

## Capacité de Médecine Tropicale

---

# AIDE AU DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SOINS DU DISTRICT DE SUROBI - AFGHANISTAN

---

Présenté par  
Mlle DUFOUR-GAUME Frédérique

Directeur  
M LABORDE Thomas

Rapporteur  
M CUISINIER-RAYNAL Jean-Claude

---

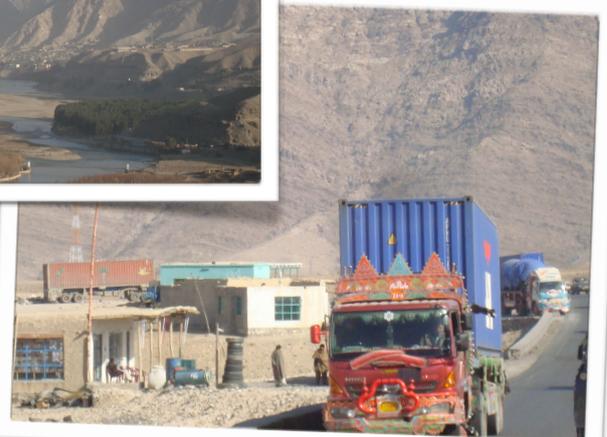
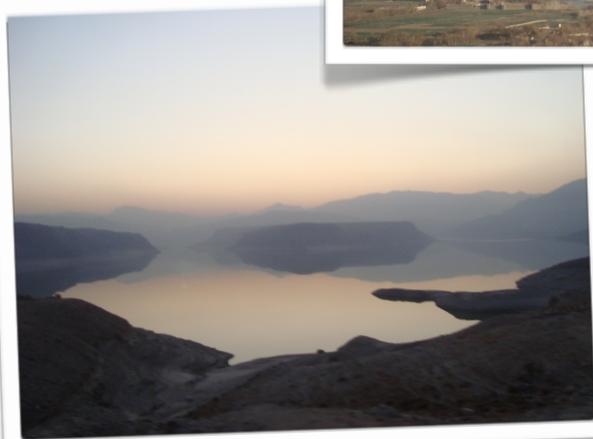
Président du jury

Pr D Malvy

---

Année 2010- 2011

# Aide au développement du système de santé du district de Surobi- Afghanistan



Présenté par :  
Dr DUFOUR-GAUME Frédérique

Directeur :  
Dr LABORDE Thomas

Rapporteur:  
Pr CUISINIER-RAYNAL Jean Claude



# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	4
<b>Connaître le contexte pour mieux définir l'action</b> .....	5
<b>1. L'Afghanistan en général</b> .....	5
<b>1.1. Géographie et divisions administratives</b> .....	5
1.1.1. <u>Les 31 provinces afghanes:</u> .....	6
1.1.1. <u>Parmi les districts de la province de Kaboul, la Surobi à l'Est:</u> .....	6
<b>1.2. Population</b> .....	6
<b>1.3. Histoire récente</b> .....	8
<b>1.4. Situation sanitaire</b> .....	9
1.4.1. <u>Les risques sanitaires en Afghanistan</u> .....	9
1.4.2. <u>Etat du système de santé</u> .....	10
1.4.3. <u>Le Secteur Pharmaceutique</u> .....	11
1.4.4. <u>Organisation du système sanitaire</u> .....	12
1.4.5. <u>L'aide internationale</u> .....	14
1.4.1. <u>L'action française pour la Santé:</u> .....	14
<b>1.5. La situation de conflit armé</b> .....	15
1.5.1. <u>Etat des lieux</u> .....	15
1.5.2. <u>La présence militaire française en Afghanistan</u> .....	16
<b>2. La Surobi en particulier</b> .....	17
<b>2.1. Le district de Surobi:</b> .....	17
2.1.1. <u>Situation géographique:</u> .....	17
2.1.2. <u>Le système de Santé dans la région</u> .....	17
<b>2.2. Le conflit dans la région et ses implications médicales</b> .....	18
<b>2.3. Les moyens dont nous disposons</b> .....	19
<b>2.4. Les CIMIC et le GIACM</b> .....	19

<b>L'aide au développement du système de soins en Surobi</b> .....	20
<b>1. Comment s'est fait ressentir le besoin d'aider au développement du système de soins en Surobi</b> .....	20
<b>2. Les axes d'aide au développement du système de soins en Surobi</b> .....	21
<b>2.1. Aider au développement des structures médicales.</b> .....	21
2.1.1. <u>L'aide au développement de l'hôpital de Surobi</u> .....	22
2.1.1.1. <i>Le point sur l'hôpital de Surobi</i> .....	22
2.1.1.2. <i>L'aide apportée à l'hôpital de Surobi</i> .....	22
2.1.2. <u>L'aide au développement du dispensaire de Payendakhel</u> .....	26
<b>2.2. Servir de service d'urgences de seconde ligne lorsque le système local est dépassé.</b> .....	27
<b>Les leçons de cette expérience d'aide au développement des structures de soins locales</b> .....	29
<b>1. Notre action au quotidien</b> .....	29
<b>2. La particularité de l'hôpital de Surobi</b> .....	29
<b>3. Le contre-exemple du dispensaire de Payendakhel</b> .....	30
<b>4. Les leçons de cette expérience d'aide au développement des structures de soins locales</b> .....	31
4.1. <b>Connaître le contexte</b> .....	31
4.2. <b>Prendre en compte l'aspect sécuritaire</b> .....	31
4.3. <b>Connaître la culture et les traditions locales, dépasser nos propres préjugés</b> .....	32
4.4. <b>Apporter une aide proportionnée à la structure</b> .....	32
4.5. <b>Le développement d'une relation de confiance avec le directeur de la structure de soins</b> .....	32
4.6. <b>Respecter le réseau de soins déjà existant</b> .....	32
<b>Conclusion</b> .....	33
<b>Bibliographie</b> .....	34
<b>Annexes</b> .....	35

# RÉSUMÉ

En tant que médecins du 2<sup>ème</sup> Régiment d'Infanterie de Marine, nous avons passé six mois dans le district de Surobi, Afghanistan, de décembre 2010 à juin 2011. Dès le début de notre séjour, nous avons pris contact avec le directeur de l'hôpital du district. Au cours de nos différentes missions dans les villages, nous avons également eu un contact particulier avec la population et les membres de plusieurs dispensaires. Il s'est alors avéré évident qu'il y avait un gouffre entre le programme sanitaire du gouvernement afghan et la réalité quotidienne : au désir d'un maillage sanitaire de proximité, s'oppose un manque criant de moyens humains et matériels.

Face à ce constat, nous avons décidé d'apporter notre aide au réseau de soins local. Mais nos propres moyens étaient limités et nous ne voulions pas interférer avec les quelques structures déjà existantes. Nous avons donc préféré fournir du matériel pour favoriser le développement des structures sanitaires et n'assurer que des consultations d'urgences de seconde ligne, sur demande des médecins locaux. Nous avons alors pris contact avec deux structures sanitaires en particulier : l'hôpital de Surobi et le dispensaire de Payendakhel.

Cette action a rempli ses objectifs concernant l'hôpital de Surobi, pour lequel nous avons obtenu de nombreux matériels. Les conditions d'insécurité et les difficultés relationnelles avec le directeur du dispensaire de Payendakhel ont freiné notre aide envers cette structure.

Parallèlement, nous avons pris en charge de nombreuses urgences, en collaboration avec l'hôpital de Surobi.

Cette action nous a apporté une expérience très complète de la façon la plus efficace et réaliste d'apporter notre aide aux structures sanitaires d'une région marquée par un conflit armé complexe, et par des difficultés d'approvisionnement et de développement. Elle a assuré un effet bénéfique durable à notre séjour dans la région en fournissant à l'hôpital de Surobi les moyens de répondre à la demande de soins de la population. Elle a également ouvert la porte à des relations d'échanges entre les équipes médicales françaises et les dignitaires de villages jusque-là très méfiants vis-à-vis des étrangers.

# Introduction

*En tant que médecin au 2ème Régiment d'Infanterie de Marine (2ème RIMa), nous avons participé à une mission de 6 mois en Afghanistan durant laquelle nous avons été déployés dans la région de Surobi. Notre mission prioritaire était le soutien des soldats présents sur le théâtre d'opérations. Toutefois, de par leur histoire, le Service de Santé des Armées et les « French doctors » en général sont réputés pour participer au développement sanitaire des régions du monde où ils se trouvent. C'est dans cette optique que nous avons décidé de poursuivre l'aide médicale à la population mise en place en même temps que les premières troupes françaises dans le pays en 2001. Sauf qu'en Afghanistan, les médecins et les paramédicaux existent déjà, de même que les structures médicales. Mis à mal par le conflit armé, ce réseau sanitaire est fragile, mal équipé, insuffisamment formé. L'objectif de notre travail a donc été de renforcer ce réseau déjà existant et de l'aider à se développer durablement. Il n'a s'agit en aucun cas de remplacer les structures sanitaires déjà existantes par le « détournement » des patients qui auraient pu être tentés de venir dans des locaux français, mieux équipés et mieux approvisionnés en médicaments. L'objectif était bien d'aider au développement et à l'indépendance d'un système qui devait être capable d'assurer au mieux la prise en charge de la population locale, même après notre départ.*

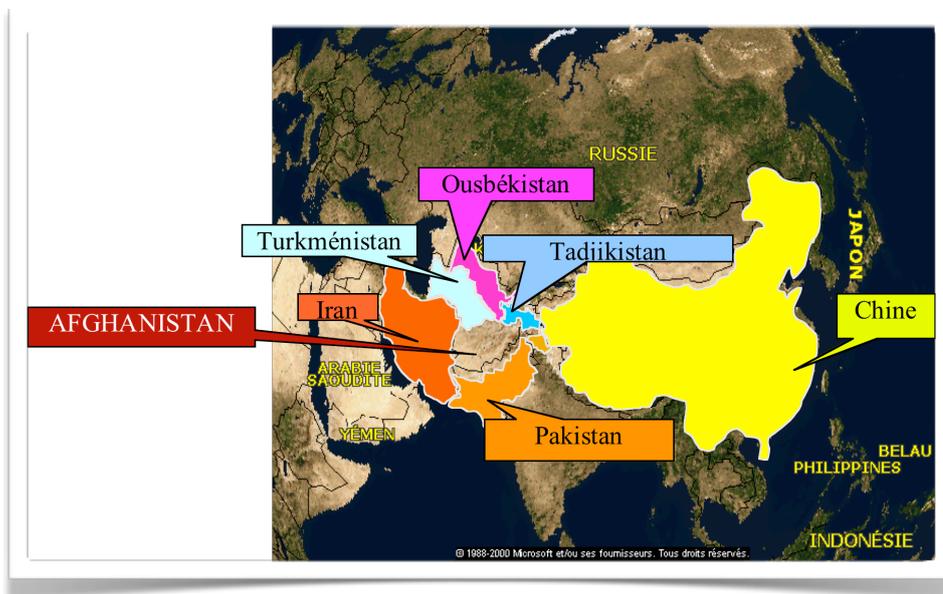
# Connaître le contexte pour mieux définir l'action

## 1. L'Afghanistan en général

L'Afghanistan, en pachto Afghānistān et en persan Afghānestān, est un pays d'Asie du Sud-Ouest. Cet état est enclavé, entouré par 6 pays dont certains très influents dans cette région du monde:

- Au nord : le Turkménistan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan
- A l'ouest : l'Iran
- Au sud et à l'est : le Pakistan
- Au nord-est: le corridor de Wakhan relie le pays au Xinjiang chinois.

La capitale de l'Afghanistan est Kaboul, ville de 3 millions d'habitants située au nord-est du pays. (2)



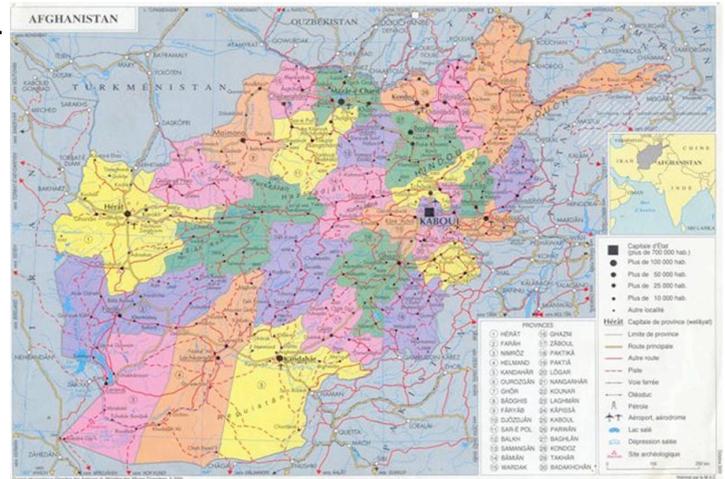
### 1.1. Géographie et divisions administratives

L'Afghanistan est un pays essentiellement montagneux. Les basses terres ne dépassent pas 10% de sa superficie. Elles correspondent aux vallées fluviales du Nord et à plusieurs plaines désertiques du Sud et du Sud-Ouest. Le reste du pays est formé par la montagne, 40% des terres étant situées entre 1 500 et 2 000 m d'altitude.

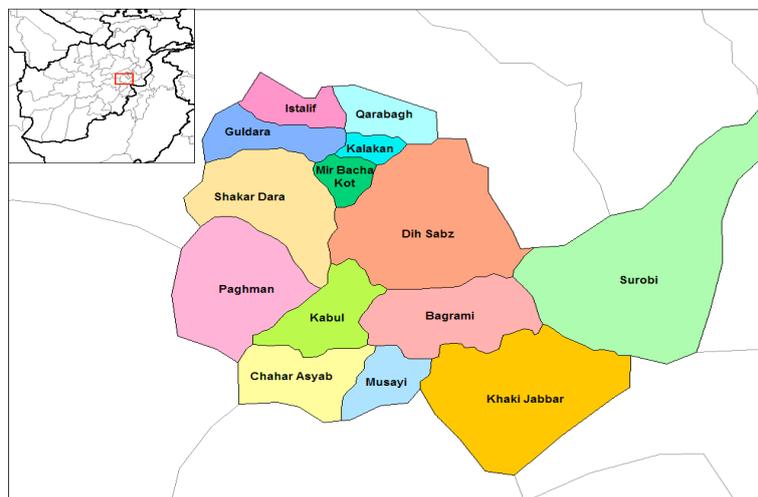
Le climat aride et le terrain montagneux expliquent en majeure partie l'exploitation très faible du sol : 75% des terres d'Afghanistan sont improductives. Les plus grandes étendues de terres arables se trouvent dans les vallées fertiles et facilement irrigables du Nord.

### 1.1.1. Les 31 provinces afghanes:

L'Afghanistan est divisé en 31 provinces dirigées chacune par un gouverneur nommé par le gouvernement central. Les provinces sont divisées en districts et sous-districts. Kaboul, la capitale, commande les routes vitales qui passent à travers les défilés.



### 1.1.2. Parmi les districts de la province de Kaboul, la Surobi à l'Est:



## 1.2. Population

La population, essentiellement rurale, comprend 4 principaux groupes ethniques:

- Les Pachtounes: ils constituent environ 40% de la population totale. Avant la guerre civile, ils étaient nomades et organisés en tribus.
- Les Tadjiks: de descendance iranienne, ils représentent environ 25% de la population.
- Les Hazaras (15%) : ils constituent la tranche la plus pauvre de la population et sont considérés comme des « intouchables » par les autres groupes ethniques.
- Les Ouzbeks : ils constituent 9 % de la population.



En dehors de ces 4 groupes principaux, la population afghane comprend également de très nombreuses minorités (Kirghizes, Turkmènes, Arabes, Nouristanis, Baloutches). L'hétérogénéité ethnique se retrouve dans les langues parlées à travers le pays: une trentaine sont parlées dans le pays. Le pachto et le farsi, tous deux de la famille des langues iraniennes, sont les langues officielles de l'Afghanistan. L'ouzbek, le turcoman, et le kirghize prédominent dans les régions frontalières.

Cette hétérogénéité linguistique et culturelle constitue un véritable défi pour les étrangers qui cherchent à créer des contacts avec la population locale. Chaque nouvelle rencontre peut être compromise par la barrière linguistique entre les gens d'un village et l'interprète, même si celui-ci est afghan.

La population afghane est à 99% musulmane (84% de Sunnites, 15% de chi'ites). Les années de dictature talibane ont laissées des marques profondes dans la vie quotidienne afghane: port de la burka, non systématique mais encore extrêmement fréquent surtout dans les zones rurales, interdiction aux hommes de voir une femme en dehors du cadre familial (lorsque les femmes traversent la cour d'une maison ou la rue, les hommes doivent détourner le regard), place de la femme dans la société et au sein des familles.

Ces traditions vont également à l'encontre de l'ouverture vers les étrangers. Et même si le code d'honneur afghan exige d'accueillir un étranger qui demande asile, celui-ci restera toujours extérieur à la tribu.

La culture afghane est traditionnellement de transmission orale. Dans les années 90, suite à la guerre, seuls 15,5% des jeunes de 12 à 17 ans étaient scolarisés. En 2000, le taux d'alphabétisation atteint difficilement 36,3% de la population, tandis que seulement 1% des jeunes fréquentent les institutions de l'enseignement supérieur. Sous le régime des talibans, l'école est interdite aux filles. Depuis 2001, la restauration du système éducatif a permis la scolarisation de plus de six millions d'enfants, dont un tiers de filles. L'accès des filles à l'école reste malgré tout très sporadique dans les villages éloignés des grandes villes. Leur accès aux études supérieures est exceptionnel, ce qui pose des problèmes de recrutement pour les professions de santé. (1,2)

Ainsi l'Afghanistan est un pays à la culture extrêmement riche mais aussi complexe et peu encline à accepter l'étranger, même si l'objectif de celui-ci est d'apporter des soins à la population. En outre, les règles de vie imposées par les talibans sont encore très présentes. Elles entravent les échanges avec les habitants et le développement de l'éducation des enfants, en particulier des filles.

### **1.3. Histoire récente (1)**

L' Afghanistan est situé au carrefour de l'Asie centrale, du sous-continent indien et du Moyen-Orient. Cette position stratégique a fait du pays le point de passage de nombreuses invasions et le théâtre de rivalités internationales toujours d'actualité.

L'histoire récente, et toujours très mouvementée de l'Afghanistan, est marquée par la chute du roi Zaher Shah en 1973 et la proclamation de la république. La Constitution promulguée en février 1977, donnant les pleins pouvoirs au président, fait de l'Afghanistan un régime à parti unique, avec l'Islam pour religion d'État. Les pouvoirs législatifs sont dévolus à un Parlement, la Shura (terme désignant une assemblée d'Anciens et qui se retrouve au niveau des villages où « les barbes blanches », tel qu'ils se nomment eux-mêmes, se réunissent parfois pour discuter des points importants impliquant la communauté). Celle-ci comprend alors deux Chambres. Cette Constitution est suspendue en avril 1978 à la suite d'un coup d'État, et le Conseil Révolutionnaire devient le principal corps gouvernemental du pays.

S'en suit l'invasion du pays par les troupes russes et une guerre meurtrière de 1979 à 1989. À la suite du retrait des troupes soviétiques, un Conseil Intérimaire prend le pouvoir. L'élection présidentielle a lieu en décembre 1992. Mais dans un contexte de guerre civile, le véritable pouvoir est détenu par les chefs des bandes armées dans les différentes régions, et le fonctionnement du système judiciaire et administratif reste surtout théorique. Après la prise de Kaboul par les talibans en septembre 1996, la situation institutionnelle demeure confuse. Les régions du Hazarajat, du Panshir et du Nord sont toujours sous l'autorité des opposants. L'ONU n'accepte pas la mainmise des talibans sur la majeure partie du pays et ne reconnaît que le gouvernement mis en place le 28 juin 1992 par Burhanuddin Rabbani.

L'engagement de l'OTAN dans le pays à la fin de l'année 2001 permet la chute du régime taliban et l'instauration d'un gouvernement multi-ethnique. Le pays entre alors dans une phase de reconstruction politique et institutionnelle. En juin 2002, la Loya Jirga, grand conseil de chefs tribaux rassemblant plus de 1 500 délégués, élit le leader royaliste pachtoune Hamid Karzaï à la tête d'un gouvernement de transition. De retour en Afghanistan après vingt-neuf ans d'exil, l'ancien roi Zaher Shah, qui incarne l'unité retrouvée du pays, reçoit le titre honorifique et symbolique de « Père de la Nation ». Malgré tout, la présence d'un gouvernement multi-ethnique bouleverse, les rapports hiérarchiques anciens entre les tribus fortes pachtounes et les minorités telles que les hazaras.

Une nouvelle Constitution est adoptée en janvier 2004 par la Loya Jirga. Elle proclame la République Islamique d'Afghanistan. Affirmant que la religion de l'État est l'Islam, elle garantit toutefois la liberté de culte pour les autres religions. Elle ne proclame pas la Charia (loi islamique) mais précise qu'aucune loi ne peut être « contraire à la religion sacrée », et instaure un système judiciaire indépendant. L'égalité de l'homme et de la femme devant la loi est reconnue, tandis que des quotas sont instaurés pour assurer la représentation des femmes au Parlement. Enfin, la Constitution protège également les droits linguistiques des minorités.

Malgré tous ces changements, la population a du mal à accepter le régime en place qui a l'inconvénient d'être soutenu par l'OTAN dont la présence n'est guère appréciée des habitants, et qui s'avère peu représentatif des règles et des rapports de force tribaux. (1)

## 1.4. Situation sanitaire

En 2008, l'espérance de vie en Afghanistan est de 44 ans (2), et en 2005 la mortalité infantile atteint 163‰. Un enfant sur 5 n'arrive pas à l'âge de 5 ans. Le nomadisme à la base de la société afghane est en voie de disparition, mais celle-ci reste essentiellement rurale. Trois quarts de la population habitent dans les zones rurales où il existe peu de services de base de santé publique (1).

### 1.4.1. Les risques sanitaires en Afghanistan (1)

Principaux risques sanitaires présents en Afghanistan:

-Paludisme : Chimiosensibilité de *P. falciparum* : Groupe III ; Période de transmission : mai à fin novembre. Espèces plasmodiales présentes : *Pl. vivax* et *Pl. falciparum* ; Zones à risque : zones rurales au-dessous de 2000m. Pas de paludisme urbain.

-Transmission digestive : Diarrhée des voyageurs ; Fièvre typhoïde ; Parasitoses intestinales ; Hépatite A, Poliomyélite.

-Transmission cutanée : -Directe : Ankylostomiase,  
-Par Vecteur : Leishmaniose cutanée et viscérale  
-Par Morsure : Rage

-Transmission sexuelle : Toutes les MST, dont l'hépatite à HBV, l'infection à HIV 1.

-L'hygiène: elle est préoccupante dans tout le pays, compte tenu de la destruction d'une partie des réseaux d'assainissement. Il n'y a pas d'eau potable ni de tout à l'égout dans les villages et la plupart des villes.

### Tableau des risques rencontrés localement (en gras ceux potentiellement graves) (1)

Risques Viraux	Risques Bactériens	Risques Parasitaires	Autres Risques
<b>Arboviroses</b>	Brucellose	Fasciolase	<b>AVP</b>
<b>Hépatites virales</b>	<b>Charbon</b>	Helminthiases intestinales	<b>Envenimations</b> (scorpions)
Poliomyélite	<b>Choléra</b>	Hydatidose <b>Leishmanioses</b>	<b>Mal des montagnes</b>
<b>Rage</b>	<b>Diarrhées bactériennes</b>	<b>Paludisme</b>	<b>Maladies animales</b>
Rougeole	Diptérie	<b>Protozooses</b> intestinales	<b>Péril fécal</b>
<b>Sida</b>	<b>Fièvre récurrente à tique</b>		
	Fièvre typhoïde		
	Lèpre		
	<b>Leptospiroses</b>		
	<b>MTS bactériennes</b>		
	Rickettsioses		
	Trachome		
	<b>Tuberculose</b>		

### **1.4.2. Etat du système de santé**

Avec un environnement et des infrastructures sanitaires quasi inexistantes en 2001, l'Afghanistan se classait, selon l'indice de développement social du PNUD 169<sup>ème</sup> sur 175 pays. La restructuration des services de santé et le recrutement sont difficiles et durs à financer. Ainsi, l'OMS évaluait en 2002 les besoins financiers dans le domaine de la santé à 50-60 MUSS\$/an pendant les 10 prochaines années. (2)

Bon nombre de professionnels de la Santé ont quitté le pays durant la présence talibane. Actuellement, les faibles salaires et le manque de matériel n'attirent pas les jeunes générations. Le secteur de la santé emploie environ 2.300 médecins et 6.000 agents, soit un effectif très inférieur aux besoins du pays. La répartition de ces effectifs est inégale avec une concentration à Kaboul d'environ 68% des médecins et 63% des agents de santé.

En Afghanistan, les médecins sont formés dans les différentes universités réparties dans les grandes villes (Kaboul, Herat, Djalalabad, Mazar e Sharif...). Ces universités reconnues sont gérées par le ministère de l'enseignement supérieur, tandis que l'on trouve en parallèle quelques universités « pirates ». Pour les infirmiers, les écoles dépendent soit du Ministère de la Santé soit du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

700 centres de soins sont recensés en Afghanistan. Ils ont des moyens très limités voire quasiment inexistantes et offrent uniquement des services de santé de base. 8.000 lits sont répartis dans environ une centaine de centres hospitaliers. Ces infrastructures sont loin de couvrir les besoins du pays et sont inégalement réparties sur le territoire, à l'image des personnels sanitaires. Par ailleurs, leur fonctionnement est très précaire. La plupart des structures qualifiées d'hôpital ne disposent pas de moyens appropriés et ne sont pas adaptées à toutes les spécialités, avec notamment des blocs opératoires rustiques et sous équipés. Il en existe 28 à Kaboul totalisant 3.400 lits, dont 12 de plus de 100 lits. 13 centres sur 28 sont dans un état déplorable. Il existe également six centres orthopédiques en Afghanistan (Kaboul, Hérat, Mazar-e-Sharif, Jalalabad, Gulbahar, et Faizalabad). Ces centres sont gérés par la Croix rouge. Celle-ci apporte son soutien également aux 12 principaux hôpitaux du pays. Les seuls lits de réanimation adaptés à la prise en charge de patients lourds sont ceux de la Force Internationale d'Assistance à la Sécurité (ISAF), dont fait partie la France.

Face à ce système en mauvais état, les autorités afghanes se sont fixé plusieurs objectifs prioritaires:

- La réduction du taux de mortalité infantile. Pour cela, un programme de santé néo-natal a déjà été mis en place. Il se focalise sur l'accès aux divers services de la santé par le public dans les zones rurales. Les services gouvernementaux ont lancé un programme de vaccination infantile : 6 M d'enfants ont d'ores et déjà pu bénéficier de cette campagne. Des petits centres de santé ont également été créés.

- L'amélioration des infrastructures.

- Une meilleure gestion et utilisation des ressources.

- La coordination et la définition des rôles entre le gouvernement central et les gouvernements régionaux. (1)

### **Focus sur le système de vaccination en Afghanistan:**

Le programme de vaccination afghan s'appelle le national EPI. Le comité de vaccination chargé de le coordonner travaille avec l'aide internationale indispensable pour l'approvisionnement en doses vaccinales. Toutefois, le Ministère de la Santé souhaite établir ce programme dans la durée. Il ne veut pas y intégrer d'autres vaccins qui ne puissent pas être généralisés à l'ensemble du territoire. Ainsi, par soucis d'égalité entre les régions et de développement d'une action de prévention durable, les dons ponctuels de vaccins sont régulièrement refusés car inadaptés.

Le national EPI afghan inclut uniquement les enfants de moins de 1 an et les femmes de 15 à 45 ans. Les vaccins concernés par le programme sont:

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite (infection toujours présente en Afghanistan et dans certains des pays adjacents)
- Coqueluche
- Hépatite B
- Haemophilus influenzae B
- BCG
- Rougeole

Les vaccins sont fournis par des donateurs réguliers et validés par le groupe de travail ministériel. Ils sont distribués dans les centres de stockages des 7 principales provinces qui les répartissent ensuite dans les centres de soins en fonction de l'estimation du nombre de personnes à vacciner. Les familles qui habitent dans un rayon de 2 km autour des structures sanitaires possédant des lots vaccinaux viennent dans le centre se faire vacciner. Lorsqu'elles habitent entre 2 et 5 km des centres, ce sont les personnels médicaux qui se déplacent. Au-delà de 5 km, se sont des équipes mobiles spéciales qui ont en charge la vaccination des villages. Chaque personne vaccinée se voit remettre un carnet de vaccination. La typhoïde ne fait pas partie du programme de vaccination. Ce vaccin n'est administré qu'aux militaires en prévention des épidémies.(1)

### **1.4.3. Le Secteur Pharmaceutique**

Ce sous-secteur a beaucoup souffert au cours de la décennie écoulée. Toutes les fonctions de base (achats, production, réglementation, qualité, distribution et utilisation) des médicaments sont désorganisées. Les unités de production ont été détruites pendant la guerre. La production locale de médicaments est quasi-inexistante. Il n'existe pas non plus de réglementation sur les médicaments ni de système centralisé de distribution des médicaments dans le pays.

Un comité de veille suit l'approvisionnement et la distribution des médicaments de base. Le ministère de la Santé Publique souhaite reconstruire les laboratoires de production. Pour l'heure, en dehors des approvisionnements de médicaments gratuits par les ONG et les organisations multilatérales, l'Afghanistan a recours à des importations de génériques en provenance de l'Inde, à des prix particulièrement compétitifs.

En 2001, le ministère de la santé publique a procédé à des achats de médicaments pour un montant de 100.000 US\$, montant très insuffisant pour couvrir les besoins. (1,2)

#### **1.4.4. Organisation du système sanitaire (1,2)**

Tout d'abord il faut savoir que le secteur privé est très important en Afghanistan. Avec 50% des soins, il s'agit d'un secteur très profitable. Toutefois, le gouvernement afghan œuvre pour le développement d'un secteur public gratuit et efficace en mettant en place un réseau de soins couvrant l'ensemble de la population.

Ce réseau se base sur 4 types de structures sanitaires:

- Les personnels médicaux de communauté (CHW)
- Les dispensaires (BHC)
- Les centres de soins principaux (CHC)
- les hôpitaux de district (DH)

##### **-a) Les personnels de santé communautaire (Community Health Workers, CHW):**

Ils proposent des soins de base tels que le diagnostic et le traitement du paludisme, des diarrhées et des infections respiratoires aiguës, la distribution des moyens contraceptifs. Les personnels féminins s'occupent des accouchements non compliqués. Ces personnels gèrent également les « points santé », autour des missions:

- d'éducation à la santé et à la nutrition
- d'identification des symptômes et des maladies des nouveaux-nés
- des conseils et suivi en matière de planning familial, de contraception et d'allaitement.
- de prise en charge des cas de diarrhées, fièvre, malaria,
- de transfert en cas de complications,
- d'identification, transfert et information des patients en cas de tuberculose,
- de fourniture de produits de santé à la communauté,
- de compte rendu auprès des CHC.



Entrée d'une maison où l'on peut trouver un Community Health Worker

La répartition des agents de santé communautaire et de leurs points de santé est d'environ 1 pour 1000 habitants. Ces personnels, trop nombreux pour être tous payés, sont plus ou moins bénévoles, d'où des problèmes de motivation et des détournements de matériels.

##### **-b) Les soins externes assurés par les dispensaires (Basic Health Centers, BHC).**

Ce sont de petites structures de type dispensaire qui assurent:

- les consultations externes
- le suivi pré et post-natal, les accouchements non compliqués, le planning familial
- la prévention des épidémies et la vaccination
- la gestion des maladies infantiles
- la prise en charge du paludisme et de la tuberculose (protocole DOTS)
- le suivi des personnes handicapées.
- la distribution des médicaments de base
- la petite chirurgie.

Ils supervisent également les postes de santé de leur secteur. Une équipe-type de dispensaire est constituée d'un infirmier, une sage-femme et deux aides-soignants. Ils prennent en charge entre 15 000 et 30 000 personnes. La présence d'une féminine dans l'équipe est primordiale pour l'accès aux soins des femmes.



Dispensaire de Payendakhel:  
structure de type BHC

### **-c) Les hospitalisations simples dans les centres de soins principaux (Compréhensives Health Centers, CHC).**

Ces centres constituent les équipements de santé de référence. Ils prennent en charge:

- des consultations externes
- des accouchements avec complications
- des actions contre la malnutrition
- des cas de paludisme grave
- des hospitalisations
- la vaccination
- les handicaps physiques et mentaux
- la petite chirurgie.

Ils disposent de quelques lits d'hospitalisation et d'un laboratoire. Ils drainent 30 000 à 60 000 personnes. Ils ont normalement au moins un médecin, un pharmacien et un technicien de laboratoire en plus par rapport aux dispensaires. Ils doivent également avoir du personnel féminin.

### **-d) Les services assurés par les hôpitaux de district (District Hospital, DH).**

Les hôpitaux de district sont prévus pour répondre à tous les services sanitaires prévus par le Ministère de la Santé. Cela inclut la chirurgie, la radiologie et l'obstétrique d'urgence. Leur laboratoire et leur pharmacie sont plus développés que ceux des centres de soins principaux. Leur personnel est normalement constitué de médecins, chirurgiens, anesthésistes, pédiatres, gynéco-obstétriciens féminins, techniciens de laboratoire et de radiologie, un pharmacien, un dentiste et un prothésiste. Malheureusement, beaucoup de praticiennes féminines refusent de travailler en zone rurale du fait des faibles salaires et de l'insécurité. La société des sages-femmes pallie à ce manque par la formation accélérée de femmes vivant en zone rurale. Les hôpitaux de district drainent 100 000 à 300 000 personnes.



Hôpital de Surobi: hôpital de district

En plus de ces 4 niveaux de soins, le gouvernement afghan cherche à développer des dispensaires mobiles formés d'une équipe motorisée de 4 personnes: un médecin, un ambulancier, un infirmier, un pharmacien. Ils se déplacent au plus près des populations isolées. Ils proposent des soins de base, un suivi de grossesse, des services de planning familial, des médicaments de base, des conseils sanitaires.

Au-delà des hôpitaux de district, on trouve également des hôpitaux provinciaux et régionaux, structures plus conséquentes et théoriquement capables de traiter les patients adressés par les hôpitaux de district.

L'ensemble des missions dévolues à chaque centre de santé forme le « Basic Package of Health Services » (BPHS).

Parallèlement à ce système national de soins, le besoin de prendre en charge d'autres pathologies plus spécialisées a poussé au développement de structures hospitalières hors BPHS. Par exemple, à Kaboul se trouvent un hôpital spécialisé mère-enfant et un centre de traitement des brûlés.

#### **1.4.5. L'aide internationale:**

Le financement du BPHS est largement subordonné à l'aide internationale. L'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale et la Banque Asiatique de Développement mettent l'accent sur la nutrition, le planning familial, les maladies transmissibles, la création d'infrastructures de base et un plan directeur de la santé publique.

D'autres organismes internationaux comme CIDA (Agence Canadienne pour le Développement International) et JICA (Agence Japonaise pour la Coopération Internationale) sont également impliqués dans des programmes de restructuration.

Dans tous les cas, les dons des organismes gouvernementaux ou non sont théoriquement centralisés au niveau du Ministère des Finances. En pratique les dons parviennent très souvent directement aux ONG retenues à l'issue d'un appel à projet. Les principaux donateurs sont USAid, la World Bank, l'Union Européenne et l'Aga Khan Foundation. A noter que de plus en plus d'ONG internationales sous-traitent avec des associations ou des entreprises locales.

Malgré une volonté d'harmoniser la distribution de l'aide internationale vers le développement des centres de soins, la réalité est bien moins rigoureuse.

#### **1.4.6. L'action française pour la Santé:**

Dans ce contexte d'aide internationale, la France concentre ses efforts sur les actions de formation des professionnels de santé et sur la reconstruction du système des banques du sang. La formation des professionnels de santé a lieu au niveau des hôpitaux universitaires et des facultés de médecine et de pharmacie de Kaboul. Les réalisations en cours sont :

- Faculté de pharmacie : rééquipement des laboratoires de travaux pratiques, réforme du curriculum, organisation des stages hospitaliers des étudiants.
- Soutien à certains services des hôpitaux universitaires : urologie, neurochirurgie, ORL et pédiatrie.
- Formation au management pour les directeurs d'hôpitaux. (2)

Pour remplir ces objectifs, des experts du milieu hospitalier et universitaire français se rendent régulièrement et de façon suivie dans les hôpitaux et les facultés soutenues pour y travailler avec leurs homologues afghans. De jeunes professionnels afghans sont par ailleurs régulièrement invités dans les hôpitaux et facultés françaises où ils effectuent des stages et participent à différentes sessions d'enseignement. Enfin, un assistant technique, médecin de santé publique, participe à différents groupes de travail du Ministère de la Santé.

Parallèlement à l'effort de formation, l'Agence Française de Développement (AFD) consacre 8 millions d'euros sur quatre ans à la réhabilitation des banques du sang de Kaboul et des quatre villes principales du pays. La sécurité des transfusions impose des tests rigoureux et des conditions de conservation optimales. C'est pourquoi le projet inclut aussi le laboratoire central de Kaboul et les laboratoires de la plus grande maternité et de l'hôpital des maladies infectieuses de Kaboul. (2)

### **Quelques exemples concrets d'aide au développement du système sanitaire afghan:**

-Une mission de l'Université Claude Bernard de Lyon 1, mobilisée par l'Ambassade de France, est venue en mai 2002 à Kaboul pour évaluer les besoins et les possibilités. En 2003, l'Institut Médical de Kaboul a mené, en lien avec la Cellule Santé de l'Ambassade et la faculté de Lyon, un travail sur la réforme du programme des études médicales. Celui-ci a été finalisé en mai 2004. Entre temps, la remise en place des hôpitaux universitaires de Kaboul, a permis une réorientation de l'aide française vers des missions hospitalo-universitaires, pilotées par les Hospices Civils de Lyon et la Cellule Santé de l'Ambassade de France. (3)

-L'Ambassade de France soutient un hôpital spécialisé en chirurgie pédiatrique de pointe créé à l'initiative de l'ONG Enfants Afghans-Chaîne de l'Espoir, en partenariat avec la fondation Aga Khan. Cet institut médical, pour lequel la France contribue à former une partie du personnel médical, a été inauguré en avril 2006. (2)

## **1.5. La situation de conflit armé**

### **1.5.1. Etat des lieux**

L'Afghanistan est confronté à un conflit armé qui voit des groupes d'insurgés s'opposer au pouvoir actuel, avec des implications politiques, religieuses, mafieuses... Dans ce contexte de crise sécuritaire, la Conférence de Londres du 28 janvier 2010 a donné une impulsion nouvelle à la recherche d'une solution politique en soutenant le lancement d'un nouveau programme national pour la paix et la réintégration, transparent et inclusif. Initiative du président afghan annoncée à la Conférence de Londres, la Jirga de paix, qui s'est tenue à Kaboul du 2 au 4 juin 2010, a formellement validé un cadre de négociation avec l'opposition armée. Ce processus respecte strictement certains points clefs fixés par les autorités afghanes elles-mêmes. Il s'agit du respect de la Constitution de 2004 et des Droits de l'Homme, en particulier des droits de la femme, du renoncement à la violence et de l'absence de liens avec le terrorisme international.

Malgré tous ces efforts pour apaiser le pays, l'insécurité reste la règle dans la vie quotidienne. Afin de limiter les risques, les organisations non gouvernementales qui choisissent d'être présentes en Afghanistan limitent la présence du personnel expatrié. Elles ont recours en priorité à des collaborateurs afghans pour toutes leurs missions sur le terrain. Malheureusement, même en respectant les règles de sécurité draconiennes en vigueur dans le pays, le séjour en Afghanistan des expatriés comporte toujours des dangers. Le caractère humanitaire de leur action ne les protège pas des risques de terrorisme, de violence criminelle ou d'enlèvement. Ainsi, le 4 août 2010, dix médecins et travailleurs humanitaires dont 6 Américains, une Britannique, une Allemande, ont été assassinés dans la province du Badakhshan, dans le Nord-est du pays, alors qu'ils rentraient sur Kaboul au terme d'une mission d'aide médicale. L'insécurité générale qui règne dans le pays n'épargne aucune région, pas même la capitale, régulièrement victime d'attaques terroristes meurtrières. (2)

Dans ce contexte particulièrement difficile, l'action humanitaire est entravée et pour l'essentiel limitée aux zones les mieux contrôlées, c'est à dire essentiellement les villes, avec en priorité Kaboul où la présence étrangère est la plus forte.

### **1.5.2. La présence militaire française en Afghanistan**

La France a actuellement en Afghanistan un contingent de 3850 hommes au sein de la Force Internationale d'Assistance à la Sécurité (ISAF), présente dans le pays depuis 2001. La mission de ce contingent est d'aider le gouvernement afghan à restaurer la sécurité dans la zone de responsabilité attribuée à la France par la communauté internationale. Les forces françaises sont ainsi principalement engagées dans la région Centre-Est et plus particulièrement à Kaboul, en Surobi et en Kapisa. Deux formations différentes cohabitent:

-D'une part la Task Force Lafayette qui comprend les unités suivantes :

- Un état-major installé en Kapisa.
- Deux groupements tactiques interarmes déployés en Kapisa et en Surobi.
- Un bataillon d'hélicoptères déployé sur l'aéroport de Kaboul.
- Un bataillon de commandement et de soutien installé à Kaboul.

-D'autre part les OMLT (Operational and Mentoring Liaison Teams) et POMLT (Police Operational and Mentoring Liaison Teams) : ces éléments ont la particularité d'être intégrés dans les unités de l'Armée et de la Police Nationales Afghanes (ANA et ANP). Les OMLT et POMLT vivent la vie de leurs homologues afghans, participent à toutes leurs activités opérationnelles et assurent leur formation, notamment dans le domaine de la santé.

## 2. La Surobi en particulier

### 2.1. Le district de Surobi:

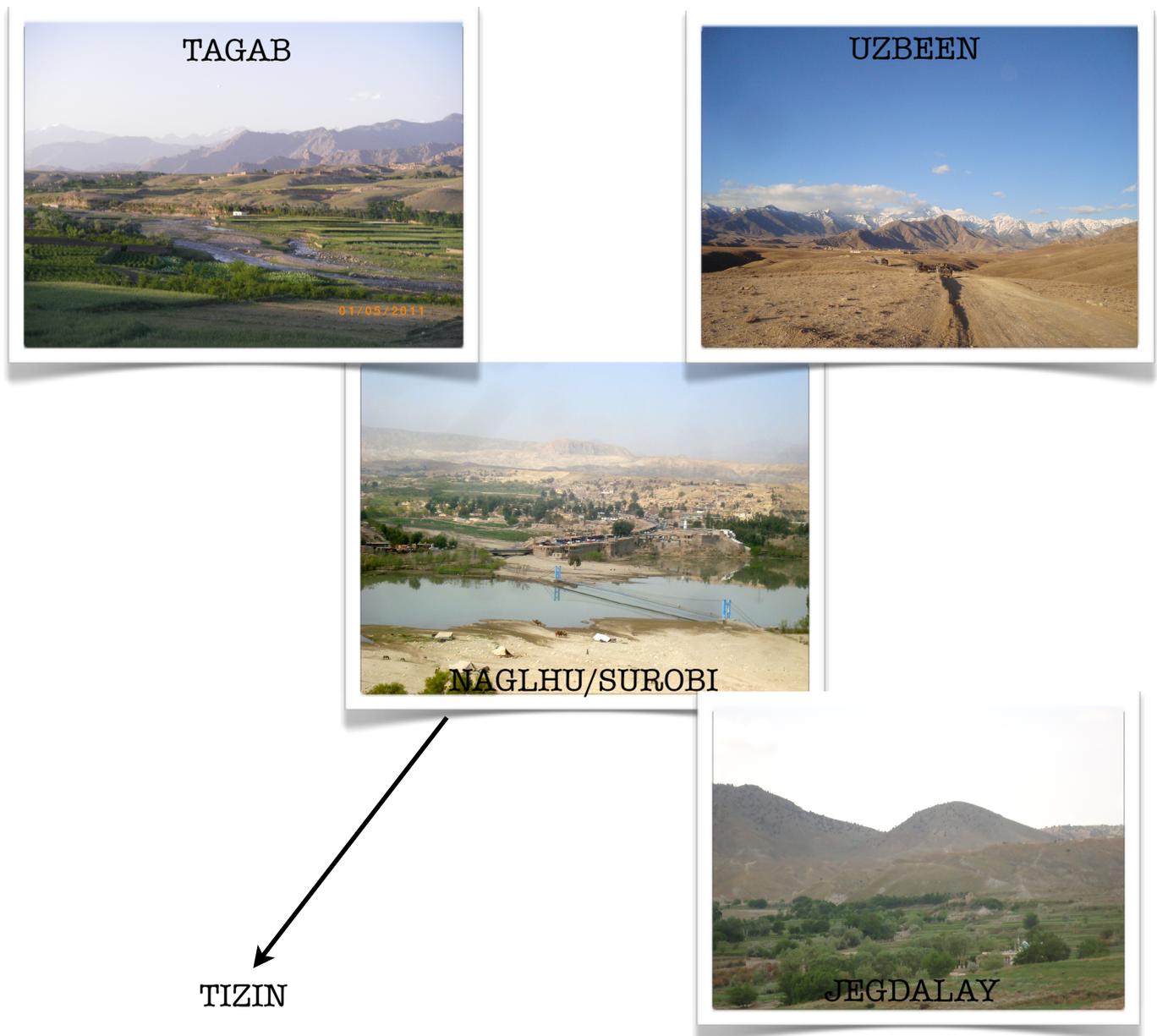
#### 2.1.1. Situation géographique:

La Surobi est un des districts de la province de Kaboul. Elle se situe à l'Est de la capitale, à environ 70 km par une route difficile, soit environ 3 heures de trajet.

La Surobi en tant que district civil ne se recoupe pas avec la Surobi selon le découpage militaire. Nous ne prendront en compte que ce dernier, qui correspond à ce qui a été notre zone d'activités durant nos 6 mois de présence.

La Surobi selon le découpage militaire comprend plusieurs vallées, séparées les unes des autres par des crêtes montagneuses ou/et le lac artificiel de Naghlu:

- Au nord, la vallée de Tagab en lien avec la Kapisa. A l'Est de cette vallée, celle d'Uzbeen.
- Au centre autour du Lac de Naghlu, la vallée de Naghlu et plus à l'Est la ville de Surobi,
- Au sud les vallées de Tizin et Jegdalay.



### **2.1.2. Le système de Santé dans la région**

L'hôpital de district de la Surobi se trouve dans la ville du même nom. A celui-ci s'ajoutent plusieurs dispensaires, un dans chaque vallée, et des personnels de santé communautaire dans plusieurs villages. (cf annexe )

## **2.2. Le conflit dans la région et ses implications médicales**

Bien que la Surobi et la Kapisa ne soient situées qu'à quelques dizaines de km seulement de la capitale, la présence du gouvernement y est très faible. Il n'y a quasiment pas de postes de polices, seulement quelques éléments militaires afghans. Les représentants du gouvernement ne s'aventurent guère en dehors de la ville de Surobi sans une cohorte de sécurité importante.

Cette situation politique et sécuritaire ne nous permettait pas de nous déplacer librement dans la région. Par exemple, nous ne pouvions pas faire le tour de tous les dispensaires, certains étant situés en zone dangereuse. De plus, malgré la volonté du gouvernement afghan de développer le réseau sanitaire du pays, le quotidien nous en montrait souvent les limites: manque de personnels en particulier de féminines, manque de matériel, accès difficile aux dispensaires... Pour évaluer la réalité de la situation sanitaire du district malgré les problèmes de déplacements, nous avons parfois réutilisé les informations obtenues par les précédentes équipes médicales. Nous avons également obtenu des informations par la population. Malheureusement, comme nous l'avons évoqué au début, le contact avec celle-ci et les informations qu'elle pouvait nous fournir n'étaient pas toujours fiables. Cela a été le cas en vallée de Tagab: tout d'abord nous avons eu un problème de traduction, ensuite nous étions initialement dans une situation de méfiance de la part des habitants. Nous sommes toutefois arrivés à entrer en contact avec le propriétaire d'une maison dont une des pièces servait de pharmacie. Il nous a alors expliqué par l'intermédiaire d'un traducteur qu'il y avait un médecin avec un dispensaire dans le village de Mikhel et plus au nord dans celui de Payendakhel. Du fait de la situation sécuritaire, ces deux villages n'avaient eu, jusque-là, aucun contact direct avec les précédentes équipes médicales.

Les dispensaires étaient également pris entre le désir de soigner tout le monde, y compris les insurgés, et le fait qu'ils se mettaient hors la loi s'ils ne déclaraient pas leur présence au gouvernement. Dans le même temps, les insurgés exerçaient parfois des pressions sur eux pour obtenir des traitements ou des informations. Les soignants ainsi pris entre deux feux, il régnait un climat de suspicion entre les dispensaires et leurs éventuels visiteurs étrangers (malgré un sentiment national fort, pour les afghans un étranger est une personne ne provenant pas de la même vallée ou de la même ethnie qu'eux). Il existait également dans de nombreux dispensaires des détournements de médicaments pour les revendre au marché noir.

Cette situation particulièrement délicate a rapidement évolué au cours des 6 mois que nous avons passé dans la région. Ainsi, dès février 2011, soit à peine 2 mois après notre arrivée, la progression militaire dans la vallée de Tagab a permis une profonde amélioration du sentiment de sécurité ressenti par la population. Les passages quotidiens de troupes françaises dans les villages a également permis de créer des relations de confiance en particulier avec les maleks. Cela a complètement modifié l'approche médicale jusqu'alors très frileuse dans la région. Ainsi nous verrons plus tard que le dispensaire de Payendakhel a pu bénéficier de cette sécurité retrouvée.

### **2.3. Les moyens dont nous disposions**

La mission principale du Service de Santé des Armées (SSA) en Afghanistan est le soutien des forces armées françaises et alliées présentes sur le théâtre. A cet effet, six équipes médicales ont été déployées en Surobi sur les 3 camps occupés par le Bataillon Richelieu:

- 3 équipes regroupées sur le camp principal, situé à quelques kilomètres de la ville de Surobi.
- 2 équipes dans un camp de la vallée de Tagab.
- 1 équipe dans un camp de la vallée d'Uzbeen.

Chaque équipe était constituée d'un médecin, un infirmier, deux à quatre brancardiers secouristes et un pilote. Un des médecins parmi les plus anciens a été désigné par la hiérarchie comme médecin-chef: c'est lui qui donnait les règles générales de fonctionnement au sein du groupe et répartissait les tâches des différentes équipes, dont celles d'aide à la population.

Le médecin-chef résidait avec l'ensemble des membres de la cellule commandement sur le camp principal du Bataillon Richelieu.

La présence de plusieurs équipes médicales dans la région nous a permis de consacrer du temps et des moyens au développement du système de santé local et à la prise en charge des urgences et de certaines pathologies dans la population.

### **2.4. Les CIMIC et le GIACM (4,5)**

Créé en juillet 2007, le Groupement Interarmées des Actions Civilo-Militaires (GIACM), est un organisme militaire dont la mission est de réaliser des actions d'aide au développement des régions du monde où se déploient les forces armées françaises. Il est intervenu au Pakistan, en Indonésie à la suite du tsunami de décembre 2004, en Haïti et au Togo. Il est actuellement présent en Afghanistan, en Côte d'Ivoire, au Kosovo, au Tchad, au Tadjikistan et au Liban.

Le Groupement Interarmées des Actions Civilo-Militaires achemine régulièrement par le biais des équipes tactiques en place sur les différents théâtres d'opérations, des cantines garnies de matériels et de médicaments de première nécessité fournies par l'association TULIPE.

Les actions civilo-militaires (CIMIC) est l'élément d'intervention présent sur chaque théâtre d'opérations où le GIACM intervient. Les CIMIC possèdent un budget propre pour la réalisation de travaux ou l'achat de matériels dans les villages. Par exemple, les CIMIC ont construits de nombreux puits à eau et remis en état les systèmes d'irrigation très utilisés en Afghanistan. Sur le terrain, nous retrouvons les CIMIC sous la forme de petites équipes de 2 à 3 personnels avec leur interprète, qui se rendent dans les villages pour évaluer avec les maleks (chefs de villages) les besoins en matériels de leurs villages.

Sur le théâtre d'opérations afghan, ce sont les CIMIC qui ont toute autorité pour les programmes d'aide à la population. L'objectif étant qu'ils puissent mieux coordonner les actions des différents services pour qu'elles soient complémentaires. Dans ce cadre, nos différents projets de développement du système de soins de la région leur ont été préalablement soumis. Nous avons également eu des relations privilégiées avec les équipes CIMIC présentes sur le terrain.

# L'aide au développement du système de soins en Surobi

## **1. Comment s'est fait ressentir le besoin d'aider au développement du système de soins en Surobi**

La mission prioritaire de nos équipes médicales était le soutien des forces. Elle est passée par les consultations, une permanence pour les urgences et la participation aux missions de combat au plus près des soldats.

Toutefois, en plus du soutien des Forces, le Service de Santé des Armées a une tradition d'aide aux populations des régions du monde où il a été amené à se déployer. Fidèles à cet état d'esprit, nos équipes médicales ont envisagé la meilleure façon de s'impliquer dans la prise en charge de la population afghane.

Nos moyens diagnostiques et de traitement étaient toutefois limités:

-Pas de laboratoire ni de radiologie disponible sur les camps.

-Un stock de médicaments limité, subordonné aux ravitaillements terrestres et donc aux problèmes de sécurité des routes. Il était également orienté pour la prise en charge des soldats, c'est à dire des urgences et des pathologies intermittentes d'adultes *a priori* en bonne santé générale. Cela réduit les possibilités de prise en charge, notamment des pathologies chroniques et pédiatriques.

-Pas de lit d'hospitalisation sur les camps.

A noter également que les trois camps où se situaient nos équipes étaient à proximité d'un dispensaire voire d'un hôpital de district civils.

Face à ce double constat, nous avons décidé de ne pas interférer directement dans les soins à la population. En effet, les médecins français et nos structures médicales ont bonne réputation auprès du public. Laisser un libre accès à nos consultations aurait fait concurrence au système local de soins et de pharmacies. Cette situation aurait été catastrophique, avec le risque de ne laisser qu'une zone sinistrée lorsque les troupes françaises quitteront le territoire.

Après concertation, nous avons donc décidé d'avoir une action indirecte mais durable. Celle-ci s'est basée sur deux axes de travail:

-Aider au développement des structures médicales.

-Servir de service d'urgences de seconde ligne lorsque le système local est dépassé.

## **2. Les axes d'aide au développement du système de soins en Surobi**

### **2.1. Aider au développement des structures médicales.**

Il s'agissait d'évaluer les besoins en matériel et médicaments des dispensaires et hôpitaux de district pour ensuite débloquer des fonds par l'intermédiaire de la coopération civilo-militaire (CIMIC et GIACM) ou la mise en contact des structures locales avec des ONG spécialisées.

La première étape de ce travail a consisté à évaluer les besoins et donc l'état des structures sanitaires présentes sur le district de Surobi. Il nous est rapidement apparu nécessaire de nous rendre sur place. Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut, la présence de nombreuses structures dans des zones dangereuses ne nous a pas permis d'avoir la liberté de mouvements que nous aurions souhaité. En revanche, l'échange d'informations d'un mandat à l'autre depuis plusieurs années nous a aidé à palier à ce manque de mobilité. En effet, nous avons obtenu le compte-rendu de toutes les visites effectuées par les CIMIC dans les différents villages du district de Surobi. Au cours de chaque visite, un bilan sanitaire a été effectué grâce aux renseignements obtenus au cours des shura avec les maleks. Bien que généralement rédigés par des personnels non-santé, ces rapports ont été une base de travail très utile. Ils nous ont permis de réaliser une cartographie des structures sanitaires présentes dans le district, avec des coordonnées téléphoniques pour prendre contact avec les centres que nous souhaitions visiter. Malgré cette aide, une zone restait particulièrement mal connue: la «zone verte» correspondant à la vallée de Tagab où l'insécurité majeure qui y régnait n'avait pas permis aux précédents mandats français d'effectuer un point précis de la situation sanitaire locale. Nous verrons par la suite que cet état des faits a pu évoluer au cours des 6 mois passés sur place. Par ailleurs, chaque visite de village a été une occasion de mettre à jour les informations que nous possédions et de créer les premiers contacts avant un échange plus durable.

Ces rapports, complétés par nos propres données, sont disponibles en annexe.

Cette cartographie nous a donné une idée de la répartition des moyens sanitaires dans le district. Elle nous a également permis de définir les structures pour lesquelles notre action d'aide au développement était réalisable. Les critères de sélection ont été les suivants:

- **En priorité la situation militaire.** Nous étions limités dans notre action par deux facteurs catégoriques:

- **La sécurité:** nos visites aux dispensaires ne devaient pas représenter un risque trop important pour nous ou notre escorte.

- **Les impératifs militaires:** la présence militaire française n'étant pas la même d'une vallée à l'autre, nous avons décidé de nous concentrer sur des zones où nous pouvions espérer nous rendre de façon régulière, condition indispensable à la bonne réalisation de notre action d'aide au développement.

- **Le type de structure sanitaire.** L'aide au développement du système de soins a porté essentiellement sur l'apport de matériel médical, voire de médicaments. Nous avons donc automatiquement exclu les personnels sanitaires n'ayant pas de structure en dur permettant un stockage de médicaments. Nous avons également réduit notre aide en matériel médical lourd aux structures capables des les utiliser, c'est à dire à l'hôpital de Surobi.

A l'aide de ces critères, nous avons pu établir notre champ d'action. Celui-ci s'est avéré être très réduit. Il était toutefois nécessaire qu'il en soit ainsi afin que notre projet reste réaliste. Ainsi, nos efforts se sont principalement concentrés sur l'hôpital de Surobi et secondairement sur le dispensaire de Payendakhel.

### **2.1.1. L'aide au développement de l'hôpital de Surobi.**

#### **2.1.1.1. Le point sur l'hôpital de Surobi**

L'hôpital de la ville de Surobi est le seul District Center de Surobi. Son rayon d'activité dépasse amplement le district puisque le directeur de l'hôpital, chirurgien généraliste de formation, opère des patients venus de Kapisa et des autres régions plus à l'Est.

Ce directeur est particulièrement actif dans le développement technique et humain de son hôpital. En effet, les différents rapports de nos prédécesseurs ont montré que l'hôpital s'est nettement développé après son arrivée mi-2009. Le nombre de patients pris en charge au cours de notre mandat était évalué à environ 200 par jour. La salle de vaccination et le laboratoire ne désemplissaient pas.

A noter que l'histoire du directeur de cet hôpital reflète très bien les problèmes d'insécurité que nous avons évoqués. Il est en effet arrivé en Surobi après avoir quitté un hôpital de Kapisa, où la pression exercée par les insurgés y était trop forte. Il a alors choisi la sécurité relative de la ville de Surobi pour lui et sa famille.



Un des bâtiments de l'hôpital de Surobi

#### **2.1.1.2. L'aide apportée à l'hôpital de Surobi**

Afin d'être en mesure d'apporter une aide adaptée à l'hôpital de Surobi, nous avons effectué une véritable visite d'inventaire, que le directeur a volontiers acceptée. Celle-ci nous a permis de faire le point précis des moyens médicaux, humains et mobiliers dont il disposait. La fiche récapitulative de cet inventaire est disponible en annexe.

La visite d'évaluation effectuée à l'hôpital de Surobi a mis en évidence deux axes de développement possibles:

- La première a porté sur l'approvisionnement en médicaments. L'hôpital avait un déficit chronique en médicaments. D'une part le gouvernement ne fournissait pas suffisamment de médicaments pour tenir les 3 mois qui séparaient deux approvisionnements (aucun approvisionnement d'urgence possible). D'autre part, le directeur de l'hôpital se faisait soutenir par une ONG. Malgré cela, le stock restait déficitaire dans certaines spécialités (en particulier les antibiotiques). Nous avons donc assuré un approvisionnement complémentaire à l'aide de notre pharmacie centrale et de l'ONG TULIPE, association qui travaille régulièrement avec les CIMIC. Bien que cette aide ne soit que ponctuelle, elle soulage régulièrement la pharmacie de l'hôpital et reste pérenne d'un mandat à l'autre.



Inventaire de l'hôpital de Surobi:  
pharmacie

**Exemple de don de matériel consommable par la pharmacie du Service de Santé des Armées basée à Kaboul:**

Matériel UDPS Service de Santé des Armées, camp de WAREHOUSE, Kaboul	Quantité		
Set à sutures	40	Bandes crêpes 4mx10c	100
Fil bleu 90cm D3 AIG/8C P TRIANG L24mm	2 boîtes	Bandes crêpes 4mx20c	100
Fil bleu 90cm D2 AIG3/8C P TRI	2 boîtes	Aiguilles	7 boîtes
Bétadine gel	10 tubes	Amoxicilline/acide clavulanique oral	10 boîtes
Bétadine alcoolique	5 bouteilles	Amoxicilline/acide clavulanique IV 1g	10 flacons
Bétadine dermique	10 bouteilles	Clamoxyl oral 500mg	20 boîtes
Paracétamol 500mg	30 boîtes	Ceftriaxone IV 1g	20 boîtes
Gants de soins latex	7 boîtes	Bandes plâtrées	12
Compresse 10x10	100	Ventoline aérosols	1000 doses
Compresse 7,5x7,5	150	Bricanyl inhalation	20 boîtes
Compresse gaze 10x10	5 boîtes		
Compresse gaze 7,5x7,5	5 boîtes		

- La seconde, la plus importante, a porté sur le don de matériel médical lourd. Nos visites à l'hôpital ont fait apparaître des besoins importants en matériels médicaux «non consommables». Nous avons alors établi avec le directeur une liste de matériel nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des patients (cf annexe: fiche hôpital de Surobi). Nous avons ensuite effectué les démarches nécessaires pour obtenir des dons de matériel depuis la France. Pour cela, nous avons initialement pris contact avec l'association Humatem. La logistique concernant la récupération du matériel en France et son expédition jusqu'en Afghanistan n'étant pas prise en charge par cette association, il nous a fallu chercher une autre solution. Nous avons alors pris contact avec l'équipe

CIMIC de notre district qui nous a mis en relation directement avec le GIACM. Le personnel responsable du fret au GIACM a accepté de rechercher ces matériels auprès des associations médicales avec lesquelles il travaille régulièrement. Ce contact a grandement facilité nos démarches. Le GIACM a en effet non seulement contacté ces associations, mais il s'est également chargé de faire parvenir le matériel par le fret déjà prévu et quittant la France en avril. Ainsi, la commande passée fin février 2011 a pu être honorée dès le mois de juillet 2011. Le matériel obtenu comprenait:

<b>Matériel CIMIC</b>	<b>Quantité</b>		
		Dissecteur	1
<b>Matériel</b>		Anuscope	1
<b>Matériel récupéré à Carpiagne</b>		Curette	3
Table d'examens	3	Ciseaux courbes UU	10
Pieds à perfusion	20	Pince à disséquer UU	10
Déambulateur	1	Pince à champ	6
Cannes anglaises	2	Pince vies biliaires	3
Bouteilles d'oxygène	2	Sonde voies biliaires	1
Cartons de consommables médical	200	Pince Kocher grande taille	2
Fauteuils roulants	7	Clamp courbe	3
Carton d'atelles	1	Pince à disséquer grande taille	2
Kit de reconstruction osseuse	4	Pince de Adson UU	10
<b>Matériel Pharmaciens</b>		Ciseaux UU petite taille	5
<b>humanitaires Auvergne</b>		Clamps vasculaires	2
Appareil de radiographie	1	Pince bronchique	1
Tablier de plomb	3	Pince	2
Couveuse	1	<b>Lot d'instruments de chirurgie n°2</b>	<b>1</b>
Pèse bébé	1	Pince badigeon plastique	10
Respirateur SERVO ventilateur	1	Pince Chaput	1
Circuit patient SERVO réutilisable	6	Pince Kocher petite taille	6
Circuit patient SERO usage unique	19	Stilets	10
Bouteille oxygène + manodétendeur	1	Ciseaux de Allain	3
Pousse seringue automatique	2	Pince à disséquer vasculaire	1
Seringue 60mL Luer Lock	240	Plateaux à pansements	10
Prolongateur	100	Écarteur de Farabeuf	2
Négatoscope moyen	1	Valve vaginale	1
Table d'examen	1	Valve digestive	2
Pied à perfusion sur socle	2	Sondes cannelées	10
Pied à perfusion tige de lit	4	Haricot inox	2
Ventilateur	1	Plateau inox	2
Protection adulte (différents types)	389	Pince de Tezzier	10
<b>Lots d'instruments de chirurgie n°1</b>	<b>1</b>	Abaisse langue	6
Écarteur thoracique Finochetto	1	Miroir dentaire	1
Kit d'examen gynécologique UU	1	Élévateur	2
Spéculum	1		

Une fois arrivé sur le sol Afghan, le matériel a du être acheminé de sa zone de stockage à Kaboul jusqu'à l'hôpital de Surobi. Le transfert a été effectué par convoi routier, d'abord jusqu'à notre camp. Les derniers éléments de nos équipes médicales sur le départ ont alors remis le matériel aux nouveaux arrivants; assurant ainsi la poursuite de notre action dans le temps. Début juillet 2011, le nouveau médecin-chef s'est rendu à l'hôpital de Surobi pour une visite de courtoisie auprès du directeur. Au cours de celle-ci, le matériel récemment arrivé par fret a été remis au personnel de l'hôpital.



Livraison du matériel par la nouvelle  
équipe médicale

Le reste du matériel ciblé par notre action d'aide au développement de l'hôpital de Surobi est en cours de commande par l'intermédiaire du GIACM, qui est optimiste quand à sa récupération d'ici les mois à venir...

Simultanément, la pharmacie militaire de Kaboul nous a envoyé une table chirurgicale complète et un volumineux stock de médicaments que nous avons remis à l'hôpital courant mars. Nous avons également profité de ce don pour fixer un cyalitique au plafond, comme nous l'avait demandé le médecin lors de la visite d'inventaire.



Avant



Après

### **2.1.2. L'aide au développement du dispensaire de Payendakhel**

Notre action auprès de ce dispensaire a été plus compliquée et plus limitée. Pour mieux comprendre les circonstances dans lesquelles celle-ci s'est mise en place, voici un rapide rappel de la situation locale.

A notre arrivée en Afghanistan en décembre 2010, Payendakhel était un village dit d'insurgés: il abritait plusieurs insurgés et son accès y était interdit aux forces de sécurité afghanes et françaises, ainsi qu'aux représentants du gouvernement. Le dispensaire de Payendakhel se situant un peu à l'extérieur du village, l'équipe médicale nous précédant, avait tenté de s'y rendre afin de réaliser de l'aide médicale à la population. Celle-ci avait dû être rapidement interrompue face au risque d'attaque imminente. Entre temps, la situation locale a évolué. L'installation des forces françaises et afghanes dans la vallée de Payendakhel et des villages avoisinants a rendu possible la reprise d'une aide médicale au sein des villages.

La stabilisation de la zone de Payendakhel nous a permis de réaliser dès le 27 février 2011 une première visite du dispensaire. Cette visite a été organisée avec l'aide des CIMIC qui ont préparé notre venue en contactant le médecin du dispensaire et l'ensemble des maleks de la zone. Avec plus de 40 consultants sur la matinée et un accueil favorable, cette journée a été un véritable succès. De même que pour l'hôpital de Surobi, cette première visite a fait l'objet d'un inventaire dont la fiche récapitulative est en annexe. Seul bémol, la froideur du directeur du dispensaire, qui contrasta beaucoup avec l'accueil favorable du reste du personnel. Une deuxième visite trois jours plus tard a permis de renforcer ce début de relation. Malheureusement, le mutisme du médecin associé à des impératifs militaires n'ont pas permis de poursuivre ces visites avant la mi-avril. Toutefois, durant cette même période, les CIMIC ont assuré les travaux de restauration du portail, de la pompe à eau du dispensaire jusque-là inutilisable et l'installation de l'électricité. Leur inauguration le 17 avril a permis de reprendre contact avec ce dispensaire. Celle-ci a vu réunis autour d'une shura de nombreux maleks, le Directeur (qui n'avait jusqu'alors pas répondu aux nombreux appels téléphoniques) l'équipe CIMIC et deux médecins et un infirmier militaires. Cette réunion a abouti à un accord oral. Le médecin s'engageait à consulter au moins 4 jours/semaine contre 2 habituellement, sous la surveillance des maleks désireux d'augmenter l'activité du dispensaire. En contrepartie, les équipes médicales du camp français fournissaient des caisses de médicaments et venaient, quand cela était possible, réaliser des consultations au dispensaire. Parallèlement, les CIMIC continuaient de rénover le dispensaire. Plus tard, si la fidélisation du médecin était confirmée, alors les équipes médicales françaises pourraient envisager une aide plus durable du style de celle fournie à l'hôpital de Surobi.



Shura dans le dispensaire de  
Payendakhel

## **2.2. Servir de service d'urgences de seconde ligne lorsque le système local est dépassé.**

Au cours de nos passages dans les villages, les habitants demandaient fréquemment à être examinés par le médecin. Ils savaient en effet que les français se déplacent avec une équipe médicale complète. De même, l'amélioration de la sécurité a permis aux civils de se déplacer plus librement et de venir au camp sans peur de représailles. Malgré cette demande de soins de la part de la population, nous ne voulions pas déstabiliser les structures sanitaires locales. Nous avons préféré faire de nos postes de secours des structures de seconde ligne, ciblées sur la prise en charge des patients que les soignants de la région ne pouvaient pas traiter. Nous avons donc pris contact avec les médecins du district à qui nous avons proposé de prendre en charge des patients pour lesquels leurs moyens limités ne permettaient pas un traitement efficace. Étant donnés nos propres restrictions de moyens, nous avons limité notre aide aux urgences traumatologiques. Pour cela, nous avons remis des bons de consultations aux médecins afin qu'ils puissent nous adresser les patients nécessitant notre aide. Ainsi, les blessés consultaient d'abord leur médecin local et si celui-ci le jugeait nécessaire, nous l'adressait en seconde ligne. Il n'y avait pas de court-circuitage du réseau local. Par extension, dans les villages très isolés et sans médecin, nous avons remis ces bons de consultations aux maleks, garants de leurs villages, en leur expliquant que nous ne pouvions prendre en charge que les patients qui avaient un accident. Cette règle était ensuite appliquée selon l'humeur du moment, nous réservant quelques surprises...

La mise en place de ce système s'est avérée très aléatoire, par manque de médecins à qui remettre ces bons de consultations. Un système plus simple, s'est alors implicitement instauré: par le bouche-à-oreille, les villageois savaient que les camps français acceptaient de traiter les accidents et certains malades. Chaque poste de secours s'est alors adapté au mode de vie local, favorisant les consultations des civils le matin, en moyenne de 9h à 12h, sauf les urgences acceptées 24h/24. Les villageois se présentaient à l'entrée du camp vers 9h. Commençait alors un tri des patients: été retenus les traumatismes en tous genres, et quelques malades pour lesquels les caisses de médicaments fournies par l'association TULIPE permettaient d'avoir un traitement adapté.

### **Ainsi, les principales pathologies prises en charge étaient:**

- Les brûlures, très fréquentes chez les enfants qui jouent autour du four à pain et de la théière, pleine à toute heure du jour.
- Les plaies. Les jets de pierres étaient très fréquents, soit entre enfants, soit de la part d'un adulte pour éloigner un enfant importun. En effet, ceux-ci sont interdits de shura (réunion réservée aux anciens et aux chefs) et sont pourtant très curieux, d'où quelques cailloux jetés en l'air et les points de sutures qui s'en suivent. Chez les adultes, les plaies correspondaient plus souvent à des accidents du travail aux champs, ou des chutes de moto.
- Les malades pouvant être pris en charge grâce aux caisses TULIPE, comprenaient essentiellement des infections supposées parasitaires (symptômes de giardiase et amibiase colique simple dans une zone infestée, parents amenant leurs enfants qui présentaient « des vers »...), des brûlures gastriques très fréquentes, des douleurs articulaires, des infections cutanées. A noter le cas

particulier de la leishmaniose cutanée, endémique en Afghanistan. Nous n'avions pas de traitement adapté mais savions vers quelles structures locales orienter les patients (très souvent des enfants).

De même, nous n'avions pas de traitement *per os* des teignes très fréquentes, mais quelques bons conseils d'hygiène à donner et parfois des antifongiques azolés locaux.



Enfant brûlée par du thé sur  
le torse et le cou



Accidenté de la route



Leishmaniose cutanée chez un  
jeune garçon



Caisse de médicaments fournie par  
l'association TULIPE

# Les leçons de cette expérience d'aide au développement des structures de soins locales

## 1. Notre action au quotidien

Les premières équipes médicales dont je faisais partie sont arrivées sur le camp principal le 05 décembre 2010. A notre installation, nous avons été accueillis par les anciennes équipes sur le départ. Ce tuilage des médecins a permis de réaliser une passation de consignes, d'informations d'ordre général et de conseils sur la façon de travailler dans la région. Le médecin chef sortant a également organisé une visite de courtoisie chez le directeur de l'hôpital de Surobi, avec lequel il avait entretenu de bonnes relations. Nous y sommes allés dès le 07 décembre. Ainsi, dès nos premiers pas dans la région, nous avons eu un contact direct avec le système de soins afghan et un de ses principaux représentants dans le district. Il nous a toutefois fallu attendre quelques semaines de plus et plusieurs missions pour mieux en cerner toute la complexité et les difficultés que nous pourrions rencontrer à tenter une aide efficace.

Le contexte sécuritaire décrit précédemment et la suspicion initiale qui régnait dans la « zone verte » sont un bon exemple des problèmes que nous avons du surmonter dès le début et durant les six mois passés sur place. Toutefois la situation a très vite évoluée et, dès que la sécurité a été assurée, le besoin en soins de la population s'est fait immédiatement ressentir, et les premières barrières sont tombées. La bonne réputation des médecins militaires français y a amplement contribué, le simple passage des soldats français dans les villages entraînant quasiment systématiquement des demandes de consultations.

Notre disponibilité a également constitué un challenge permanent: les missions étant prioritaires sur toute autre activité, nous avons du régulièrement repoussé nos visites auprès des soignants de Surobi et Payendakhel.

## 2. La particularité de l'hôpital de Surobi

Le directeur de l'hôpital de Surobi est particulièrement impliqué dans le développement de sa structure et de son action sanitaire dans le district. Il a notamment développé la chirurgie générale, quasiment inexistante avant son arrivée, et ce malgré l'absence de respirateur automatique! Le directeur de l'hôpital a également la particularité de se rendre tout les samedi au principal camp français de la région. Ce camp abrite en effet, pour des raisons de sécurité, les locaux d'une radio civile locale que le directeur utilise pour diffuser des messages de prévention. Cette proximité, nous a permis d'avoir des échanges fréquents. Car en plus d'être très impliqué dans le développement de son hôpital, son directeur souhaite travailler avec les médecins français malgré les risques encourus vis-à-vis des insurgés. C'est d'ailleurs, nous a-t-il dit, une des raisons pour lesquelles il a quitté la Kapisa où le danger était trop grand pour lui permettre de travailler avec les camps et les hôpitaux de l'OTAN. Il nous a ainsi régulièrement proposé des patients qui nécessitaient des examens ou/et une prise en charge spécifiques. Après en avoir discuté ensemble, nous les adressions à l'hôpital militaire français de Kaboul. En échange, il acceptait de prendre en charge des patients civils que nous recevions à nos postes de secours et que nous ne pouvions pas traiter à l'hôpital militaire (nombre de lits limités). Tout ceci participa au développement d'une

véritable relation de confiance entre lui et nos équipes médicales. Sa collaboration étroite avec le Service de Santé étant reconnue de tous, les différentes demandes de matériels que nous avons formulées pour lui ont plus facilement abouti. Elles ont été complétées par une autorisation exceptionnelle d'assister à l'opération des patients civils qu'il avait adressés à l'hôpital militaire français.

Ainsi, notre action au profit de cet hôpital a été aussi simple que le permettait la situation générale du pays. Elle a abouti à une aide matérielle concrète et conséquente et d'une exceptionnelle rapidité, puisque de l'inventaire à l'arrivée du matériel il ne s'est écoulé que 6 mois. Cette aide au système de soins est donc un excellent exemple de l'efficacité d'une collaboration entre les soignants locaux et les intervenants internationaux de passage.



Radio Surobi et son équipe de journalistes

### **3. Le contre-exemple du dispensaire de Payendakhel**

Contrairement à l'hôpital de Surobi, le contact avec le médecin du dispensaire de Payendakhel a été tout de suite plus compliqué.

Tout d'abord, le risque permanent d'attaque nous obligeait à nous déplacer en force au dispensaire. Malgré nos efforts pour rendre les forces de sécurité discrètes, «l'ambiance» n'était pas aussi détendue qu'à Surobi.

Ensuite, dès la première visite, le médecin s'est fait fuyant quant à une éventuelle collaboration avec nos équipes. Alors que le personnel paramédical a toujours été accueillant, le médecin nous a demandé de ne venir au dispensaire que les jours où il ne consultait pas, ce qui allait à l'encontre de notre proposition de collaboration. La shura du 17 avril renforça ce sentiment d'éviction de la part du médecin. Nous avons alors appris qu'il travaillait à Payendakhel, village reconnu pour abriter plusieurs insurgés, mais habitait en Kapisa, zone encore plus instable. En outre, dans cette région les insurgés sont réputés pour y exercer des pressions sur les personnes souhaitant travailler avec l'ISAF. En outre, ses déplacements jusqu'au dispensaire l'obligeaient à traverser les deux vallées par une route dangereuse. Parallèlement, étant donné le côté reculé et dangereux de la zone, personne du gouvernement se serait aventuré jusqu'à Payendakhel pour vérifier s'il y était présent. Dans ce contexte, le médecin était accusé par les maleks de ne pas s'occuper correctement du dispensaire: il consultait seulement deux matinées par semaine, quand il venait...

Nos relations déjà difficiles se sont dégradées lorsque nous avons remarqué que celui-ci réalisait des consultations très rapides, sans réel intérêt pour les patients, et avec des prescriptions inadaptées. Plusieurs habitants de la zone nous ont également confié des renseignements au sujet de médicaments revendus au marché noir...

Ainsi, les mauvaises relations avec le médecin, les doutes concernant le détournement de médicaments et son refus poli mais catégorique de travailler avec nous, ne nous ont pas permis d'aider le dispensaire autant que nous l'aurions pu. En outre, la dégradation de la situation sécuritaire sur la fin du mois d'avril nous a empêchés de passer au dispensaire aussi souvent que cela était initialement prévu. Toutefois, suites à nos différentes tentatives pour développer l'activité du dispensaire de Payendakhel, les maleks ont signalés aux CIMIC qu'ils comptaient rendre visite au gouverneur de leur région chargé, entre autres, de la gestion des structures sanitaires...

## **4. Les leçons de cette expérience d'aide au développement des structures de soins locales**

### **4.1. Connaître le contexte**

L'aide au développement des structures de soins locales nécessite avant tout une bonne connaissance du contexte général du pays. Connaître le maillage sanitaire avec ses différents niveaux détermine les structures à aider prioritairement. En outre, dans le cas de l'Afghanistan, l'organisation du système de vaccination et le refus du gouvernement d'effectuer des campagnes de vaccination ponctuelles nous a rapidement fait abandonner l'idée d'une action dans ce domaine.

### **4.2. Prendre en compte l'aspect sécuritaire**

Pour notre propre sécurité, cette aide ne peut bien souvent se mettre en place que dans des zones relativement stables politiquement. En outre, en limitant nos possibilités de déplacements, ce facteur peut à tout moment compromettre l'aide apportée à une structure. A cette restriction de mouvements, s'ajoute la nécessité pour les équipes médicales d'être accompagnées d'une force de sécurité qui peut paraître rebutante au premier abord. Cependant, l'expérience a montré qu'une fois la première appréhension de l'étranger passée, la population et les soignants des structures locales sont plutôt rassurés que les consultations se passent en sécurité.

### **4.3. Connaître la culture et les traditions locales, dépasser nos propres préjugés**

Il est nécessaire de connaître les croyances et traditions qui peuvent favoriser ou limiter les relations entre les soignants étrangers et les patients. Il s'agit en effet de ne pas choquer un patient qui pourrait alors refuser les soins ou ne pas répondre honnêtement aux questions posées par le médecin. Cependant, il ne faut pas non plus tomber dans les préjugés. Par exemple, alors que l'Afghanistan est un pays musulman traditionaliste, les personnels féminins de nos équipes médicales n'ont connu aucun refus de soins de la part des patients masculins. Ceux-ci connaissant notre propre culture de neutralité des soignants et nos compétences techniques, ils acceptaient de faire ce compromis le temps d'une consultation.

### **4.4. Apporter une aide proportionnée à la structure**

Le dénuement de certains bâtiments sanitaires donne envie de les équiper comme un hôpital français mais cela pourrait s'avérer disproportionné selon la structure concernée. Par exemple, le dispensaire de Payendakhel n'ayant pas vocation à garder des patients en hospitalisation, si nous avons pu fournir du matériel, celui-ci aurait été concentré sur du matériel de consultation et de soins ambulatoires. En revanche, l'hôpital de Surobi étant une grosse structure, nous avons aidé à développer chacun des domaines déjà en activité: radiologie, obstétrique, chirurgie, urgences....

### **4.5. Le développement d'une relation de confiance avec le directeur de la structure de soins**

Comme nous l'avons vu, les relations avec la population ont beaucoup évolué dans «la zone verte» durant notre séjour. Nos visites répétées et durables dans le temps nous ont permis d'atténué les premiers sentiments de méfiance de la part des civils. Ceux-ci ont ensuite d'eux-même mis en avant leur demande de soins. C'est la première étape nécessaire à notre action d'aide au développement des structures sanitaires locales.

A cette confiance de la part de la population doit s'ajouter, bien sûr, celle des personnels des structures sanitaires. Ainsi, nous aurions pu apporter une aide conséquente en matériel au dispensaire de Payendakhel très dépourvu. La population y était favorable, l'ensemble du personnel du dispensaire aussi, à une exception près: le médecin! En tant que directeur du dispensaire nous avons du respecter sa décision. En outre, le manque de confiance étant réciproque entre le médecin et nous, nous ne pouvions pas faire de demande de matériel et de médicaments sans avoir la possibilité de retourner régulièrement au dispensaire.

### **4.6. Respecter le réseau de soins déjà existant**

Notre décision de ne pas nous substituer au réseau local s'est confirmée tout au long de notre séjour. Nos structures sanitaires sont restées ouvertes aux urgences, de même que nous avons apporté un complément médical et technique à certains patients pour lesquels les structures sanitaires locales étaient dépassées. Il n'y a donc pas eu de perte de chance pour les patients. Parallèlement, la réorientation de ceux qui pouvaient être pris en charge par le réseau afghan a évité tout court-circuitage qui aurait été délétère aux structures déjà existantes. La collaboration entre nos deux systèmes a été éprouvée à plusieurs reprises et finalement renforcée au fil du temps.

## Conclusion

*Notre mission en Afghanistan concernait prioritairement les soldats français et alliés dont nous assurons le soutien sanitaire. Toutefois, il nous a été possible d'aider au développement durable des structures sanitaires présentes dans notre zone d'activités. Ce genre d'action nécessite une bonne connaissance du terrain, et une sélection des établissements que l'on veut cibler. Ceci dans le but d'assurer une action aussi efficace que possible, en limitant au maximum les échecs par manque de moyens, toujours source de frustration pour les personnels sanitaires locaux autant que pour nous. Toutefois, quels que soient les moyens disponibles et notre désir de les employer au mieux, notre action d'aide n'est possible que s'il y a une demande de la part de la population et une relation de confiance avec les soignants locaux. Enfin, aussi contraignante soit-elle, la sécurité est un critère capital à prendre en compte dans ces actions, afin qu'aucun membre des équipes médicales étrangères, de leur escorte ou des habitants des villages que l'on souhaite aider ne soient la cible de représailles.*

*Cette action d'aide au développement des structures de soins locales a pu atteindre son objectif dans des délais particulièrement courts concernant l'hôpital du district, pôle sanitaire pivot de la région. Elle a ouvert les portes pour une action similaire au dispensaire de Payendakhel.*

*Très gratifiant sur le plan humain, ce travail rend optimiste quand aux effets de notre action au-delà de notre présence dans la région.*



# Bibliographie

- (1) Base de données Bédouin. *Afghanistan*. Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées. Mise à jour 2010. 29 pages.
- (2) Site internet de France diplomatie, *Afghanistan*. [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo\\_833/afghanistan\\_529/index.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/afghanistan_529/index.html), site consulté le 19 juin 2011.
- (3) Site internet du centre de documentation pharmaceutique de l'ISPB-faculté de pharmacie de Lyon, *Lyon-Kaboul coopération pharmaceutique*. [http://ispb.univ-lyon1.fr/Lyon\\_Kaboul/index.htm](http://ispb.univ-lyon1.fr/Lyon_Kaboul/index.htm), site consulté le 18 juin 2011.
- (4) Site internet du Groupement interarmées des actions civilo-militaires, *Accueil*. <http://www.giacm.com/index.html>, site visité le 24 juin 2011.
- (5) Site internet de l'association TULIPE, accueil. <http://www.tulipe.org>, site visité le 24 juin 2011.
- (6) Joseph Kessel, *Les cavaliers*. Gallimard, 1967.
- (7) Yasmina Khadra, *Les hirondelles de Kaboul*. Pocket, 2004.
- (8) Khaled Hosseini, *Les cerfs-volants de Kaboul*. Belfond, 2005.

# *Les dispensaires et personnels médicaux et paramédicaux du district de Surobi*

Ces informations ont été obtenues par les CIMIC lors de leurs visites de villages, et complétées par nos propres données lorsque nous avons pu y participer.

## **I. VALLEE d'UZBEEN:**

### **A. VILLAGE DE GWARAH KHWARAH**

Pas de dispensaire mais présence d'un médecin et de deux infirmières qui consultent à domicile. Les villageois récupèrent les médicaments sur ordonnance à Surobi ville.

### **B. VILLAGE DE HOSEYNKHEYL**

Un dispensaire construit par les CIMIC finlandais en 2000. Il a été visité en décembre 2010 par le médecin, membre de nos équipes médicales. Les renseignements concernant ce dispensaire sont donc fiables et récents.

#### **Structure :**

1 salle de consultation, 1 banc « salle d'attente », 1 local de vaccination avec réfrigérateur, 1 pharmacie, 1 salle de préparation des médicaments (conditionnement en petits sachets), 1 salle « d'hospitalisation » avec 2 lits équipés de bras à perfusion.

#### **Effectifs:**

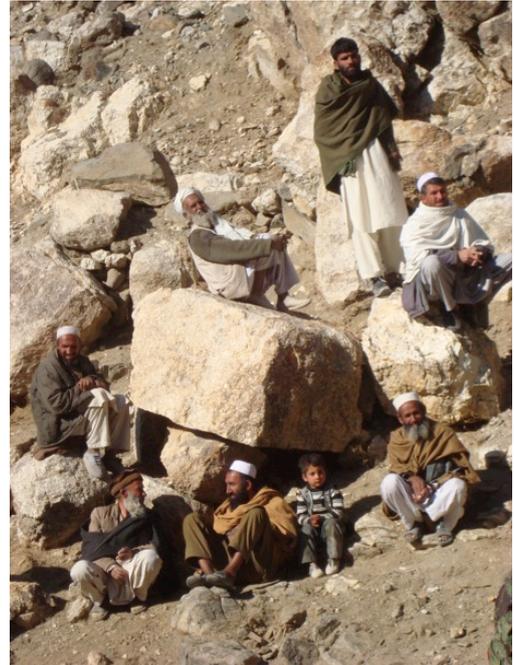
Une douzaine de personnes dont 1 médecin, un pharmacien, un infirmier, deux « vaccinateurs », un technicien, un chauffeur, une personne pour l'entretien, des gardes. Le médecin a sa famille à Surobi. Il ne serait donc pas présent tous les jours au dispensaire.

#### **Ambiance générale, activité :**

Pendant les 2 heures de la visite, le médecin a vu défiler environ 25 patients (hommes et femmes). Le médecin annonce 200 consultations par jour.

#### **Principales pathologies prises en charge:**

Le dispensaire prend en charge essentiellement des pathologies médicales: hépatites B et C, typhoïde, affections ORL, anémie, parasitoses (giardiases, amibiase, paludisme). Il a également une demande importante de la part des personnes âgées mais sans réel moyen de prise en charge de pathologies chroniques. Il prend en charge tous les patients qui se présentent, y compris de nuit. Toutefois, le dispensaire fait essentiellement des consultations médicales. Les urgences traumatiques sont réorientées sur le poste de secours français pour leur prise en charge.



### **Les besoins :**

Un des médecins français a pu observer des médicaments IV (salé, glucosé, antibiotiques), per os (aspirine, amoxicilline, ibuprofène, nombreux tubes de flammazine) et des compresses. Le réfrigérateur de la salle de vaccination contient quelques DTP et TYPHIM. Pas de vaccin anti-VHB. Voici ses commentaires:

“Concernant les médicaments, ils sont donnés par une ONG (BRAC) mais l’approvisionnement qu’il [le médecin du dispensaire] reçoit est insuffisant, ne lui permettant de tenir que 2 semaines, à priori il ne reçoit rien de l’hôpital de Surobi. Dans la pharmacie, je vois des cartons de serum salé isotonique et de glucosé, ainsi que des cartons d’antibiothérapie IV, au total 12 cartons mais je n’ai pas pu faire un inventaire précis de ce qu’il y avait. Dans l’armoire je vois des tubulures à perfusions (environ une vingtaine) ainsi que 2-3 grosses boîtes d’aspirine, d’ibuprofène, d’amoxicilline, une dizaine de tubes de flammazine ainsi que des cartons de compresses. Derrière le médecin, sous une couverture il y a encore des boîtes que je n’arrive pas à identifier [...] Je n’ai vu aucun matériel de réanimation (pas d’adrénaline, pas de soluté de remplissage, aucun propaq, pas de défibrillateur ni bouteille d’oxygène ni respirateur). Les principaux médicaux IV étaient des antibiotiques principalement et du syntocinon. Il n’y a pas d’antiseptique, je n’ai vu que 3 flacons d’équivalent de bétadine jaune et rien d’autre. Il n’y a aucun matériel pour réaliser des soins.”

Ce dispensaire a donc une activité importante au profit de la population locale. Son approvisionnement semble insuffisant aux vues de celle-ci.

#### C. VILLAGE DE LAKHARLAM

Il y a une clinique construite par les turcs dans le village.

#### D. VILLAGE DE MOLLAH BACHIR

Un médecin habite le village mais travaille au dispensaire de la vallée.

#### E. VILLAGE DE SRAH QAL EH

Présence d'un dispensaire, non visité. Pas d'information sur son organisation ou son personnel.

#### F. VILLAGE DE YAKHAND

Il y a un médecin dans le village. Il n’y a pas de clinique dans le village, la plus proche se situe à HOSEYNKHEYL à 5 km.

#### G. VILLAGE DE CHASME YE MASTI

Le village n'a ni dispensaire ni personnel de santé. Il est situé en fond de vallée, à deux heures d'une mauvaise piste (fond de ouadi) de l'hôpital de Surobi. Le camp français est géographiquement plus proche (à une vallée de Chasme Ye Masti) mais n'est accessible que par un long détour qui place le camp à plus de temps de trajet que Surobi. Nous expliquons aux maleks notre désir d'aider le village en précisant que nous ne pouvons traiter que les accidents et pas les maladies longues. Nous remettons des bons de consultation aux maleks pour qu'ils puissent adresser les urgences aux médecins français de Tora ou Rocco.

## II. VALLEE DE NAGHLU

### VILLAGE DE NAGHLU

Présence d'une clinique dans un compound. La clinique manque de place, d'eau, de médicaments, de salle d'attente et d'électricité. Environ 120 consultants par jour pour une femme médecin (facilite les consultations des femmes).



## III. VALLE DE SUROBI

### A. VILLE DE SUROBI

cf la fiche sur la clinique de Surobi en annexe

### B. VILLAGE DE SHIRINI MOMINKHAN

Un petit dispensaire au village mais avec très peu de moyens et de médicaments. Une infirmière présente sur place jusqu'à 13H00.



## IV. VALLEE DE JEGDALAY

### A. VILLAGE DE JEGDALAY

Structure de type BHC construite par l'ONG MorningStar (USA) en 2006. 3 médecins, 1 "pharmacien", 1 vaccinateur, 1 technicien de laboratoire, 1 infirmière/sage-femme. Consultations de médecine générale, vaccination, sage-femme. A priori 150 consultations par jour. Environ 22 000 personnes dépendent de ce centre médical.

Services:

-1 laboratoire avec centrifugeuse, microscope, colorations MGG et gram, test rapide paludisme, bandelettes urinaires.



- 1 pharmacie mal équipée.
- 1 salle de vaccinations.
- Eau par forage.
- Electricité par panneau solaire et accumulateur.

## V. VALLE DE TIZIN

### A. VILLAGE DE JOROWBAY

L'UNHCR a construit une clinique en 1998 mais celle-ci ne fonctionne pas par manque de médecin.

### B. VILLAGE DE QALAGAY

Le village possède une clinique construite par une ONG Japonaise en 2000. Il y a deux médecins dont une femme, deux infirmiers et deux techniciens.

### C. VILLAGE DE TIZIN E KAS

Le village possède une clinique avec un médecin, deux infirmier ,un aide soignant, deux sages femmes, un superviseur et deux gardiens.

### D. VILLAGE DE ZANDEH KALAY

Présence d'une clinique, construite avec des fonds US qui se trouve à TREYKALAY, le village attenant.

## VI. PÉRIPHÉRIE DE KABOUL

### A. VILLAGE DE SHINAM

Structure de type CHC: 10 médecins, 10 sages-femmes. Médecin chef: chef du département santé de la province de Kaboul.

A priori 500 consultations par jour.

Services: urgences, maternité, planning familial, vaccinations, consultations paludisme. 10 lits de maternités et 10 lits d'urgence. Une pharmacie bien tenue. 4 salles plus une de déchocage. Matériels médicaux en mauvais état.

Aide par une ONG indienne interrompue depuis avril 2009. En pourparler avec MSF. Besoins en matériels à usage unique, matériels d'examen clinique et médicaments.



## B. VILLAGE DE SHENA

Structure de type BHC avec 9 personnels: 2 gardiens, 1 sage-femme, 1 infirmière, 2 médecins hommes, 2 vaccinateurs, un superviseur du quartier. Consultations 6 jours sur 7 de 8h30 à 15h30. Environ 100 consultations par jour. Pas d'hospitalisation.

Services et principales pathologies traitées : Vaccination infantile et maternelle suivant les recommandations de l'OMS, suivi de grossesses, planning familial, maladies infantiles, petite chirurgie, suivi des pathologies chroniques notamment les handicaps.

Très peu de matériel médical de consultation et de petite chirurgie. Une pharmacie en bon état.

# Hôpital de Surobi

Visite du 18 janvier 2011

## 1. Services et logistique:

Il s'agit d'un hôpital de district formé de 3 bâtiments:

1.1. -1 bâtiment central construit il y a 40 ans. Il contient :

-La pharmacie: les familles des patients hospitalisés viennent y récupérer les médicaments prescrits par les médecins de l'hôpital. Ils sont délivrés gratuitement, les comprimés étant déposés dans de petits sachets. Les médicaments manquants sont achetés en ville.

-Le laboratoire: il comprend 2 bacs à coloration, un pour le MGG, un autre pour le Ziehl Neelsen avec un microscope. Il y a également plusieurs tubes ouverts en décantation, une agitateuse, une centrifugeuse, quelques autres à usage unique provenant de notre précédent don de matériel, une seule micropipette. Un seul des deux réfrigérateurs est opérationnel. Les bidons de réactifs sont déposés sur le lavabo, dans la même pièce que le reste du matériel et les patients venus se faire piquer.

-Une salle de vaccination: elle se décompose en une salle d'attente pleine d'une trentaine de femmes et d'enfants, et d'un bureau pour les injections, les registres et le réfrigérateur. Les vaccinateurs, un homme et une femme, appliquent le protocole de vaccination afghan. Ils ont les vaccins correspondant aux doses et présentations pédiatriques. Il n'y a pas de vaccin adulte. Il n'y a pas de vaccin anti-rabique, présent uniquement dans les grandes villes.

-Une salle de consultation pour les hommes: non visitée.

-Une salle d'isolement pour les tuberculeux: protocole DOTS avec l'aide de l'OMS, isolement complet, les repas étant payés et préparés par l'hôpital.

-Une salle d'eau.



Pharmacie de l'hôpital



Laboratoire de l'hôpital



Salle d'attente des vaccinations

Les 2 autres bâtiments, de part et d'autre de l'élément central, datent de 2006-2007 et ont été financées l'un par la Tchéquie, l'autre par l'Italie.

1.2. -Celui construit par l'Italie contient:

-La salle de radiologie. On y trouve une table de radiologie avec un appareil chinois ancien, une salle de commande séparée par un simple mur et une porte en bois (présence d'un tablier de plomb pour le technicien), une chambre noire.

-La salle de consultations pédiatriques.

-La salle d'urgences avec quatre brancards, un extracteurs d'oxygène et un peu de matériel de soins et d'injection déposés sur deux chariots. Présence de deux pieds à perfusion, d'un stérilisateur. A notre visite, les quatre brancards étaient occupés, deux par des membres de l'ANA, un par un jeune enfant, le dernier par une vieille femme sous oxygène.

-Deux chambres pour les patients contagieux (un cas de grippe H1N1 l'an dernier).

1.3. -Le bâtiment construit par la Tchéquie contient:

-La zone chirurgicale avec une salle opératoire rudimentaire contenant une vieille table opératoire, deux extracteurs d'oxygène dont un en panne, un cyalitique, un chariot pour poser le matériel et le matériel d'anesthésie. Ce dernier se compose uniquement de deux bouteille de gaz anesthésiant avec leurs raccords. Il n'y a pas de respirateur, la ventilation est donc 100% manuelle durant toute la durée des opérations.

-Une salle d'échographie: présence d'un appareil avec une seule sonde.

-Les chambres d'hospitalisations, non visitées.

1.4. Eau courante: forage avec pompe.

1.5. Electricité: l'hôpital possède une générateur individuel qui lui permet d'être indépendant par rapport au réseau électrique local vétuste et trop faible pour alimenter les matériels médicaux.

1.6. Toilettes : présence de toilettes dans les bâtiments mais pas de système de tout à l'égout: évacuation des eaux usées dans les rigoles artisanales qui traversent la ville.

1.7. DASRI: les DASRI sont détruits par incinération.

## Tableau récapitulatif des services

Service	Nombre de lits / consultations	Médecins	Infirmières	Principales pathologies traitées
Chirurgie	20 lits d'hospitalisation	1 chirurgien généraliste et 1 IADE	5 infirmiers	Plaies par balles AVP Calculs biliaires et rénaux Goîtres thyroïdiens Tumeurs cutanées
Médecine		1 pédiatre, 3 médecins généralistes dont une femme		Paludisme, Leishmaniose, Tuberculose, Diarrhées, Malnutrition, Poliomyélite
Obstétrique		Pas de spécialiste, 3 sages-femmes		Suivi de grossesses Accouchements voie basse Césariennes
Dentaire	1 salle d'accouchements 1440 accouchements/an	1 dentiste prévu, pas encore arrivé		Traitement des caries
Laboratoire		2 techniciens		Examens sanguins, urinaires, de selles, recherche de BK, de paludisme
Vaccinations		2 vaccinateurs: 1 homme, 1 femme		DTP, rougeole, HVB,
Pharmacie		1 pharmacien		
Radiologie		1 technicien		

### 2. Consultations:

Horaires: 6 jours sur 7, de 8h à 14h sauf le vendredi (de 8h à 12h).

Urgences toute la journée.

### 3. Nombre de patients:

Le médecin chef de l'hôpital évalue le nombre de patients par jour (consultations+ hospitalisations) à plus de 200. Sur le temps de notre visite, nous comptons effectivement plus d'une trentaine de personnes en salle de vaccination, autant à proximité des urgences, et un grand nombre consultants ou familles de consultants dans les jardins de l'hôpital.

#### 4. Matériels:

Matériel	Matériels présents	Matériels manquants
Nombre de respirateurs	0	1
Oxygène mural	0	
Oxygène en bouteilles	2 extracteurs d'oxygène + 1 troisième en panne	Pas d'extracteur d'oxygène dans les salles d'hospitalisation
ECG	?	
Matériel de chirurgie Autoclave	Petit matériel 1 1 vieille table de chirurgie	Pas de kit orthopédique Pas de kit d'urologie, thoracique Pas de matériel de stérilisation de la salle opératoire de type vaporisateur de formaldéhyde
Vaccins	L'hôpital est approvisionné en vaccins dans le cadre du programme national de vaccination des enfants et des femmes de 15 à 45 ans.	
Matériel à usage unique	Champ stériles, kits de pansements, seringues, aiguilles, compresses, gants	Matériel présent en faible quantité
Pèse bébés	2	En souhaiterait 2 de plus
Couveuses	1	En souhaiterait 1 de plus
Monitoring femme enceinte	0	Pas de monitoring foetal
Ambulance	3 ambulances	
Radiologie	-1 table de radiologie chinoise ancienne -1 appareil d'échographie avec une seule sonde	-Une deuxième sonde d'échographie -Des plaques de radiographies de différentes taille
Laboratoire	-Bilans sanguins: NFS, Bilirubinémie, Cholestérolémie, Créatininémie, urée, Glycémie -Prélèvements urinaires: hématurie, leucocyturie, cellules épithéliales -Prélèvements de selles: hématies, leucocytes, pus -Ziehl-Neelsen -Paludisme: Frottis sanguin	-Un réfrigérateur -Des micropipettes -Une centrifugeuse

#### 5. Approvisionnements de la pharmacie et du matériel renouvelable:

L'approvisionnement de la pharmacie provient du Ministère de la Santé et d'une ONG. Des rumeurs sur la revente d'une partie des médicaments circule en ville. Présence de plusieurs boîtes de médicaments de fabrication danoise.

L'association BRAC aide à l'approvisionnement du laboratoire.

## 6. Financement:

- Du personnel: Ministère de la Santé
- Du matériel: Ministère de la Santé. Pas d'ONG
- De la pharmacie: Ministère de la Santé + ONG
- Des bâtiments: 1 bâtiment construit par l'Italie  
1 bâtiment construit par la Tchéquie

## 7. Besoins exprimés: (en gras, les besoins prioritaires)

<u>Objet</u>	<u>Quantité</u>	
<b>Air conditionné (froid et chaud)</b>	<b>4</b>	<b>hiver très froid et été très chaud</b>
<b>Amplificateur de brillance</b>	<b>1</b>	
Aspirateur à mucosités	1	
<b>Bistouri électrique</b>	<b>1</b>	
Bouteilles d'O2	10	
Bureaux	20	
<b>Défibrillateur</b>	<b>1</b>	
<b>Extracteur d'O2</b>	<b>1</b>	
<b>Grand autoclave</b>	<b>2</b>	<b>Priorité à au moins 1 autoclave</b>
<b>Kit orthopédique</b>	<b>1</b>	
Kit thoracique	1	
Kit urologique	1	
<b>Lampe ultraviolet à visée bactéricide</b>	<b>1</b>	<b>Alternative: un vaporisateur de formaldéhyd</b>
Lampes rechargeable	5	
Machine à laver	3	
Matériel de microbiologie	1	
<b>Moniteur cardiaque</b>	<b>1</b>	
<b>Monitoring foetal</b>	<b>1</b>	
Négatoscopes	4	
<b>Oxymètre de pouls</b>	<b>1</b>	
Perceuse électrique	1	
Photocopieuse	1	
<b>Plaques radiologiques de différentes tailles</b>	<b>3</b>	
<b>Réfrigérateur</b>	<b>2</b>	
<b>Respirateur</b>	<b>1</b>	
Scialytique	1	
<b>Scie électrique pour amputations</b>	<b>1</b>	
<b>Scie électrique pour plâtre</b>	<b>1</b>	
Table de bloc	1	
Tables d'examen	15	
Véhicule d'ambulance	1	
Ventilateurs	15	

# Dispensaire de Payendakhel

**Médecin chef:** Dr Muskinyar

## 1. Services et logistique :

Service	Médecins (généralistes/ spécialistes)	Infirmières / sages-femmes	Techniciens	Principales pathologies traitées
Chirurgie	Néant	Néant		Néant
Médecine + pédiatrie	1 médecin généraliste	Néant		Douleurs gastriques, articulaires, infections, plaies cutanées, paludisme, leishmaniose cutanée, teignes, diarrhées, parasitoses...
Obstétrique	Néant	Néant		Néant
Vaccinations			1 technicien vaccinateur	Vaccins du programme de vaccination
Urgences	Quelques urgences gérées par le médecin généraliste			Accidents de la route, accidents de travaux de champs
Anesthésie	Néant	Néant		Néant
Dentiste	Néant			Néant
Radiologie	Néant			Néant
Pharmacie			1 technicien en pharmacie	produits <i>per os</i> et injectables. Pour les injectables, les patients doivent acheter les seringues et aiguilles au bazar.

- Eau potable:** à notre première visite, présence d'un puits mais pas de pompe. Depuis le mois d'avril 2011: puits rénové par les CIMIC
- Electricité:** Présence de tout le système électrique et de deux générateurs mais pas de gazoil pour les alimenter... Les CIMIC ont pris contact avec un entrepreneur pour équiper le toit de plusieurs panneaux solaires permettant d'alimenter 3 appareils de moyenne consommation (dont un réfrigérateur).
- Elimination des déchets:** à notre première visite, présence d'un vieil incinérateur non utilisé: les déchets de soins traînaient dans la cours. A notre visite du 17 avril 2011, la cours était nettoyée, l'incinérateur avait été utilisé sur nos conseils de la précédente visite.

**5. Consultations:**

Nombre de consultations/jour: une quarantaine de consultants les jours de présence du médecin. De nombreuses vaccinations les jours de campagne de vaccination.

Horaires de consultations: de 9h à 12h.

**6. Hospitalisations:** Néant.

Nombre de lits d'hospitalisation: Néant.

Nombre de naissances: Néant.

**7. Matériels:**

Matériel	Matériels présents
Nombre de respirateurs	Néant
Oxygène mural	Néant
Oxygène en bouteilles	Néant
ECG	Néant
Matériel de chirurgie Autoclave?	Néant
Vaccins	Diphtérie, tétanos, poliomyélite orale et IM, VHB, Hib, rougeole. Vaccins conservés dans une glacière alimentée par une bouteille de gaz.
Matériel à usage unique	Quelques seringues
Pèse bébés	Un pèse bébé non utilisé
Couveuses	Néant
Monitoring femme enceinte	Néant
Ambulance	Néant
Radiologie	Néant
Laboratoire	Un microscope sans électricité

**8. Locaux:**

1 salle d'examen dans le bureau médecin, 1 salle d'allaitement, 1 salle de repos, 1 w.c.

**9. Approvisionnements de la pharmacie et du matériel renouvelable:**

Approvisionnement en médicaments par le gouvernement tous les 3 mois.

**10. Financement:**

Financement de l'hôpital et de son personnel par le gouvernement.

11. **Besoins exprimés:** de nombreux besoins notamment en médicaments et matériels d'examen.