responsabilité, au moins "technique" :

- l'**équipe du personnel de ménage** pour préciser les fréquences des nettoyages à assurer, les méthodes à employer, les moyens et produits à utiliser.
- le **service de stérilisation** et (éventuellement) la buanderie et la cuisine.

Il travaillera en étroite collaboration avec les Services Techniques et leurs employés (plombier ; électricien ; maçon ; spécialiste du froid et même jardinier...) chargés de la maintenance des locaux pour que les travaux répondent aux exigences de l'hygiène hospitalière. Un travail important de formation sera à faire auprès de ces personnes.

Il est évident que pour réaliser les travaux d'amélioration de l'hygiène hospitalière, des fonds devront être mis à la disposition du Service Technique pour les exécuter avec des matériaux de qualité.

La formation à l'hygiène hospitalière doit être entreprise dès maintenant pour que sa pratique se répande le plus vite possible dans tous les établissements, surtout avant toute rénovation. Elle doit viser en premier les blocs opératoires et les stérilisations.

6.4 >> UN PROCESSUS D'AMELIORATION CONTINUELLE

Les actions entreprises avec l'existant, tant en ce qui concerne l'hygiène que les équipements biomédicaux devraient résulter en une efficacité réelle des hôpitaux et se traduire par une réputation accrue auprès des médecins référents comme des patients. Ce qui ne manquera pas d'initier d'autres améliorations.

6.4.1 - AMELIORATION DU PARC D'EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX

La maîtrise de l'exploitation des équipements déjà installés incitera les hôpitaux à investir dans de nouveaux équipements et/ou les donateurs à continuer leurs dons d'équipements.

Sans entrer dans le détail dès maintenant, car il reste de nombreuses informations à collecter quant aux pratiques médicales, ce premier développement concernerait :

- les blocs opératoires (et les stérilisations) avec :
 - de l'instrumentation de qualité pour que celle-ci soit réellement stérilisable ;
 - la fourniture et l'utilisation de respirateurs et de gaz halogénés de façon à faciliter les opérations, si des anesthésistes sont disponibles en nombre suffisant.
 - des moniteurs pour la surveillance des signaux physiologiques des patients,
 - des bistouris électriques et quelques éclairages opératoires ;

- des autoclaves contrôlés pour l'instrumentation, le linge, les compresses, etc...
- des amplis de brillance dans les blocs opératoires, notamment en orthopédie.

Les techniques coelioscopiques pourront être développées quand des médecins auront été formés et les problèmes de maintenance maîtrisés.

- les salles de césarienne (idem blocs opératoires),
- les laboratoires, pour qu'ils puissent élargir progressivement leur panoplie de tests pouvant être réalisés manuellement, puis passer aux techniques automatisées les plus simples, de façon à répondre adéquatement aux demandes les plus courantes, à celles demandées pour les patients opérés,
- les techniques d'imagerie, que ce soit la radiologie, l'échographie, ou encore l'endoscopie :
- en radiologie, utilisation de tables à plateau flottant, puis télécommandées. Le scanner est encore beaucoup trop cher en exploitation dans un système de santé gratuit pour être largement diffusé.
- en échographie, diffusion d'échographes noir et blanc, puis d'échographes doppler couleur pour l'examen de la circulation sanguine ;
- en endoscopie, optimisation des premiers centres d'endoscopie avant leur généralisation lorsque des médecins auront été formés et le problème de maintenance réglé de manière satisfaisante.
- les électrocardiographes,
- la surveillance des patients "instables" à l'aide de moniteurs ;
- ... en fonction des principales pathologies devant être traitées à l'hôpital.

Le plateau technique d'un hôpital n'a pas besoin d'être immense et ultra-perfectionné pour être très efficace. Mais il est indispensable que les médecins et le personnel soient formés adéquatement pour en tirer pleinement profit.

6.4.2 - AMELIORATION DES LOCAUX



Elle suivra automatiquement l'amélioration de l'hygiène hospitalière qui la justifie souvent, ainsi que l'augmentation des ressources disponibles. L'hôtellerie, la qualité de l'hébergement en profiteront automatiquement.

7 >> SOCIAL ET PERSONNEL

Une réforme en profondeur des textes qui régissent la gestion du personnel s'impose.

En effet, le statut des médecins, des infirmiers, des directeurs, leur mode de rémunération et les liens entre les hôpitaux et le Ministère de la Santé doivent être redéfinis.

Une politique d'amélioration de la gestion des ressources humaines devra, pour être efficace, se concentrer en priorité sur deux domaines qui doivent être traités de manière prioritaire.

7.1 >> LES QUESTIONS RELATIVES A LA REMUNERATION

Le système actuel qui consiste à rémunérer, à un niveau très bas, tous les personnels hospitaliers ; de l'agent de base au médecin ; selon la même grille de salaire n'est pas viable, et il est d'ailleurs contourné par l'existence de rémunérations officieuses.

De plus, cette grille ne permet un avancement qu'à l'ancienneté, qui plus est très faible.

Corriger un tel dispositif conduit à constituer des grilles différentes qui prennent mieux en compte les qualifications réelles des personnels, et notamment des médecins.

Augmenter les salaires, et donc augmenter les dépenses, dans le cadre des contraintes économiques et budgétaires de l'Afghanistan d'aujourd'hui, peut ne constituer qu'un vœu pieu s'il ne s'assortit pas de mécanismes permettant de réduire d'autres coûts ou d'augmenter les recettes des hôpitaux.

Il semble nécessaire d'introduire progressivement une part variable dans le salaire, qui serait directement liée à « la productivité » de l'agent ou de la structure.



L'instauration de primes, éventuellement réparties sur la base de résultats attendus, pourrait se faire avec le concours d'un comité interne à chaque hôpital.

Cela suppose, bien entendu, que l'hôpital dispose de ressources propres, directement issues de son activité.

Ainsi, il pourrait être intéressant d'officialiser l'activité privée des médecins et des chirurgiens et de les inciter à l'exercer au sein même de l'hôpital en l'échange du versement d'une redevance ou d'un pourcentage sur les honoraires perçus.

Cela permettrait notamment d'accroître l'activité des plateaux techniques (imagerie et laboratoires) qui semble relativement faible aujourd'hui.

Cela introduirait surtout une plus grande transparence dans le système et permettrait à la population de mieux anticiper certains coûts qu'elle peut avoir à supporter en s'adressant à un hôpital.

7.2 >> LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE VOLONTARISTE EN MATIERE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

L'objectif à atteindre consiste à créer les conditions pour que les médecins, trop nombreux à Kaboul, s'installent dans les zones de province où ceux-ci font défaut.

Il s'agit là d'un problème complexe qui suppose la combinaison de plusieurs actions.

7.2.1 - UN PROCESSUS DE VALIDATION DES DIPLOMES MEDICAUX

Il y a sans doute globalement trop de médecins afghans, du moins dans certaines spécialités.



Il semble à première vue que le nombre de chirurgiens soit désormais trop important au regard des besoins de santé actuels de la population afghane.

Au-delà de ce constat, il paraît indispensable que le Ministère de la santé et le Ministère de l'enseignement supérieur (MoHE) (compétent pour les hôpitaux universitaires) mettent

en place, dans les prochaines années un référentiel par spécialité afin d'instaurer un processus de validation des diplômes médicaux.

Il y a vraisemblablement des différences de niveau de formation très importantes entre les médecins qui exercent actuellement en Afghanistan.

De plus, le système actuel ne permet pas véritablement d'avoir d'assurance absolue sur le caractère authentique de tous les diplômes des médecins en exercice.

Il est nécessaire d'appuyer ce dispositif par des actions de formation continue permettant à certains médecins, d'accéder à des spécialités qui seraient mal couvertes.

7.2.2 - DES MECANISMES D'INCITATION DIRECTS POUR ORIENTER L'EXERCICE DE LA MEDECINE A L'HOPITAL

Actuellement, le seul système qui existe consiste à obliger les médecins qui sortent de l'université, à prendre un poste en province durant leur période de stage (training).

Ce système n'est, à lui seul, pas totalement efficace car les tentatives de contournements sont nombreuses.

Il convient donc d'imaginer des mécanismes pour inciter les médecins à s'installer en province. (construction de logements de fonction, primes d'installation et de déménagement assorties d'un engagement

contractuel de service, intéressement à la participation au Basic Package of Health Services, avec le relais de NGO s'engageant à verser en contre partie à ces médecins des incentives,...).

Le soutien financier des bailleurs de fond pourrait également alimenter un fond de reclassement pour permettre à certains médecins de renoncer définitivement à l'exercice de la médecine.

D'autres mécanismes devront être trouvés pour favoriser la contractualisation interne.

En effet, il semble possible d'imaginer des primes d'engagement pour un exercice hospitalier exclusif dans le cadre de spécialités particulièrement recherchées, ou à l'inverse pour interdire l'accès à l'hôpital à certains médecins.

7.2.3 - LA PRISE EN COMPTE DE FACTEURS INDIRECTS (SECURITE, LOGEMENT, SCOLARISATION)



L'incitation financière ne suffira pas à elle seule pour résoudre les problèmes de démographie médicale.

D'autres facteurs entrent également en ligne de compte.

Certains médecins ont reflué de la province vers Kaboul pour des raisons de sécurité.

Lorsque l'Etat pourra garantir de meilleures conditions de sécurité sur l'intégralité de territoire, un grand pas aura été franchi.

Si scolariser ses enfants à Kaboul n'est pas toujours simple, cela peut devenir quasi impossible, surtout pour les filles, dans certaines zones d'Afghanistan.

La prise en compte de cette préoccupation des médecins de vouloir assurer une formation de base de leurs enfants est donc importante.

7.3 >> CREER D'AUTRES STATUTS DE MEDECINS

7.3.1 - ACTUELLEMENT EN AFGHANISTAN, IL N'EXISTE QU'UN SEUL STATUT POUR TOUS LES MEDECINS.

Ce statut reconnaît la valeur universitaire, la situation administrative et la fonctions de médecin et pour tous, ce n'est qu'une seule et même définition. Etant donné la grande diversité des pratiques, des activités, des engagements et des responsabilités, il paraît urgent de :

- dissocier le statut des autres aspects en particulier universitaire,
- créer différents statuts, non figés dans le temps et correspondants à la fonction et au type d'exercice.

7.3.2 - DISSOCIER L'ASPECT UNIVERSITAIRE ET LE STATUT ADMINISTRATIF

Etre médecin correspond en principe à une formation universitaire de très haut niveau, troisième cycle, marquée par une thèse de doctorat et la réussite aux contrôles de connaissances.

Ceci relève de la compétence universitaire, que ce soit sous couvert du MoH ou du MoHE.

7.3.3 - CREER DE NOUVEAUX STATUTS CORRESPONDANT A DES FONCTIONS ET A DES TYPES D'EXERCICES DIFFERENTS.

Il paraît indispensable de différencier l'exercice privé de l'exercice public et de fortement valoriser ce dernier dans le cadre du projet de redressement hospitalier. On peut envisager trois statuts :

7.3.3.1 - MEDECIN D'EXERCICE PUBLIC EXCLUSIF

A l'inverse de ce qui existe ce jour, ce statut devrait être le plus prestigieux et le plus valorisé. Il devrait correspondre à un exercice quasi exclusif en milieu public.

On peut concevoir une partie exercée à titre privé mais réduite, contrôlée, contractualisée et au mieux effectuée dans l'enceinte de l'hôpital public.

Ce statut correspond également à certains avantages de carrière, mais aussi à une rémunération conséquente.

Il peut être limité dans le temps à des périodes de 3, 5 ou 7 ans.

7.3.3.2 - MEDECIN D'EXERCICE MIXTE PRIVE ET PUBLIC

Ceci correspond à la réalité de ce jour pour une très grande majorité. Cela mérite d'être défini par un statut garantissant la part respective de chaque activité et les contraintes liées.

L'exercice public peut être de consultation ou d'hospitalisation.

7.3.3.3 - MEDECIN D'EXERCICE PRIVE EXCLUSIF

Il peut correspondre au choix de médecins particuliers pour une période donnée. Il n'exclut pas, à titre privé une contractualisation des médecins avec l'usage d'un plateau technique public.

Il devrait permettre une maîtrise de l'offre de soins privés en liant l'autorisation d'exercice à des considérations géographiques ou temporelles.

L'objectif est de rendre le statut de médecin public exclusif plus attractif, plus prestigieux et plus valorisé.

Ce peut être l'un des éléments d'une loi hospitalière.

8 >> ROLE DU MINISTRE DE LA SANTE VIS A VIS DES HOPITAUX

Le Ministère de la Santé doit retrouver un double rôle par rapport aux hôpitaux :

8.1 >> LE MINISTRE DE LA SANTE DOIT DEVENIR LE CHEF D'ORCHESTRE INCONTESTE DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE QUI CONSTITUE ELLE-MEME L'UN DES ELEMENTS STRUCTURANTS DE LA POLITIQUE DE SANTE EN AFGHANISTAN.

Il doit organiser l'accompagnement législatif et réglementaire des réformes et s'assurer que les dispositifs prévus sont mis en place et fonctionnent dans le respect des normes acceptables.

Cela suppose que le rôle et le mode de fonctionnement des hôpitaux ainsi que leur degré d'autonomie soit clairement défini.

Le statut des directeurs et des médecins devra être précisé.

De même, il importe que le MoH instaure une procédure d'autorisation, tant pour les capacités que pour les équipements, avec les contrôles de qualité requis.

Il doit également favoriser et organiser les modalités d'un développement coordonné et harmonieux du secteur privé et du secteur public à l'hôpital.

Les possibilités de coopération sont nombreuses et gagneraient en effet à être clarifiées si on veut les favoriser.

8.2 >> LE MINISTRE DOIT EGALEMENT JOUER SON ROLE DE CONTROLE

Accorder plus d'autonomie de gestion aux hôpitaux suppose que des procédures de contrôle clair et indépendant soient mises en œuvre.

Ce préalable est nécessaire pour vérifier le respect des directives du Gouvernement et des règles comptables et budgétaires, mais également pour s'assurer que les autorisations accordées sont bien respectées.



Il s'agit donc d'une nécessité pour donner au système hospitalier une certaine visibilité qui lui manque actuellement.

La procédure budgétaire entre le Ministère de la santé et les hôpitaux doit ainsi être organisée et s'appuyer sur la production de rapports prévisionnels, ainsi que sur l'élaboration de rapports d'activité.

9.1 >> EVALUER, MOBILISER ET SECURISER DES RESSOURCES PUBLIQUES ET PRIVEES POUR LE SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER

9.1.1 - APPROCHES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS FINANCIERS DANS LE SYSTEME DE REFERENCE

Plusieurs options sont envisageables, mais il convient être particulièrement vigilant en ce qui concerne leur faisabilité dans le contexte actuel de l'Afghanistan.

1.1. La première option, qui serait techniquement la plus satisfaisante, consisterait à évaluer les ressources nécessaires à la mise en place et au fonctionnement du système de référence hospitalier en partant de standards et de « formules » au sens où l'on entend dans la littérature sur la répartition des ressources dans les systèmes de soins.

Mais il apparaît à l'examen que plusieurs obstacles invitent à différer pour l'instant le recours à ces méthodes :

On ne connaît pas les besoins de la population (nature et volume), et on ne sait pas non plus comment ces besoins se transforment ou peuvent se transformer en demande. En effet, il y a une multitude de facteurs qui influence la demande de soins hospitaliers, certains se rattachant à l'offre de soins, d'autres à la demande de soins.

Or en Afghanistan, on ne sait pas encore dans quelle mesure l'insuffisance de l'offre de soins hospitaliers et sa qualité globalement faible sont un facteur important ou non du faible taux de fréquentation des hôpitaux. Il y a un grand nombre de facteurs locaux spécifiques (géographiques, culturels, économiques, offre privée de soins dans les villes de province...) à prendre en considération. Naturellement, on ignore aussi comment va réagir la demande de soins à l'amélioration de la qualité et à l'élargissement de l'offre dans le système de référence²⁷.

De ce fait, par manque d'information, il semble *prématuré* de vouloir recourir, dans une perspective fonctionnelle, aux instruments traditionnels d'analyse en termes de standards ou aux modèles récents plus sophistiqués²⁸ pour évaluer de manière *systématique et générale*, dans le cadre d'une approche systémique, les besoins et donc les coûts de la mise en place et du fonctionnement d'un système de référence hospitalier.

1.2. Une seconde option consiste à partir de l'évaluation des coûts dans un échantillon de structures type.

C'est ce qui a été fait pour les hôpitaux de districts^{29,30} dans l'étude de Newbrander *et alii* « Costing of the Basic Package of Health Services for

²⁷ Des études faites en d'autres pays à faible revenu permettent de cerner les ordres de grandeur des élasticités, mais les résultats ne sont pas transposables à l'Afghanistan.

²⁸ Notons entre autres qu'il est très délicat de calibrer les modèles de gravité pour les adapter à la spécificité et à la diversité de situation de l'Afghanistan, ce que sous-estiment les travaux existant sur ce point, indépendamment de leurs qualités académiques.

²⁹ Rappelons que les hôpitaux de districts sont dans le système de référence.

³⁰ A notre connaissance aucune estimation n'a été faite pour les structures de référence « au-dessus » de l'hôpital de district.

Afghanistan»³¹. Ce document se fonde sur l'analyse des coûts de l'hôpital de district de Baraki Rajan dans la province du Logar faite par le Swedish Committee for Afghanistan. Les auteurs aboutissent à un coût total de fonctionnement allant de 147 780 \$ à 226 000\$ en fonction des coûts pris en considération. Le canevas de la décomposition des coûts est un point de départ précieux, mais il semble difficile d'extrapoler à partir de ces estimations car on ne sait pas si on peut considérer ou non qu'il s'agit d'un hôpital de district qui sera justifié comme « hôpital de district type »³², si son activité est centrée ou non sur ce qui doit correspondre au « paquet minimum de soins de référence »³³ - à définir - pour un hôpital de district.

1.3. Il semble donc préférable d'opter, dans un premier temps, pour l'approche suivante.

La première étape serait une *phase pilote avec une approche pragmatique* reposant sur une analyse fine de la situation locale dans les principales villes d'Afghanistan et dans un ensemble de districts, choisis en différentes provinces, pour des raisons à la fois sanitaires, sociales, politiques, de faisabilité et d'aptitude à fournir des informations éclairantes pour la généralisation du système de référence.

À l'issue de cette première phase pilote il sera possible par extrapolation de définir des *catégories fonctionnelles* de structures de référence - par opposition à des catégories « administratives » - et de recourir alors à des standards applicables à des groupes homogènes, l'homogénéité venant de la réponse qu'ils devront apporter à la réalité de la situation dans leurs zones d'implantation. On aura ainsi des catégories (*clusters*) qui pourront regrouper différents types d'hôpitaux de district, de province, régionaux, spécialisés, etc.... Il est clair qu'il n'est pas certain que tous les hôpitaux provinciaux et régionaux aient vocation à constituer deux groupes homogènes.

1.4. Concrètement, il paraît souhaitable d'adopter la démarche suivante :

- achever l'analyse fine des hôpitaux des principales villes d'Afghanistan qui ont probablement vocation à jouer le rôle d'hôpitaux régionaux et d'une sélection d'hôpitaux provinciaux ;
- constituer deux ou trois échantillons composés d'hôpitaux de district, d'une sélection d'hôpitaux provinciaux/régionaux, nationaux et de structures spécialisées.
- définir, *cas par cas ou groupe par groupe*, les besoins auxquels ils devront répondre à partir d'un *paquet minimum de soins* ; ils seront prioritaires. Par défaut les autres ne feront pas l'objet d'une attention spécifique dans le contexte de ressources rares que nous avons souligné. Le document « Package of minimum curative health services for hospitals » du MoH³⁴ constitue une excellente base de départ pour nourrir la réflexion en ce sens.
- établir parmi ces besoins, des priorités de premier rang et de second rang.
- évaluer le coût de la remise à niveau des plateaux techniques, des équipements, des locaux,... pour satisfaire les priorités de

³¹ Mettre les ref.

³² Cet hôpital a 50 lits et un effectif total de 59 personnes (cf. Newbrander, op. cit. p. 30).

³³ Une première réflexion sur cette question figure dans « Package of Minimum Curative Services of Hospitals », 7 p. ; Document de travail communiqué à la mission par le MoH en mai 2003.

³⁴ Non daté ; pas d'autres références.

rang 1 et 2. L'objectif étant de fournir des soins de qualité qui soient *efficaces* et adaptés à la réalité afghane.

- évaluer les besoins en personnel médical, non médical et de gestion qui seront nécessaires.
- voir dans quelle mesure il est possible de recourir à des contrats avec le secteur privé pour alléger les coûts supportés par les finances publiques.
- comme on ne connaît pas les déterminants de la demande de soins en Afghanistan, on ne sait pas dans quelle mesure elle va augmenter en raison de l'amélioration de la qualité (sous différents aspects) qui va accompagner la réforme du système de référence. On ne sait pas non plus dans quelle mesure la demande actuelle est rationnée par des phénomènes de file d'attente. Il est donc difficile de faire dans l'immédiat des prévisions sur les volumes de soins. Mais de manière générale, il est peu probable que le personnel soit à la limite de sa productivité, même lorsque des ajustements auront été faits. On peut donc penser que les coûts marginaux seront sauf exception, assez faibles. Naturellement, tout ceci devra être précisé dans les analyses ultérieures, mais il faut avoir présent à l'esprit le risque majeur et *ruineux* du sur-dimensionnement des capacités de production de soins. Des investigations fines par grand type de structure devraient pouvoir permettre assez rapidement de définir des « capacités raisonnables » et d'évaluer l'ordre de grandeur des besoins financiers que cela implique.

9.2 >> ORIENTATIONS POUR MOBILISER ET PROTEGER DES RESSOURCES PUBLIQUES SUPPLEMENTAIRES NECESSAIRES AU FINANCEMENT DU SYSTEME DE REFERENCE

L'Afghanistan connaît, comme on l'a vu, une situation budgétaire délicate pour des raisons d'ordre interne et pour d'autres qui tiennent au non respect de l'engagement des bailleurs de fonds.

La marge de manœuvre pour mobiliser davantage de ressources publiques pour financer le système de référence est étroite. Il existe néanmoins plusieurs pistes qui méritent d'être explorées et dont le ministère de la santé doit se faire l'avocat auprès du ministère des finances et du Cabinet.

9.2.1 - ABONDER LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE REFERENCE A PARTIR DE RESSOURCES PUBLIQUES NON AFFECTEES³⁵.

Cela peut se faire soit en augmentant la part de la santé dans le budget (on raisonne à budget général constant), soit en allouant à la santé une fraction du supplément de recettes provenant d'une meilleure mobilisation des impôts et taxes. Le budget SY-1382 prévoit 200 millions \$ de ressources intérieures contre 102 millions \$ en SY-1381. La mobilisation des ressources fiscales devrait se poursuivre dans les

³⁵ Il s'opère souvent des confusions entre allocation et affectation des ressources. L'affectation se distingue de l'allocation des ressources en ce sens qu'elle signifierait le « ciblage » d'un impôt ou d'une taxe *spécifique* sur le système de référence hospitalier. L'allocation en revanche se fait à partir de *l'ensemble* des ressources publiques mobilisées et gérées par le Trésor sans que l'une en particulier soit spécifiquement destinée à financer telle ou telle dépense de santé ou d'un autre secteur.

prochaines années. Cette progression en SY-1382 a bénéficié au budget de la santé qui a augmenté en valeur réelle, mais moins toutefois que l'ensemble du budget ordinaire (cf. tableau 1). Ces différences d'évolution consacrent naturellement le fait que le budget de la santé est en concurrence avec celui des autres secteurs³⁶. Est-il possible de convaincre le cabinet d'accroître davantage les crédits accordés au ministère de la santé ?

Par ailleurs, le financement du système de référence sera en concurrence avec les autres actions prioritaires en matière de santé. La question est donc ici de savoir si le ministère de la santé, qui est aujourd'hui convaincu de l'importance cruciale d'un bon système de référence, peut accroître son effort financier en faveur de ce dernier.

9.2.2 - SECURISER LES RESSOURCES BUDGETISEES POUR LE SYSTEME DE REFERENCE

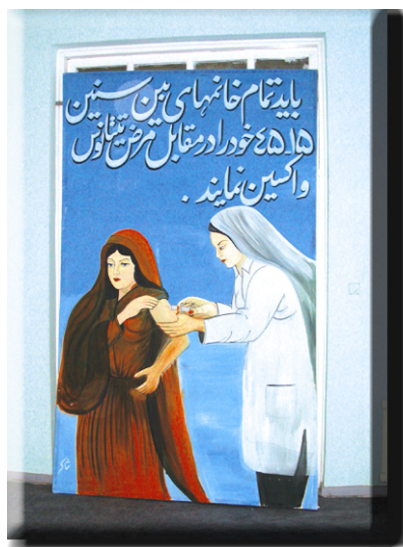
Un noyau dur de dépenses de système de référence prioritaires

La première approche qui permettrait de soustraire le financement du système de référence hospitalier aux aléas budgétaires que nous avons analysés plus haut consisterait à leur donner le statut de « dépenses publiques prioritaires ». Dans une première phase ce statut ne serait accordé qu'aux dépenses concernant les établissements pilotes sélectionnés, et aux besoins de rang 1 (cf. plus haut) si tous ne peuvent pas être classés prioritaires.

Le ministre de la santé s'assurerait de l'accord du cabinet sur ces dépenses, lequel en informerait le ministère des finances. Une nomenclature budgétaire spécifique serait créée qui permettrait d'isoler sans ambiguïté les dépenses concernées dans le budget ordinaire et dans le budget national de développement. Rappelons que pour l'instant, il n'existe pas de chapitre budgétaire qui permette d'isoler clairement l'ensemble des lignes qui seraient concernées par la

réhabilitation du système de référence. Les codes correspondants seraient communiqués à la trésorerie de la présidence. Les dépenses seraient prioritairement mises au paiement et la date de l'opération serait transmise pour information au ministère de la santé.

Cette procédure techniquement simple permettrait donc, s'il y a une volonté politique de l'adopter, de sécuriser le financement des établissements pilotes. Le fait qu'ils bénéficient de conditions financières satisfaisantes aurait par ailleurs le grand mérite de faciliter l'évaluation de la première phase de la réforme.



³⁶ Il est naturellement possible de raisonner à part constante pour le budget de la santé et de calculer le supplément de ressources qui découlerait de l'augmentation des recettes fiscales durant les 2-3 prochaines années et qui lui serait attribué. Au regard de l'incertitude sur les ressources fiscales et sur les apports extérieurs, l'exercice ne présente pas d'intérêt pour l'instant.

Affecter des ressources au financement du système de référence

La seconde approche du dispositif de sécurisation du financement serait d'affecter des ressources spécifiques au financement du système de référence hospitalier.

Les justifications . L'affectation des recettes publiques est une question controversée car elle ne rentre pas dans l'orthodoxie budgétaire (principe d'universalité), alors que la théorie économique et les analyses empiriques n'offrent pas de guide sûr pour trancher radicalement du fait d'avantages et d'inconvénients dont on ne peut pas faire le bilan *a priori*. Bien que souvent condamnée au FMI et à la Banque mondiale dans le passé, l'affectation doit être examinée avec pragmatisme à l'aune de ses avantages et inconvénients propres à chaque situation. Dans le cas de l'Afghanistan, deux arguments principaux militent en faveur de l'affectation de ressources intérieures (et extérieures) destinées au financement du système de référence :

- « sécuriser » un certain volume de dépenses car les ressources concernées seront soustraites aux risques inhérents aux procédures budgétaires que nous avons analysées.
- favoriser la mobilisation de ressources auprès de certains bailleurs.

L'instrument. Le principe est celui d'un compte d'affectation spéciale où les ressources affectées seraient placées, compte lui-même logé à la Da Afghanistan Bank. La constitution d'un tel compte ne dérogerait pas au dispositif réglementaire en vigueur dans la mesure où il ne s'agit pas d'un compte extra-budgétaire. Bien que le gouvernement préfère un soutien budgétaire général, le budget national de développement de SY-1381 envisage d'ailleurs expressément la possibilité d'un instrument de ce type.

Naturellement, un compte d'affectation spéciale ne se justifie que si le gouvernement afghan ne réduit pas parallèlement les ressources non affectées qu'il consacrera par ailleurs au financement du système de référence (fongibilité).

L'apport d'un fonds revolving. Ce compte pourrait être complété par un « fonds revolving » qui serait un sous-compte du précédent.

Si les ressources affectées au financement du système de référence sont plus faibles que prévues, elles limiteront normalement les dépenses bénéficiant à ce dernier. Il serait donc intéressant de mettre en place un « fonds revolving » qui serait au départ alimenté par une contribution des bailleurs de fonds. Il pourrait d'ailleurs être une composante de l'ARTF. En cas de ressources affectées inférieures aux prévisions, les dépenses prévues en faveur du système de référence ne seraient pas réduites. Le ministère des finances aurait la possibilité de tirer sur le « fonds revolving » pour éviter de retarder le financement des dépenses les plus prioritaires (rang 1). Lorsque les ressources initialement prévues deviendraient disponibles, le fonds serait alors re-crédité du montant du tirage effectué. En cas de baisse durable des ressources, soit la charge de l'ajustement est reporté in fine sur des dépenses de santé de moindre priorité, soit les bailleurs transforment en « don effectif » le montant de l'avance utilisée et reconstituent donc en totalité ou en partie le capital du « fonds revolving ».

Quelles ressources affecter au financement du système de référence ?

Plusieurs possibilités peuvent être combinées. Mais toutes nécessitent l'accord du ministère des finances, et au niveau du principe, un appui clair du cabinet et des bailleurs de fonds intéressés. Les voies à explorer compte tenu de la situation en Afghanistan, sont les suivantes :

- Le Gouvernement peut décider d'affecter des recettes intérieures existantes et d'utiliser de l'aide initialement non affectée (entrant dans le soutien budgétaire global).
- Il conviendrait d'analyser les possibilités d'affecter (et de créer si besoin est) des fonds de contrepartie³⁷. Traditionnellement, l'Union Européenne et la Coopération Japonaise sont assez réceptives à l'utilisation de fonds de contrepartie.
- La faiblesse de l'administration fiscale et des douanes limite les possibilités de mobilisation efficiente de nouvelles taxes qui pourraient être affectées au financement du système de référence. Le risque d'évasion fiscale est en effet particulièrement présent et il convient d'éviter les taxes qui auraient des effets économiques pervers. Mais le gouvernement prépare actuellement une taxe intérieure sur les produits pétroliers et différentes taxes à la consommation. Une fraction d'entre elles pourrait alimenter le compte. Cela dit, il paraît possible de créer aisément une surtaxe sur les billets d'avion nationaux et internationaux. Cette surtaxe serait progressive – au sens fiscal du terme – dans la mesure où elle ne toucherait essentiellement que les revenus moyens et élevés et les risques d'évasion seraient limités. Elle est de plus très facile à administrer.
- Au niveau local, une fraction des taxes levées par les provinces et par les municipalités pourraient être utilisées selon le même principe. Ce dernier point nécessite une stratégie de communication de la part du ministère de la santé³⁸.
- Enfin, pourrait être utilisée une partie des montants non alloués dans le budget ordinaire (78 millions \$) et dans le budget national de développement (7,8 millions \$), ainsi qu'une fraction des 7,48 millions \$ du Fonds de Réserve Extraordinaire. Mais le tirage sur ce dernier nécessite une décision prise en Conseil des Ministres³⁹. Dans tous les cas de figure, le ministre de la santé devra convaincre.

9.3 >> OFFICIALISER UNE CONTRIBUTION FINANCIERE DES USAGERS EN COMMENÇANT PAR DES EXPERIENCES PILOTES

9.3.1 - ORIENTATIONS GENERALES

Introduire *officiellement* une contribution financière des usagers dans les structures de référence apparaît *indispensable*, non seulement parce qu'on a vu plus haut qu'elle existe déjà de manière officieuse dans certaines structures (il s'agit d'initiatives isolées, opaques, qui échappent totalement au contrôle du ministère de la santé), mais parce que la participation financière des usagers engendre des effets largement positifs dès lors qu'elle est soigneusement définie,

³⁷ La vente d'une aide en nature ou en devises génère des afghanis.

³⁸ Il en est de même pour l'ensemble de la réforme du système de référence, que le MoH devra « vendre » au Premier Ministre, à la Présidence, à ses propres employés et à certaines fractions de la société civile. La communication ne sera plus un exercice artificiel, mais une des conditions de la réussite de la réforme.

³⁹ D'après l'art. 21 de la Loi de Finances

raisonnablement appliquée, de manière nuancée selon les situations locales, et que les objectifs poursuivis en sont très clairement définis. Exclusion.

Soulignons que la situation des soins dans le système de référence en Afghanistan est, sous bien des aspects, une situation de fausse gratuité. Le scénario est classique : une tarification *ponctuelle* officieuse, à laquelle s'ajoute une pratique de dessous-de-table qui ne semble pas exceptionnelle, co-existe avec une pénurie de médicaments et de consommables et des soins de mauvaise qualité. Les malades doivent donc souvent acheter des médicaments et des consommables dans le secteur privé⁴⁰. On sait également que le système actuel génère de nombreux phénomènes d'exclusion dans une opacité totale.

Une politique de participation financière des usagers est très complexe à définir et à mettre en oeuvre car elle peut être utilisée pour plusieurs objectifs. En Afghanistan, il semble avisé de commencer avec une *ambition limitée* :

- mobiliser des ressources qui devront être additionnelles au financement public ;
- elles seront utilisées pour améliorer la qualité des soins, y compris en fournissant une incitation financière au personnel ;
- une fraction sera réservée pour financer partiellement la prise en charge de certains indigents;
- la participation des usagers aidera à une canalisation plus efficiente des patients dans la pyramide sanitaire.



La contribution financière des usagers devra tout d'abord être introduite dans *un échantillon de structures pilotes de différents niveaux* (polycliniques, hôpitaux de district, hôpitaux provinciaux, hôpitaux régionaux et hôpitaux spécialisés), avant d'envisager des formules plus élaborées et une généralisation. Les montants seront impérativement modulés pour

tenir compte des spécificités locales à l'ensemble des structures de référence.

Il serait aventureux de mettre en place une politique de participation financière des usagers si elle ne s'accompagnait pas d'une amélioration de la qualité des soins rapidement et directement constatable par le patient. Le ministère de la santé devra soigneusement veiller à ce qu'il *n'y ait pas de décalage séquentiel* marqué entre les deux. Enfin, il sera certainement opportun de communiquer avec les différents conseils traditionnels (Shura) pour faciliter l'adoption de la contribution financière par les populations et pour envisager avec eux s'il n'est pas possible de concevoir des formes de financement additionnel, communautaire, dans une perspective qui peut éventuellement être participative là où cela paraîtra réaliste.

⁴⁰ On n'aborde pas ici la question des relations entre elles les activités publiques et privées du personnel soignant public, laquelle relève d'une autre problématique., ou se tourner vers le secteur privé coûts élevés, accentuant les phénomènes d'exclusion.

9.3.2 - PLUSIEURS MODES DE PAIEMENTS SONT ENVISAGEABLES EN AFGHANISTAN MAIS PRIVILEGIER LE FORFAIT

Pour des questions de facilité de gestion et de transparence, il semble préférable dans les structures de référence, de commencer par un *double forfait, modique*, i) dissociant l'acte et les médicaments lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation, et ii) de s'en tenir à un forfait global, également modique, en cas d'hospitalisation.

Lorsque la demande de soins est segmentée, le gouvernement devra encourager, là où cela aura un sens, les structures de référence à fournir moyennant un paiement rémunérateur des prestations graduées (différents standards d'hébergement par exemple) afin de dégager des subventions croisées qui permettront de financer une amélioration de la qualité des soins ou d'assurer une totale gratuité pour certains. Il s'agit là de premières orientations faciles à mettre en oeuvre. Plusieurs parmi les directeurs d'hôpitaux rencontrés à Kabul seraient favorables au principe.

9.4 >> REFLEXIONS SUR LE MODE DE PAIEMENT DES HOPITAUX : POUR UN BUDGET GLOBAL ASSORTI D'UNE DOTATION VARIABLE

Le mode de paiements des hôpitaux qui sera retenu doit contribuer à la réalisation des trois grands objectifs qui sous-tendent la réforme du système de référence : améliorer la qualité des soins, élargir l'accessibilité aux soins, accroître l'efficacité pour contenir les coûts dans une enveloppe qui corresponde aux possibilités financières (internes et externes) de l'Afghanistan.



On doit tenir compte du fait que le ministère de la santé n'a pas à sa disposition toute l'information dont il a besoin, et que l'ensemble des acteurs concernés n'adhèrera pas nécessairement aux objectifs de la réforme.⁴¹ Le mode de paiements à retenir devra donc comporter à la fois des éléments contraignants pour éviter une dérive des coûts, et des éléments incitatifs pour que

les producteurs de soins aient intérêt à l'effort. Il devra par ailleurs être sur le plan administratif compatible avec les capacités de l'Afghanistan. Mais dans tous les cas de figure, des séminaires de formation des directeurs d'hôpitaux à la gestion sont indispensables.

On se limitera ici à suggérer de grandes orientations cohérentes avec les propositions budgétaires formulées plus haut, car des investigations complémentaires seraient nécessaires pour pouvoir formuler des propositions plus fines.

Il apparaît nécessaire d'opter pour un système *prospectif*, où l'essentiel du budget de l'hôpital sera déterminé ex ante. L'Afghanistan n'a pas pour l'instant les moyens de s'engager dans un système rétrospectif. En

⁴¹ Situation typique dans l'organisation des systèmes de santé, résumée par l'expression de « relations d'agence ».

ce sens, la formule du *budget global* reposant sur les résultats de l'analyse fine des structures pilotes recommandée plus haut est vraisemblablement la plus appropriée. Mais le budget global devra être complété par une *dotation variable* au-delà d'un certain niveau d'activité de manière à ce que l'hôpital soit incité à l'effort⁴². Naturellement, le seuil sera déterminé au cas par cas dans les structures pilotes en liaison étroite avec les équipes dirigeantes. Ici encore, il faudra examiner les possibilités éventuelles de passer des contrats avec des partenaires nationaux et extérieurs (ONG, bailleurs, jumelages, etc....). Cela dit, on rappellera que de nombreux hôpitaux de districts sont inclus dans l'organisation PPA.

Il est manifeste qu'une part d'incertitude affectera dans un premier temps la définition des budgets globaux et de la partie variable. Mais progressivement, le gouvernement acquerra de l'information utile par les évaluations sélectives mais indispensables auxquelles il procédera.

On insistera par ailleurs sur la nécessité qu'il y a à prévoir les grandes lignes du processus d'évaluation dès la mise en place de la réforme du système de référence.

Il sera essentiel de comparer les moyens consommés et les activités des structures et de comparer les structures entre elles, en évitant les sophistications méthodologiques inutiles qui pourraient servir de prétexte à ne pas évaluer. Il sera également extrêmement précieux, pour affiner les dotations budgétaires et les mécanismes de financement, de comparer les hôpitaux de districts PPA et les autres.



De ce fait, il sera essentiel de renforcer très vite, là encore sans sophistication inutile, le système d'information et les capacités d'analyse du MoH, car le monitoring et l'évaluation seront des dimensions fondamentales de la réforme du système de référence. Si cela n'est pas fait, le ministère sera incapable de piloter la réforme et l'échec est quasi assuré.

⁴² C'est également pour cette raison qu'en Afghanistan le produit de la participation financière des usagers doit faire l'objet d'une comptabilité rigoureuse mais ne doit pas être reversé au Trésor. Elle peut être facilement gérée à partir d'un compte local de la Da Afghanistan Bank et/ou par un comité ad hoc.



Conclusion

La santé constitue pour l'Afghanistan une priorité essentielle. Elle témoigne que la paix est revenue, que la reconstruction du pays est en marche rapide.

Le ministère de la Santé – MOH – porte fortement et efficacement la réorganisation et le renforcement des services de Santé.

Les priorités nationales sont étroitement liées au développement du système de santé primaire – BPHS.

La mise en place de ce système et sa réussite sont conditionnées par la maîtrise et la remise à un bon niveau du système hospitalier de référence.

Ceci suppose des actions rapides, construites, progressives dans le domaine de la gestion du personnel, de la direction des établissements, d'une profonde réforme des outils financiers et économiques, d'une définition et d'une planification des missions des hôpitaux, enfin d'une approche coordonnée et rigoureuse des équipements techniques.

Des actions pilotes et expérimentales peuvent rapidement être mises en place.

L'Afghanistan dispose des équipes capables de réaliser ces réformes majeures, cet effort doit être activement aidé et soutenu par les partenaires internationaux.



SYSTEME DE REFERENCE HOSPITALIER EN AFGHANISTAN,

ENJEUX ET PERSPECTIVE
[2003 – 2006]

ANNEXE

**Tableau 1 : évolution du budget ordinaire de la santé SY-1381 – 1382
(millions d'afghanis)**

Codes nomenclature	1000	2000	3000	4000	5000	7000	Total
Budget ordinaire du MOH en % du budget ordinaire total du TGA incluant le "non alloué"	6,04	4,77	7,41	3,38	2,72	1,27	5,08
Budget ordinaire du MOH en % du budget ordinaire total du TGA hors "non alloué"					5,92		
Budget ordinaire du MoH en SY-1381	495 791	39 960	360 000	16 200	34 949	1 200	948 099
Budget ordinaire du MoH en SY-1382	689825	72106	417667	29680	45700	1300	1 256 278
Progression en valeur réelle*	18	53	-2	55	11	-8	12
BO TGA avec montant non alloué SY-1382	11418695	1511194	5639449	878079	1682813	101972	24750001
Progression du BO du TGA SY-1382/81 en valeur réelle*	38	259	27	116	8	142	34
Progression du BO du MoH / BO du TGA	0,47	0,20		0,48	1,27		0,36
Dépenses effectuées sur BO du MoH SY-1381							734 054
Taux d'exécution du BO du MoH							77
Budget ordinaire du TGA en SY-1381	7 013 513	357 048	3 752 074	344 833	1 314 459	35 652	15 649 992
Dépenses effectuées sur BO du TGA SY-1381							11 795 420
Taux d'exécution du BO du TGA							75
Taux d'exécution MoH/Taux d'exécution TGA							1,03

(*) Indice des prix à la consommation de Kabul de 18 % (mars 2002-mars 2003)

Sources : Calculs d'après données MoH et Ministère des Finances

1000--Personal Services, including salaries, wages, incentive pay and allowances for food. 2000--Other Expenses, including communication, freight, membership and other fees; 3000 - Materials, supplies parts, property rental, maintenance expenses; 4000 - Equipment maintenance; 5000: Property procurement; 7000 : Retirement payoff, extraordinary items.

**Tableau 2 : Budget ordinaire par province et catégorie de dépense
SY-1382 (millions Afghanis)**

N°		1000		2000	3000	4000	5000	7000			
		Nombre de personnel	dotations								
Kaboul (Centre)		11931	317430761	50966667	247300000	17480000	36100000	700000	669977428		
Provinces											
1	KABOUL	498	12253075	731562	5896320	421806	332116		19634879	2861000	6,86
11	BADAKHSHAN	842	19882560	1236898	9969280	713174	561614		32363526	923000	35,06
19	BADGHIS	277	7378654	406913	3279680	234619	184759		11484625	402000	28,57
13	BAGHLAN	564	13778323	828516	6677760	477708	376188		22138495	1020000	21,70
16	BALKH	777	20379559	1135960	9140480	653884	514924	100000	31924807	1405000	22,72
28	BAMIAN	194	5912782	284986	2296960	164318	129398		8788444	430000	20,44
21	FARAH	340	8809750	499460	4025600	287980	226780		13849570	320000	43,28
18	FARYAB	365	9360370	536185	4321600	309155	243455		14770765	1045000	14,13
6	GHAZNI	442	11070772	649298	5233280	374374	294814		17622538	1347000	13,08
27	GHOR	245	6737725	359905	2900800	207515	163415		10369360	956000	10,85
20	HERAT	887	22890278	1303003	10503320	763806	591629	100000	36152036	1819000	19,87
23	HILMAND	449	11178622	659581	5316160	380303	299483		17834149	993000	17,96
17	JUZJAN	389	9896791	571441	4605760	329483	259463		15662938	856000	18,30
24	KANDAHAR	611	16844963	897559	7234240	517517	410074	100000	26004353	1189000	21,87
2	KAPISA	448	11262553	658112	5304320	379456	298816		17903257	362000	49,46
32	KHOST	257	6982723	377533	3042880	217679	171419		10792234	334000	32,31
10	KUNAR	307	8087734	450983	3634880	260029	204769		12638395	396000	31,92
14	KUNDUZ	657	17834675	965133	7778880	556479	438219	100000	27673386	1409000	19,64
9	LAGHMAN	405	10239040	594945	4795200	343035	270135		16242355	539000	30,13
5	LOGAR	320	8384893	470080	3788800	271040	213440		13128253	399000	32,90
22	NIMROUZ	212	6005233	311428	2510080	179564	141404		9147709	196000	46,67
8	NINGARHAR	1045	26390336	1535105	12372800	885115	697015	100000	41980371	1460000	28,75
30	NOURISTAN	152	4679158	223288	1799680	128744	101384		6932254	217000	31,95
7	PAKTIA	641	17505101	941629	7589440	542927	426547	100000	27105644	546000	49,64
29	PAKTIKA	440	11036455	646360	5209600	372680	293480		17558575	491000	35,76
3	PARWAN	747	17827045	1097343	8844480	632709	498249		28899826	1080000	26,76
15	SAMANGAN	214	6045988	314366	2533760	181258	142738		9218110	398000	23,16
31	SAR-É-POUL	207	6200140	304083	2450880	175329	138069		9268501	467000	19,85
12	TAKHAR	510	12538369	749190	6038400	431970	340170		20098099	855000	23,51
26	URUZGAN	264	7141567	387816	3125760	223608	176088		11054839	570000	19,39
4	WARDAK	396	10057165	581724	4688640	335412	264132		15927073	769000	20,71
25	ZABOUL	292	7771840	428948	3457280	247324	194764		12100156	359000	33,71
Total		14394	372364239	21139333	170367000	12200000	9598950	6000000	591669522	26413000	22,40
Total général		40719	689795000	72106000	417667000	29680000	45698950	13000000	1267946950	26413000	48,00

Codes : 1000--Personal Services, including salaries, wages, incentive pay and allowances for food. 2000--Other Expenses, including communication, freight, membership and other fees; 3000 - Materials, supplies parts, property rental, maintenance expenses; 4000 - Equipment maintenance; 5000: Property procurement; 7000 : Retirement payoff, extraordinary items

**Tableau 3 : Budget ordinaire des structures de Kabul -
Ventilation par catégorie de dépenses – SY-1382 (millions Afghanis)**

	Dépenses de personnel	Autres dépenses, incluant "autres rémunérations"	Produits, consommables et dépenses d'entretien	Maintenance des équipements	Terrains, constructions, équipements	Contribution aux pensions et dépenses extra-ordinaires	Total
<u>Code nomenclature</u>	1000	2000	3000	4000	5000	7000	
Ali Abad (hopital)	19603135	3161121	15338362	1084167	2239041	43421	41469247
Antani (hopital)	8756050	1413961	6860808	484945	10015117	19420	18536701
Attaturk (hopital)	4363471	704845	3420040	241740	499246	9681	9239023
Char Asiab (hopital)	1452084	230676	1119286	79115	163389	3168	3047718
Ebn' Sina Chest (hopital)	6386774	1025228	4974604	351622	726175	14081	13478484
Ebn' Sina Emergencies (hopital)	9446938	1520755	7378996	521572	1077160	20887	19966308
Indira Ghandi (hopital)	14244306	2285405	11089221	783823	1618766	31388	30052909
Jamouryhat (hopital)	10305985	1670268	8104459	572850	1183061	22940	21859563
Karté Sé (hopital)	16644440	2678409	12996154	918622	1897136	36786	35171547
Khair Khana (hopital)	1765626	285142	1383562	97795	201968	3916	3738008
Maiwand (hopital)	10779961	1738616	8436099	596292	1231473	23879	22806320
Malalai (maternité)	13608844	2182882	10591761	748662	1546149	29980	28708278
Noor Eye Hospital	7313407	1179013	5720795	404365	835101	16193	15468874
Rabia Balkhi (hopital)	17905727	2862096	14887436	981610	2027240	39309	37703418
Stomatologic Hospital	7746241	1251633	6073162	429271	886539	17190	16404036
Wazir Akbar Khan (hopital)	12707988	2037641	9887026	698848	1443274	27986	26802763
Total Hopitaux	163030976	26227691	128261771	8995299	27590835	360225	344453196
Polyclinique Rahman Mina	5077269	820183	3979683	281297	580940	11265	10750637
Polyclinique centrale	9834923	1589104	7710636	545013	1125572	21825	20827073
Polyclinique de Char Dehi	1139077	187959	912011	64464	133132	2582	2439225
Polyclinique de Chehel Sutoun	1135002	187959	912011	64464	133132	2582	2435150
Polyclinique de Khoshan Mina	5109454	721932	3502950	247600	511349	9915	10103200
Polyclinique de l'aéroport	1120764	179415	870556	61534	127081	2464	2361814
Polyclinique de Pul-é-Charkhi	1648945	264851	1285106	90836	187595	3638	3480971
Total Polycliniques	25065432	3951403	19172953	1355208	2798801	54271	52398068
Banque Centrale de Sang	5395577	875716	4249141	300343	620275	12027	11453079
Institut de lutte contre la Malaria	8741420	1409689	6840080	483480	998491	19361	18492521
Santé Mentale	6215978	999598	4850239	342831	708021	13729	13130396
Tuberculose (Institut de la)	6478627	1046587	5078242	358947	741304	14374	13718081
Directions centrales	54556095	8722985	42325588	2991714	6178542	119804	114894729
MCH Kabul	22743036	3665192	17784210	1257047	2596077	50339	48095901
Sté publique de Kabul	12253075	731562	5896320	421806	332166		19634929
Total	304481217	47632423	234461544	16510675	42569512	651130	636270900
Hopitaux en % du total	54	55	55	54	65	55	54
Polycliniques en % du total	8	8	8	8	7	8	8
MCH en % total	7	8	8	8	6	8	8

Sources : cf tableau 2

**Tableau 4 : Budget national de développement de la santé
SY-1381 - SY-1384**

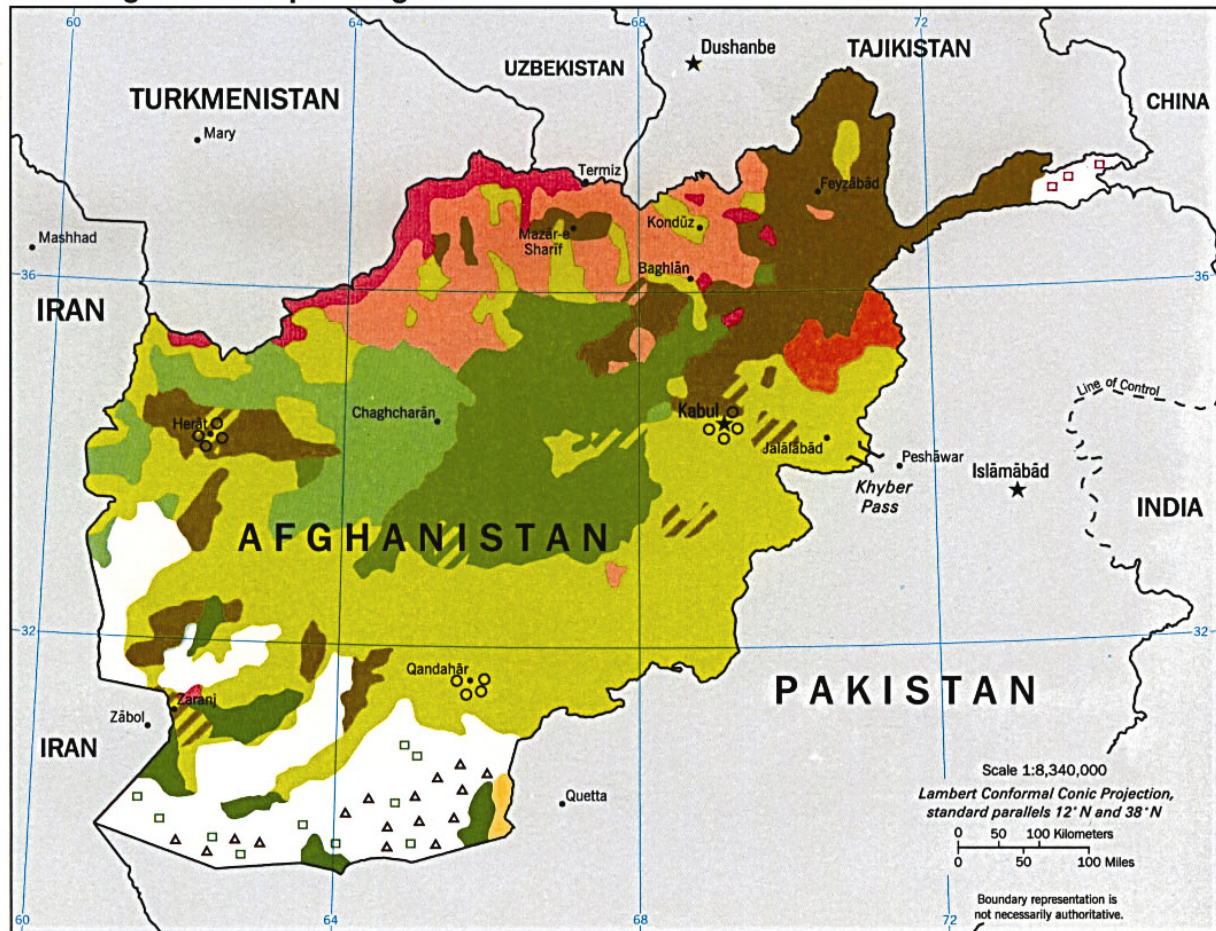
millions \$US

PROGRAMMES	SY-1382	SY-1383	SY-1384	Total
1. TO DECREASE INFANT MORTALITY AND CHILDREN UNDER 5 MORTALITY AND MORBIDITY				
Expanded program on Immunisation	24,086	20,300	17,100	61,486
Integrated management of childhood illnesses	0,750	4,000	7,000	11,750
Basic package of health services for children under 5	20,000	32,000	40,000	92,000
Total	44,836	56,300	64,100	165,236
2. TO DECREASE MATERNAL MORTALITY				
Maternal and newborn care	13,160	12,760	12,760	38,680
Family planning	3,800	6,000	8,000	17,800
Blood transfusion services	2,000	1,500	1,500	5,000
Basic package of health services for mothers and infants	15,000	24,000	30,000	69,000
Total	33,960	44,260	52,260	130,480
3. TO COMBAT MALNUTRITION				
Emergency nutrition	13,250	6,500	5,000	24,750
Caring practices	1,000	3,700	3,200	7,900
Micronutrients	2,700	7,000	9,000	18,700
Total	16,950	17,200	17,200	51,350
4. TO DECREASE INCIDENCE OF COMMUNICABLE DISEASE				
Tuberculosis	2,054	3,481	4,229	9,765
Malaria	1,733	2,600	3,000	7,333
Leishmaniasis	1,005	0,500	0,150	1,655
Leprosy	0,050	0,050	0,050	0,150
Control of Diarrhoeal Diseases	2,040	2,500	2,250	6,790
Acute Respiratory Infection (ARI)	2,362	2,500	2,000	6,862
HIV/AIDS and Hepatitis	1,500	1,250	1,850	4,600
Epidemic Prone Diseases	0,700	1,400	1,400	4,300
Laboratory services	0,300	0,500	0,500	1,300
BPHS	15,000	24,000	30,000	69,000
Total	26,744	38,781	45,429	111,755
5. IMPROVED EQUITABLE DISTRIBUTION OF QUALITY HEALTH SERVICES				
Quality standards for health workers	2,200	3,900	6,500	12,600
Infrastructure: construction	7,700	21,900	19,050	48,650
<i>District hospitals</i>	0,900	3,000	3,000	6,900
<i>Provincial hospitals</i>		1,500	0,750	2,250
<i>Tertiary hospitals</i>				0,000
<i>IMEI</i>		1,500	0,750	2,250
<i>Central Radiology Centre</i>		2,500	0,000	2,500
<i>Sub-Total</i>	0,900	8,500	4,500	13,900

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

Ethnolinguistic Groups in Afghanistan



Iranian

- Baloch
- Aimak
- Hazara
- Pashtun
Durrani, Ghilzai
- Qizilbash
- Tajik

Turkic

- Kirghiz
- Turkmen
- Uzbek

Other

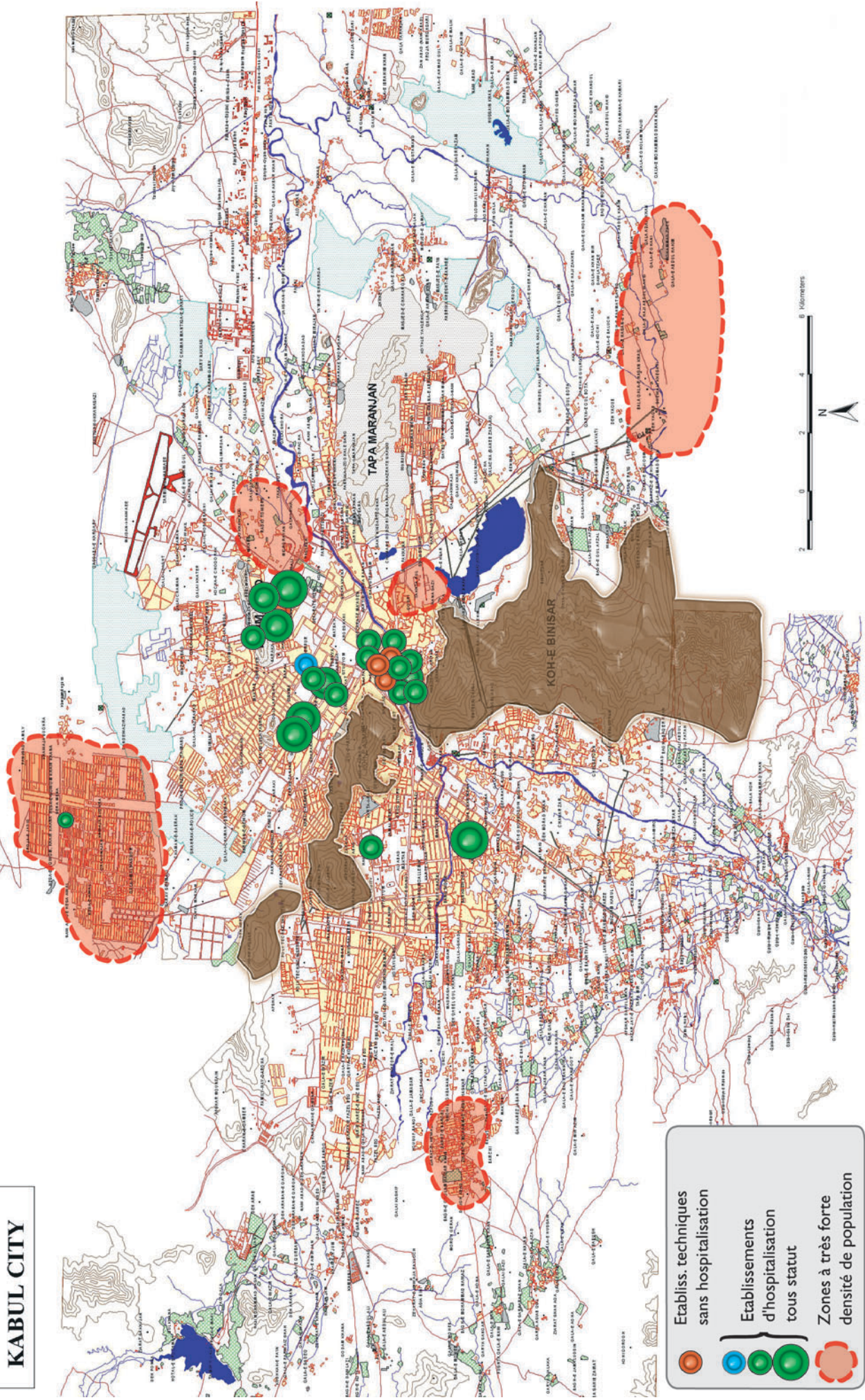
- Brahui
- Nuristani

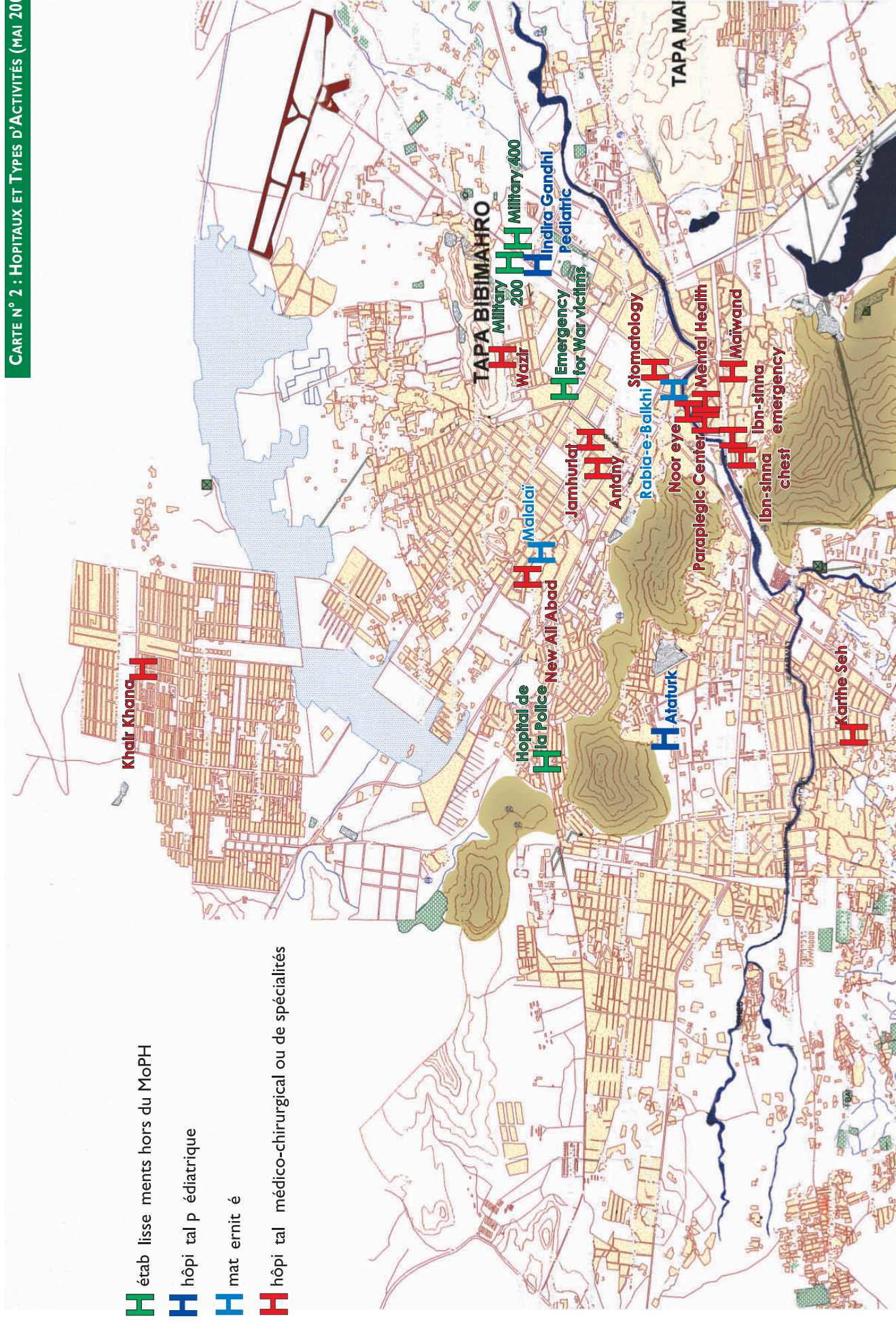
□ Sparsely populated or
uninhabited



KABUL CITY

CARTE N° 1 : CONCENTRATION HOSPITALIÈRE DU CENTRE VILLE ET POPULATIONS EN PÉRIPHÉRIE (MAI 2002)

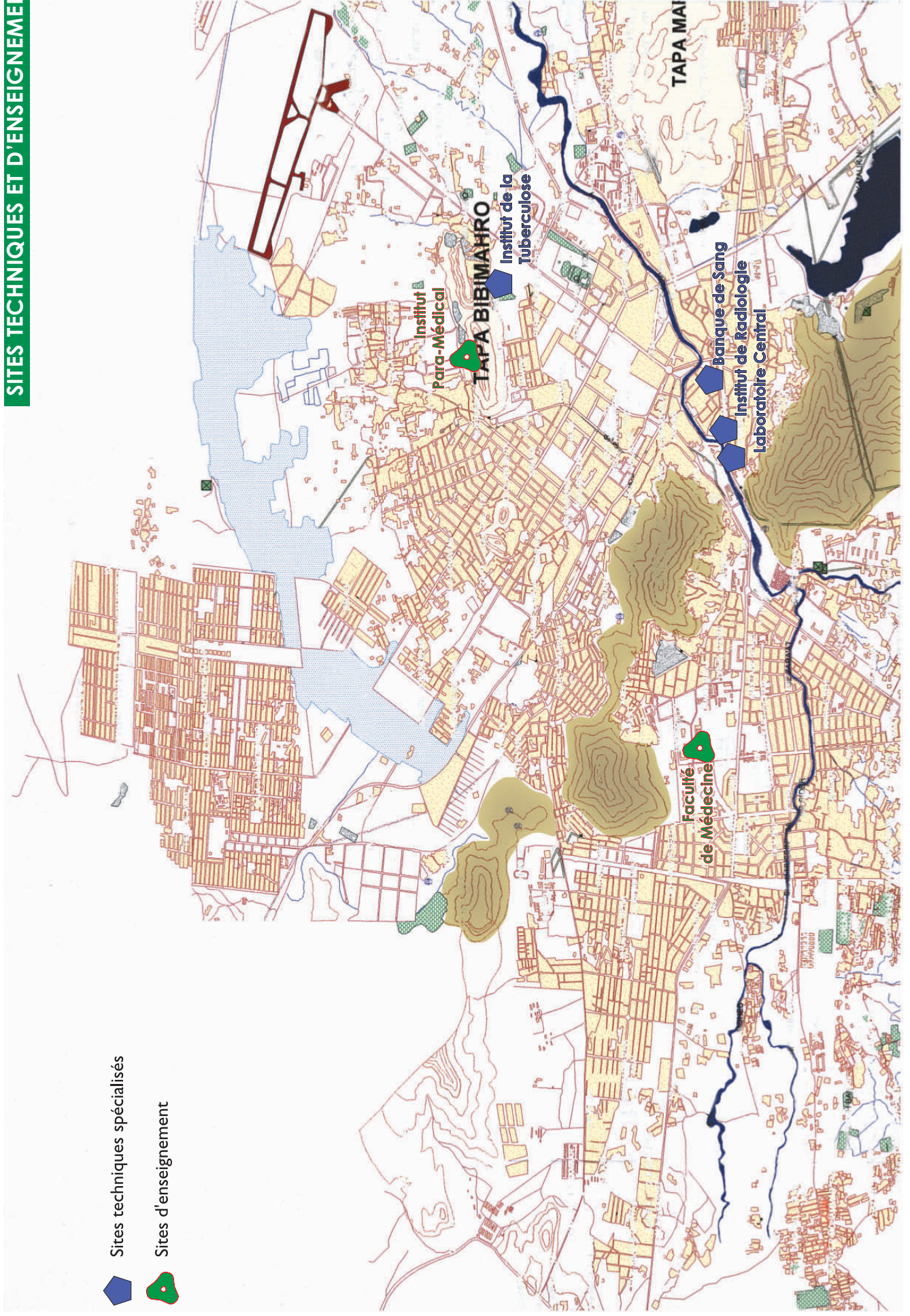




Sites techniques spécialisés

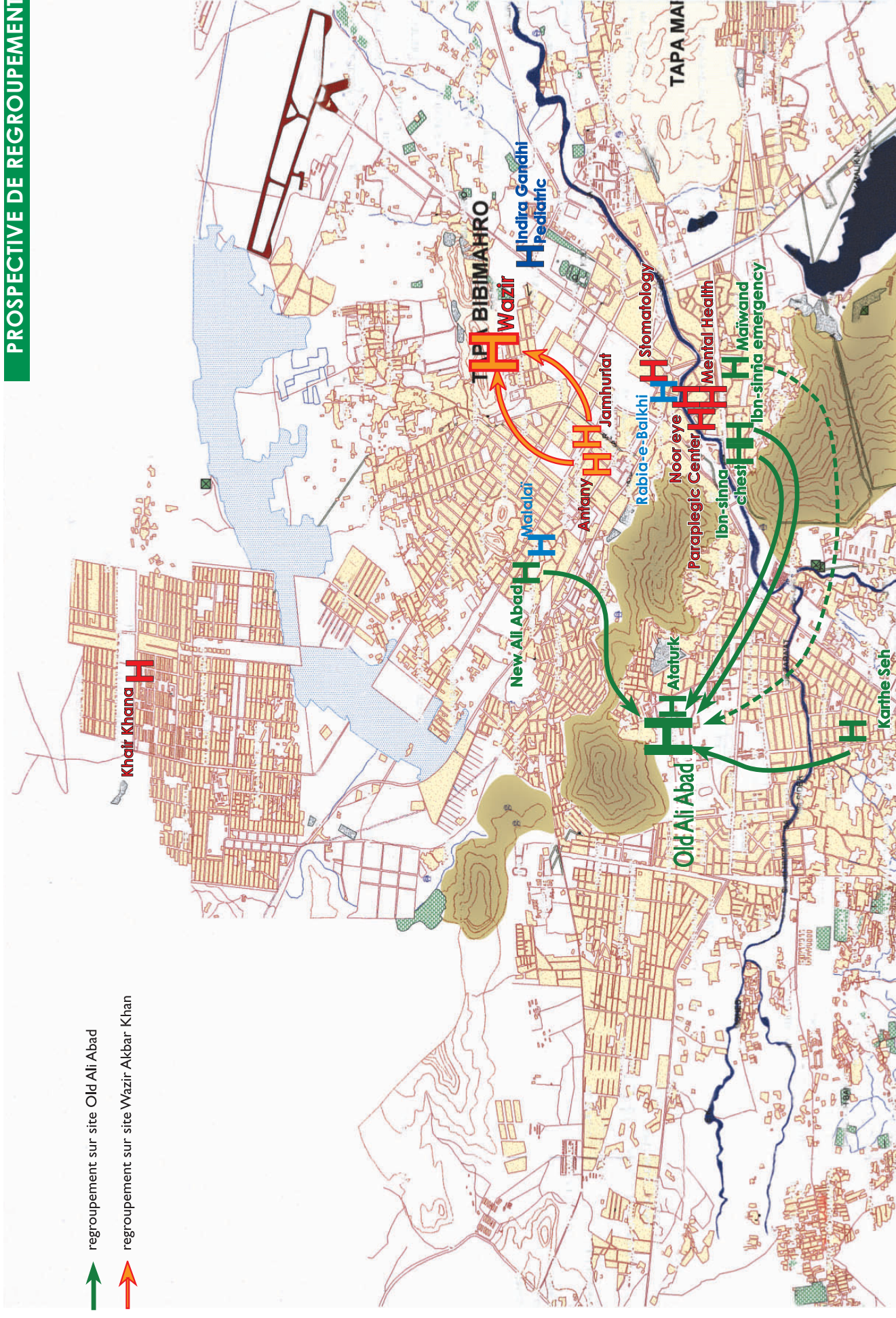


Sites d'enseignement



PROSPECTIVE DE REGROUPEMENT

- regroupement sur site Old Ali Abad
- regroupement sur site Wazir Akbar Khan



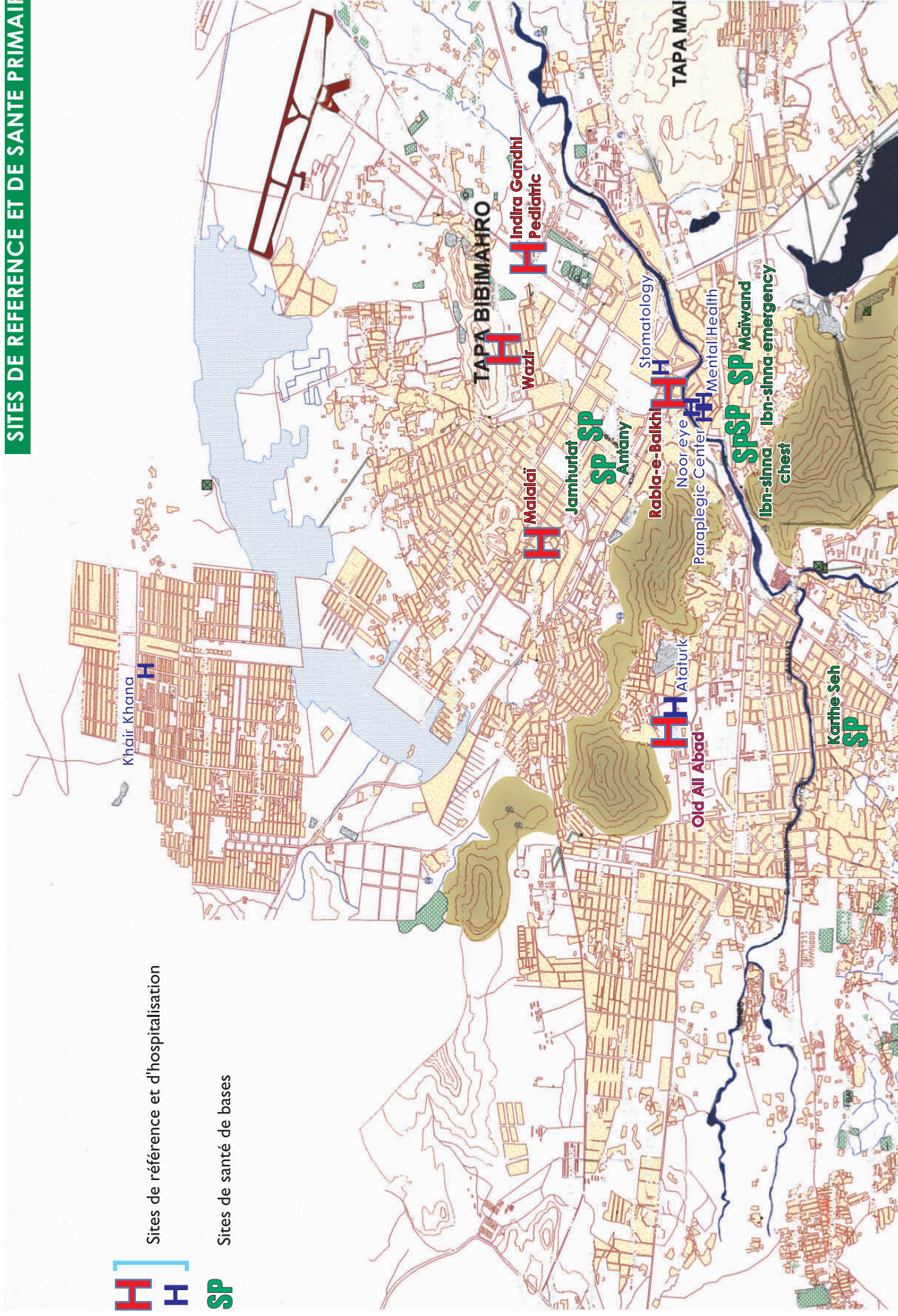
SITES DE REFERENCE ET DE SANTE PRIMAIRE

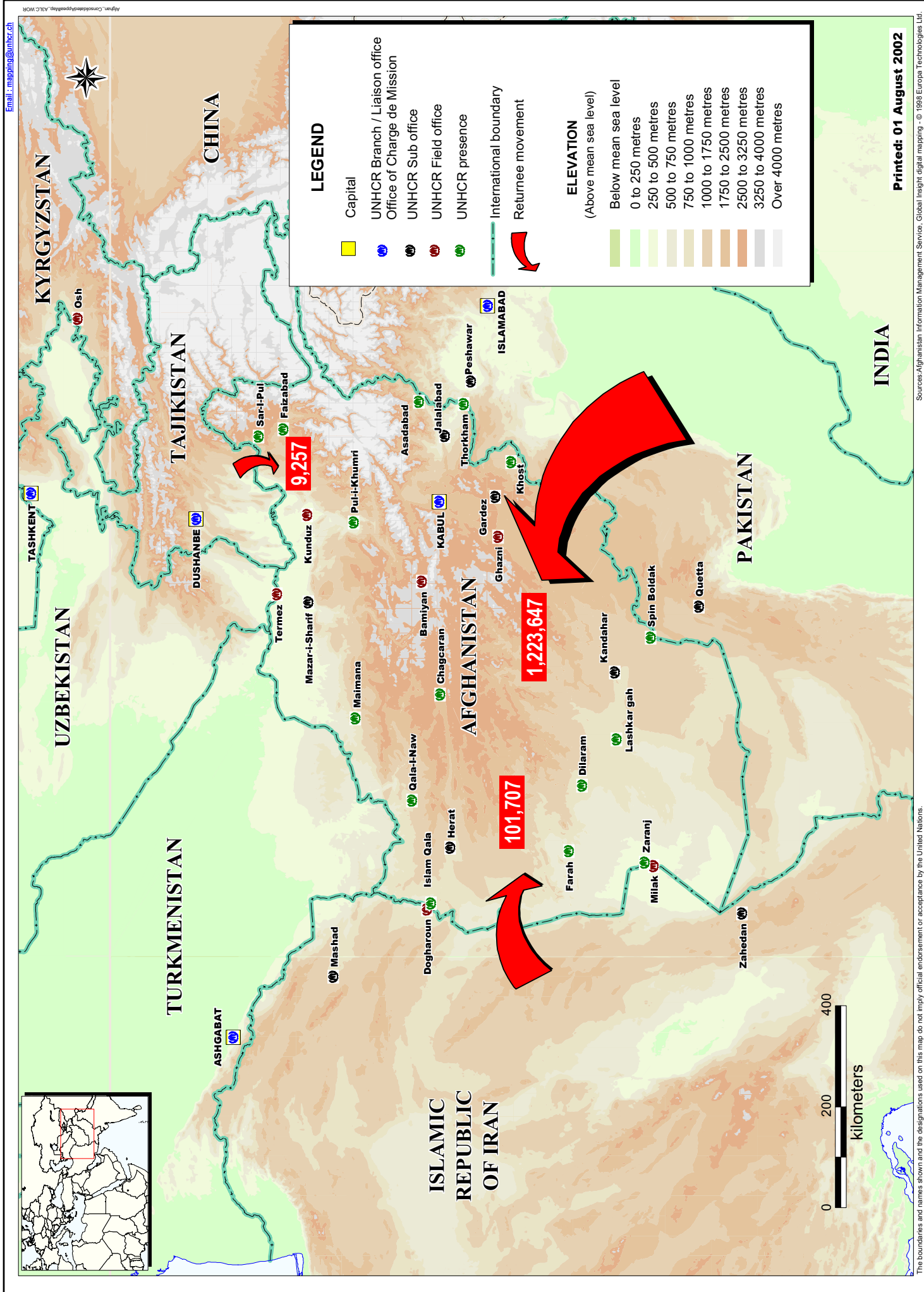
H
H

Sites de référence et d'hospitalisation

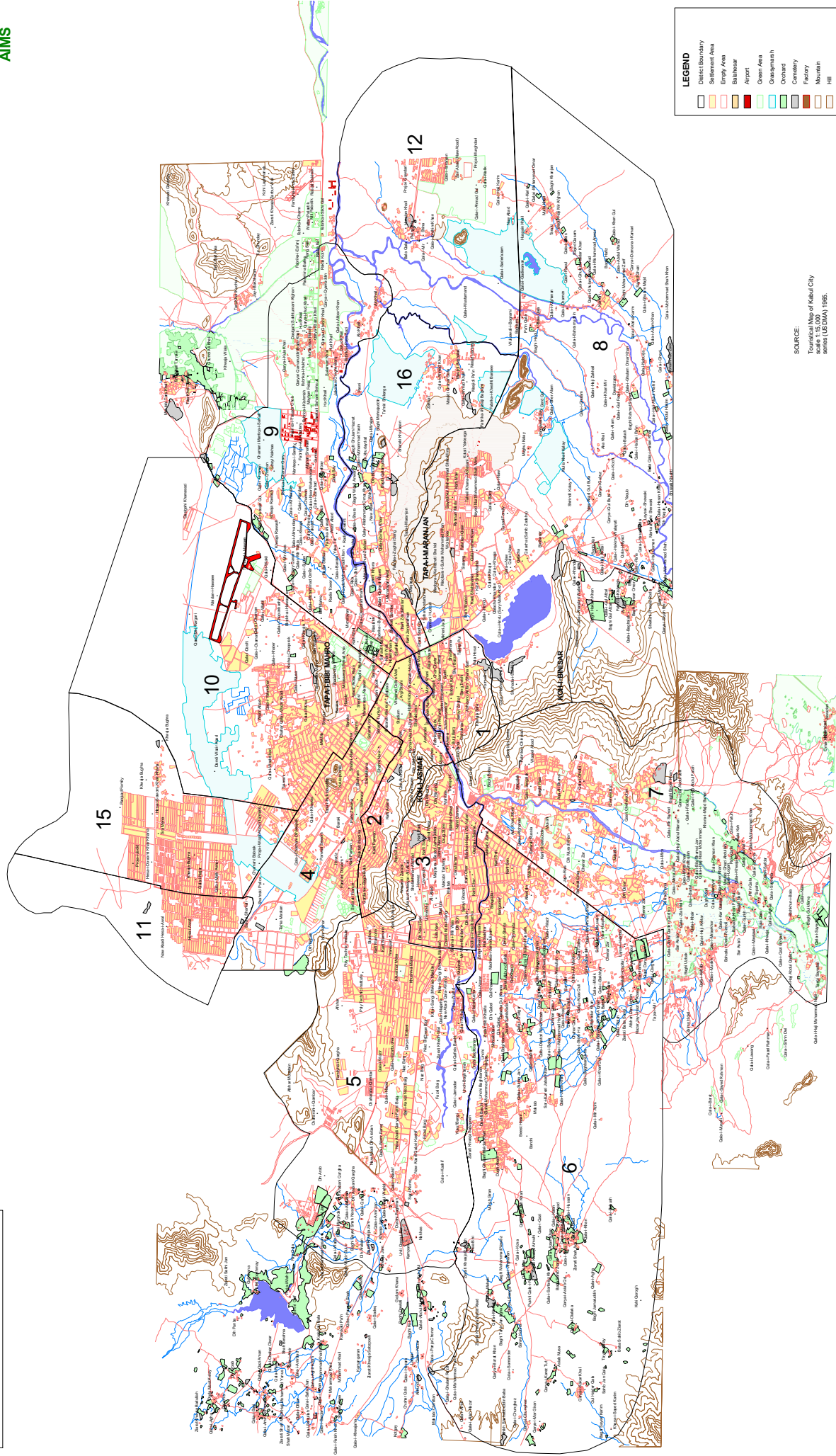
SP

Sites de santé de bases





KABUL CITY MAP



SOURCE
Topographic Map of Kabul City
scale 1:50,000
series (1:50,000) 1985.

DESIGNATIONS & BOUNDARIES

The designations employed and the presentation of the material in this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the United Nations Development Programme (UNDP) or the United Nations Environment Programme (UNEP) concerning the status of the country or areas or of its authorities or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

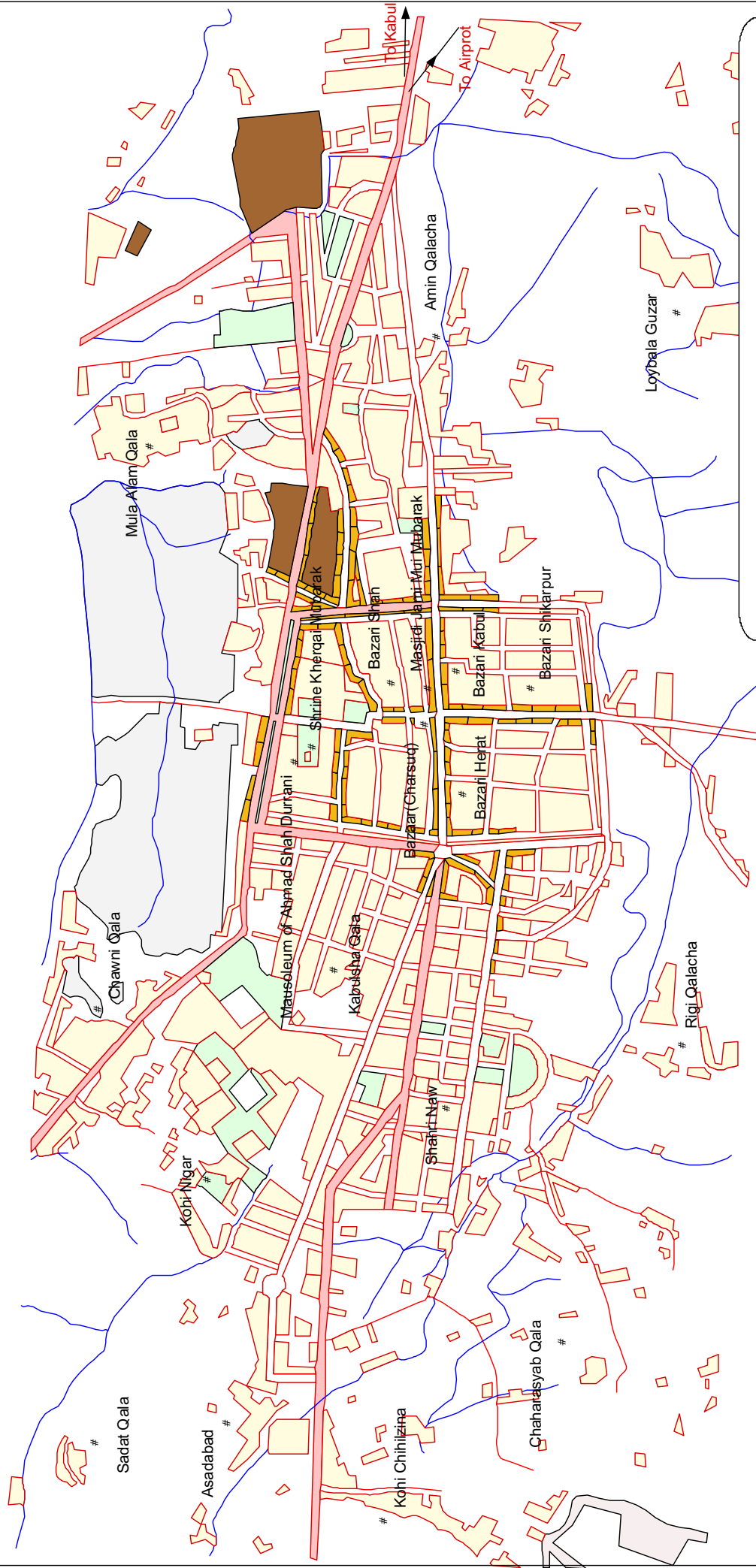
Note:

This information is based on best available sources. Update and corrections would be appreciated. Please forward comments directly to AIMS office. info@aims.org.pk

2 4 6 8 Kilometers



KANDAHAR CITY



LEGEND

Settlements	ROADS
Industrial Areas	Primary
Commercial Areas	Secondary
Parks	Track Roads
Cemeteries	RIVERS
Sands	Main
	Seasonal
	Area Name
	#



SOURCE:
Atlas of Afghanistan Dec. 1984. (AGCHO,
& GEOKART)

Note:
The boundaries and names on the maps
do not imply official endorsement or
acceptance by the United Nations.

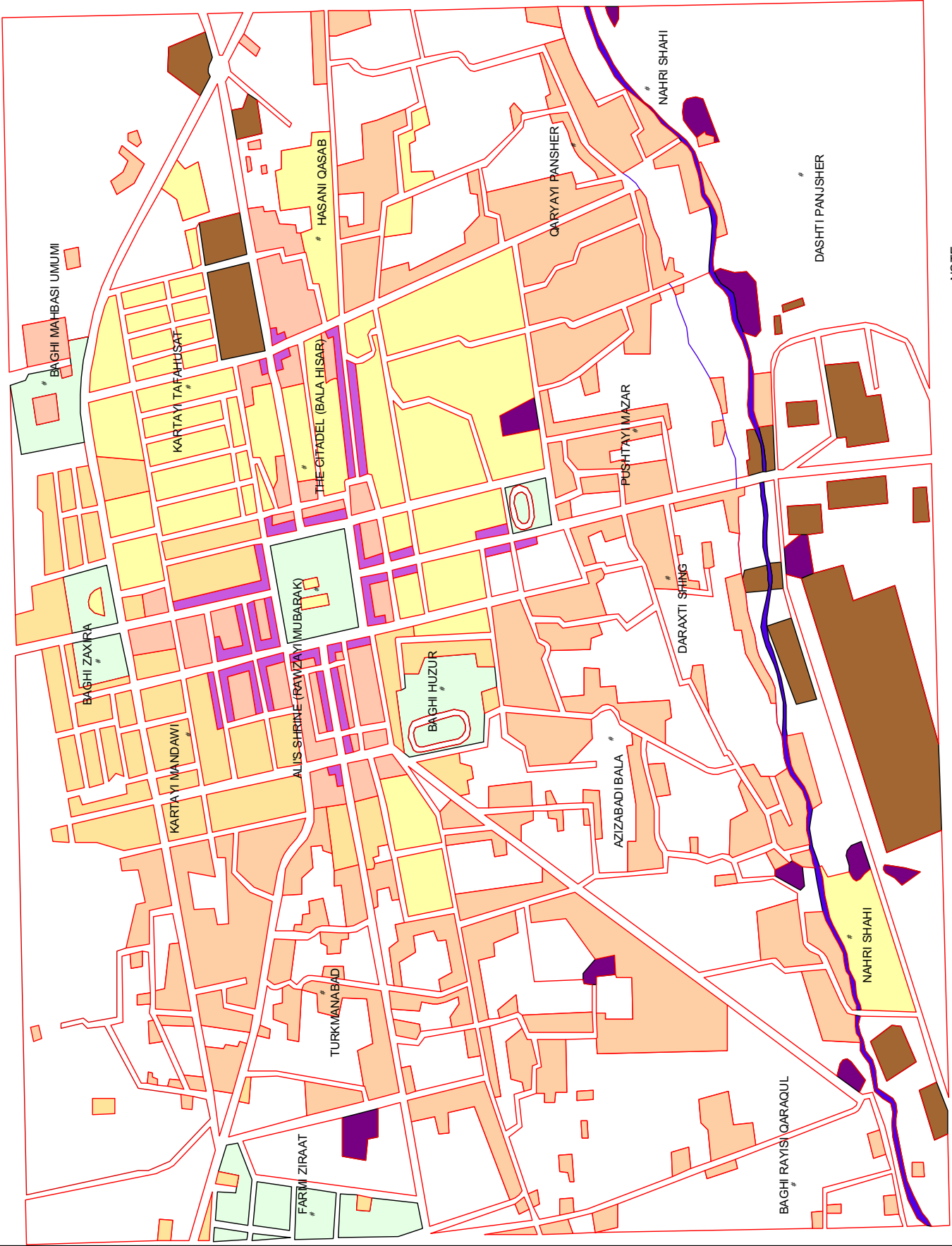
Date: June 2001

MAZAR-E SHARIF CITY

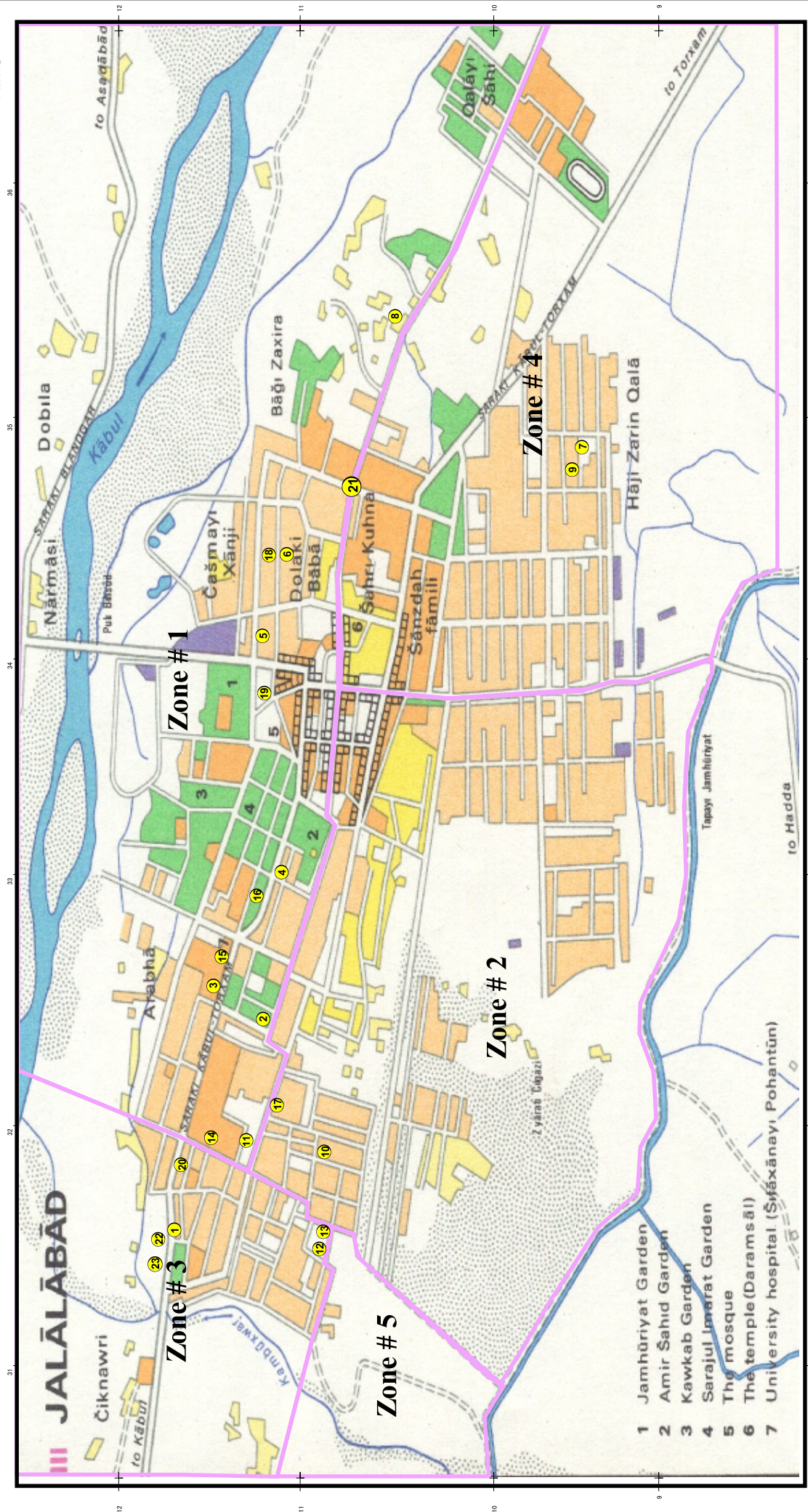


LEGEND:

#	Area-names	Settlements	Tradition-Typ	Mixed-Tradition Typ	Disperse	Commercial Areas	Empty-Areas	Rivers	Seasonal River	Parks	Main-Roads	Factory	Cemeteries



NOTE:
The boundaries and names on the maps
do not imply official endorsement or
acceptance by the United Nations.



Locations

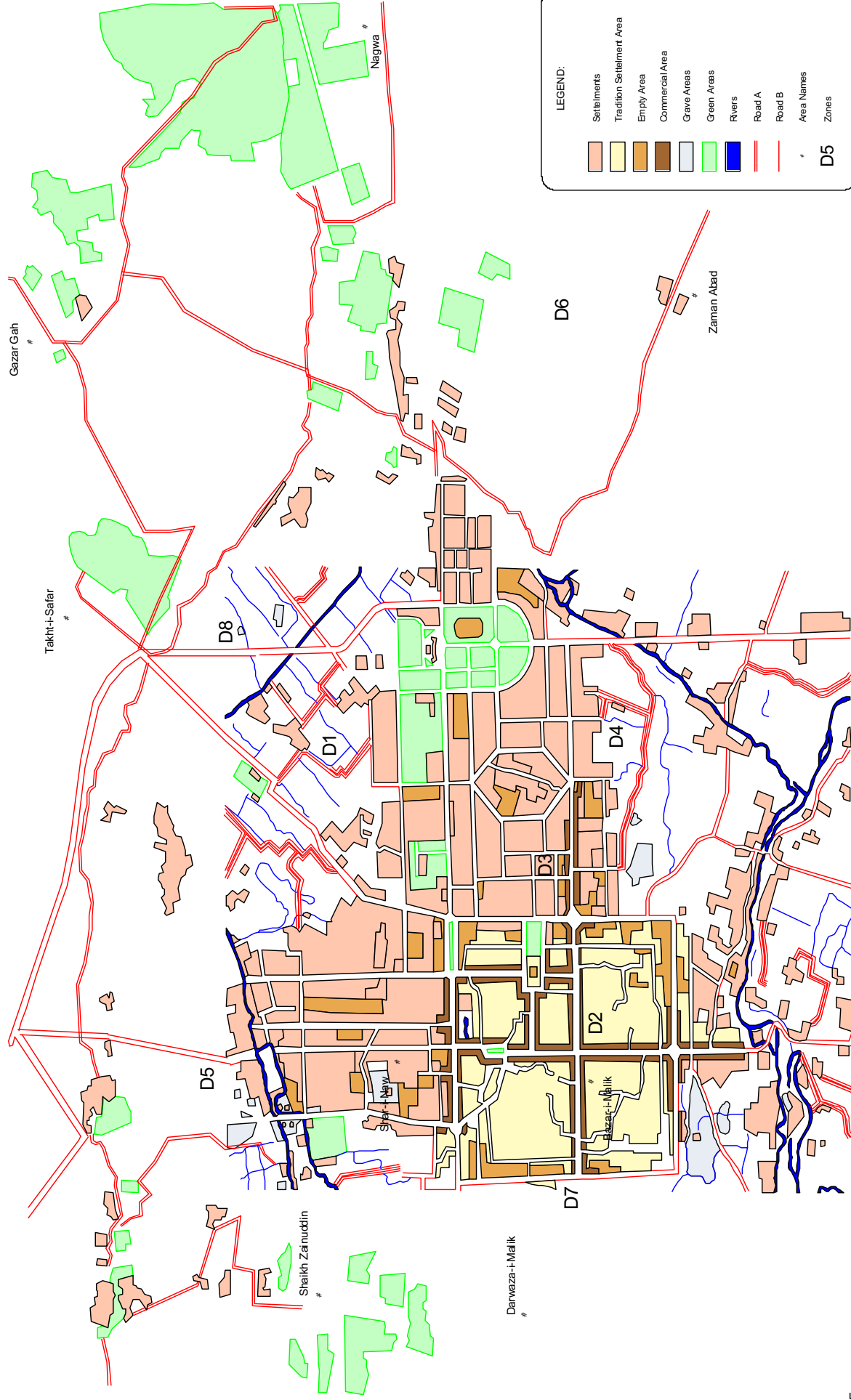
- | | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1: FAO | 6: UNICA | 11: UNDP | 16: SPEEN GHAR HOTEL | 21: Globe Traffic Center |
| 2: UNAMA | 7: UNICEF | 12: ZULU GUESTHOUSE | 17: PAKISTAN CONSULATE | 22: FAO SO #2 |
| 3: WFP GUESTHOUSE | 8: UNHCR GUESTHOUSE | 13: AMAC | 18: GOVERNOR HOUSE | 23: Security HQ |
| 4: WFP | 9: WHO | 14: GENERAL HOSPITAL | 19: WHITE MOSQUE | |
| 5: UNHCR | 10: UNDCP | 15: UNIVERSITY HOSPITAL | 20: UNAMA GH | |

Legend

City Zones

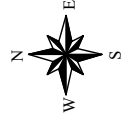


HIRAT CITY MAP



NOTE:

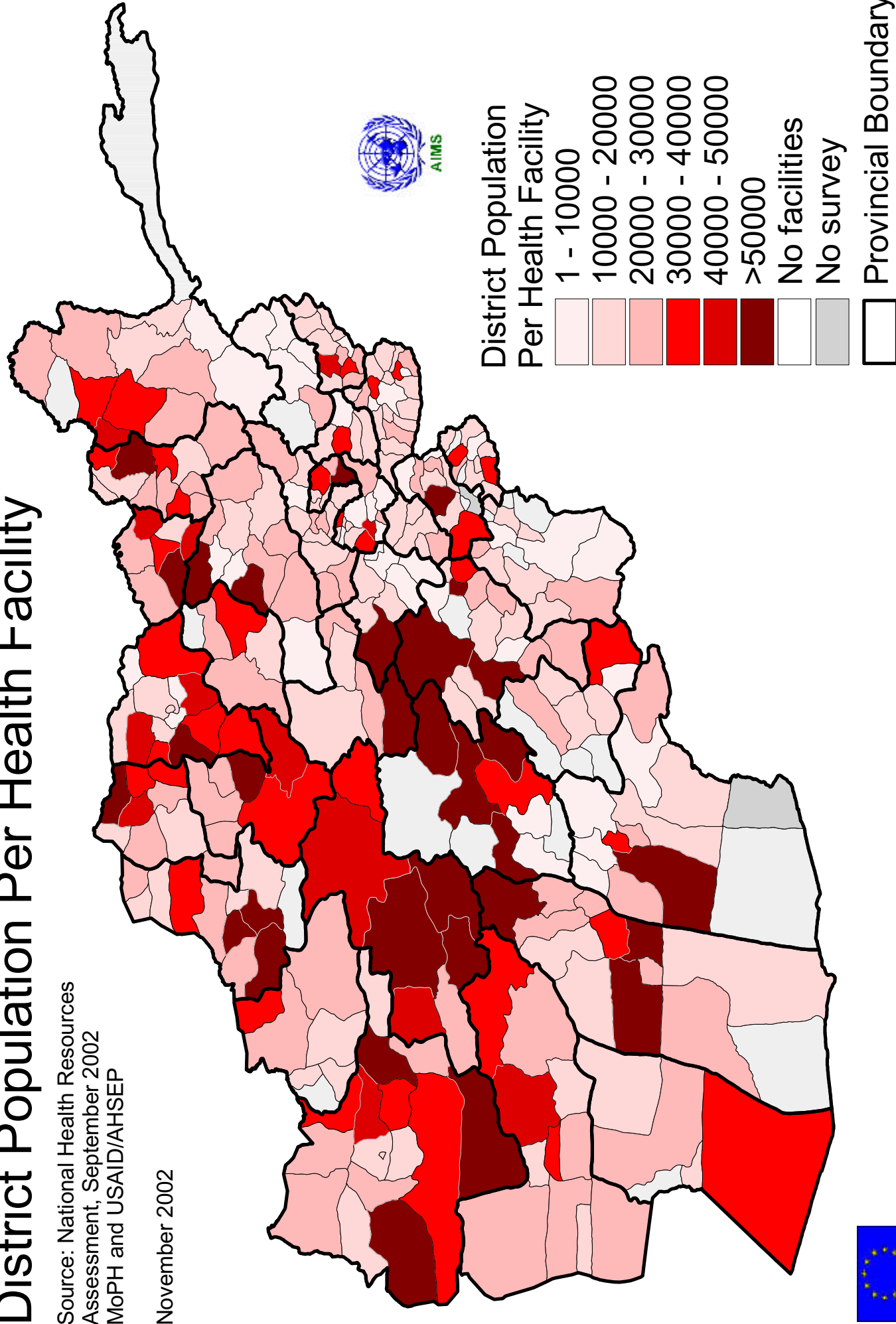
The boundaries and names on the maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. for further information contact AIMS E-Mail: info@hrc.org.pk



District Population Per Health Facility

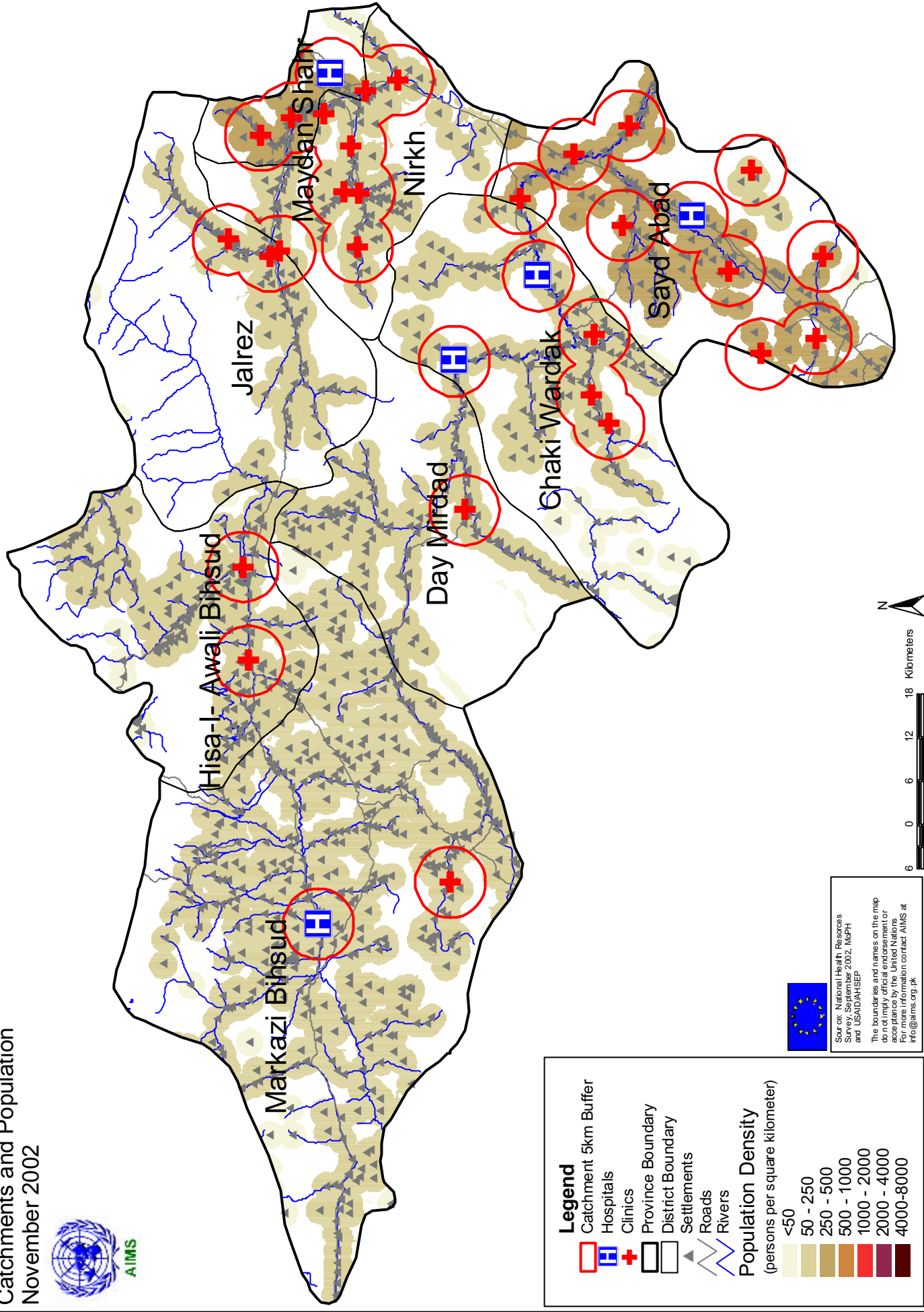
Source: National Health Resources
Assessment, September 2002
MoPH and USAID/AHSEP

November 2002



Wardak Health Facilities

Catchments and Population
November 2002

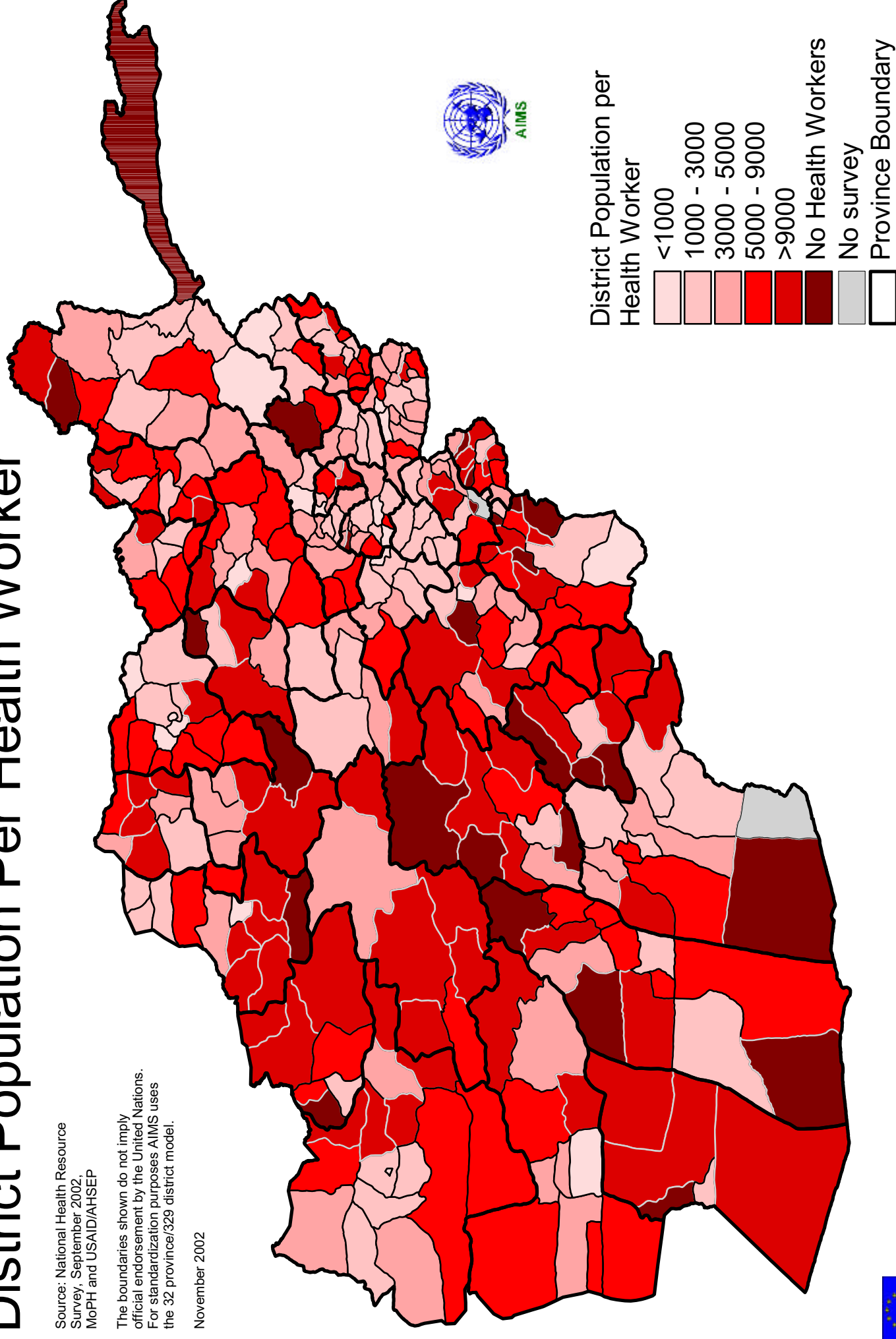


District Population Per Health Worker

Source: National Health Resource Survey, September 2002, MoPH and USAID/AHSEP

The boundaries shown do not imply official endorsement by the United Nations. For standardization purposes AIMS uses the 32 province/329 district model.

November 2002





Notes :