

## LE SYSTÈME DE SANTÉ EN AFGHANISTAN : DIFFICULTÉS ET PERSPECTIVES INSTITUTIONNELLES

Lejars M

• *European Union Support to the Institutional Development of the Ministry of Public Health in Afghanistan, EPOS Health Consultants*

*Med Trop* 2008 ; **68** : 463-467

**RÉSUMÉ** • L'Afghanistan a été anéanti par des années de conflits. Pour répondre à l'urgence et étendre rapidement les services de santé, le Ministère de la Santé publique a développé, avec l'assistance des bailleurs de fonds, un paquet de services de santé de base délivré par des ONG sous contrat avec lui, puis un paquet de services essentiels au niveau hospitalier. Le ministère s'est réservé le rôle de pilote du système de santé. Afin de remédier aux problèmes et difficultés qui affectent son rôle, des réformes sont en cours, et une nouvelle stratégie nationale du secteur santé est en développement dans le cadre de la Stratégie Nationale de Développement. Un projet d'appui au renforcement institutionnel du niveau national, sous financement européen, vise à renforcer les capacités du Ministère de la santé à jouer de façon plus efficace et transparente son rôle de pilote et de gestionnaire. Ce projet est impliqué dans toutes les stratégies et les voies futures que le Ministère de la santé s'ouvre pour améliorer son niveau institutionnel. Il renforce la planification et le suivi évaluation ; l'établissement d'une assurance qualité ; le développement de méthodes de financement de la santé ; la gestion des ressources humaines ; la réforme administrative en cours et la lutte contre la corruption ; la gestion financière et d'approvisionnement. Sa diversité est un gage de succès. Mais ce renforcement institutionnel est un processus de longue haleine qui reste sous la menace de l'instabilité politique et de l'insécurité existantes.

**MOTS-CLÉS** • Afghanistan, système de santé, renforcement institutionnel, Union Européenne.

### HEALTH SYSTEM IN AFGHANISTAN: PROBLEMS AND INSTITUTIONAL PERSPECTIVES

**ABSTRACT** • Afghanistan has been ravaged by years of conflict. To provide emergency services and restore access health services, the Public Health Ministry with the assistance of partners developed first a package of basic health services delivered by NGO contractors and second a package of essential hospital services. The Ministry's role consists of providing guidance. To reduce the many issues and problems affecting this role, reforms are now being undertaken and a new national health care strategy is being developed within the framework of the National Development Strategy. An institution-building project has been initiated with European Union funding to allow the Health Ministry to carry out its stewardship and management functions with greater effectiveness and transparency. This project is essential for the successful outcome of all future strategies and programs planned by the Health Ministry to enhance its institutional effectiveness. The objectives of this project are to strengthen planning and auditing activities, promote quality assurance, implement funding mechanisms for health-related activities, organize management of human resources, maintain ongoing efforts to reform the administration and fight against corruption, and lay the foundations for managing finances and procurement. The scope of this project underlines the importance of its outcome. However the institution-building process will be long and constantly threatened by political instability and insecurity.

**KEY WORDS** • Afghanistan – Health care system – Institution building - European Union.

L'Afghanistan est la plaque tournante de l'Asie Centrale, voie de passage vers la Chine sur la route de la soie. Les armées d'Alexandre le Grand, Gengis Khan, Tamerlan, se sont battues pour le conquérir. Il a toujours été l'enjeu des politiques internationales ; au centre du « Grand Jeu » entre Russie et Empire Britannique. Déjà, face à l'occupation anglaise, le Royaume de l'Insolence (1) semblait se dissoudre en poussière ; les tribus se réfugiaient dans leurs vallées et harcelaient l'armée étrangère. Il s'organise encore aujourd'hui autour d'un flux imprévisible de changements constants d'alliances entre seigneurs de guerre.

En 2001 (1380 de l'Égire, calendrier officiel), la chute des Talibans apporta une vague d'espoir dans la résolution d'années de conflits en Afghanistan. L'agrément de Bonn signé fin 2001 permit la constitution d'une administration intérimaire. Un gouvernement de transition nomma Hamid Karzai qui fut confirmé comme Président de

la République Islamique d'Afghanistan par des élections démocratiques en octobre 2004.

Le premier Rapport National de Développement Humain (2005) a classé l'Afghanistan au 173<sup>e</sup> rang de l'Index de Développement Humain sur 178 pays. Un tiers de l'économie du pays repose sur la culture du pavot malgré sa prohibition, fournissant 90% de l'opium mondial. Les conflits laissent derrière eux une pauvreté galopante, des infrastructures scolaires, hospitalières, routières délabrées voire inexistantes dans les régions les plus isolées, et un nombre limité de professionnels qualifiés, en particulier les femmes. L'inefficacité du secteur public est la règle.

Le gouvernement a rapidement souligné son engagement à atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (MDGs) (2),

et l'a confirmé dans sa Stratégie Nationale de Développement de l'Afghanistan (ANDS) (3) qui vise à réduire la pauvreté et atteindre les objectifs en matière de santé. Les bailleurs de fonds et la communauté internationale ont depuis 2002 engagé plus de 10 milliards de dollars dans la reconstruction



Illustration 1. Carte de l'Afghanistan

• Correspondance : marc.lejars@orange.fr

# Sur Place Sur Place Sur Place

Bailleur	Provinces financées	Millions de USD
Communauté Européenne	10	20.161
USAID	13	24.100
Banque Mondiale	11	20.825
Total	34	65.026

Figure 1. Financements des principaux bailleurs.

du pays. Le secteur de la santé est soutenu par trois bailleurs principaux : la Banque Mondiale, l'USAID et l'Union Européenne qui se sont partagé les 34 provinces du pays et qui financent en priorité les soins de santé primaire (Fig. 1). Parmi ces multiples projets d'appui, un projet de renforcement institutionnel du Ministère de la santé au niveau national, sous financement européen, a démarré en mars 2007, pour une période de 24 mois.

## Description du système

Le système de santé était effondré et les indicateurs de santé désastreux (Fig. 2, 3, 4, 5). Le Ministère de la santé a développé, à partir de 2002, des stratégies pour répondre à l'urgence et étendre le plus rapidement possible les soins de santé primaire à la population qui vit souvent au-delà de toute possibilité d'accès aux plus rudimentaires services de santé. À cette époque, 9% de la population est estimée couverte par les services de la santé (Fig. 5). Les politiques de soins de base puis du secteur hospitalier ont été définies et mises en place (4).

Un paquet de services de santé de base (Basic Package of Health Services - BPHS) (5) a été élaboré, et mis en œuvre dès 2004 autour d'une classification standard de structures de santé (Fig. 6). Ce paquet inclut un lot d'interventions portant une attention

## Indicateurs généraux

Population officielle 24,1M (estimation Office Central des Statistiques 2007, à compter du dernier recensement 1979 et sachant qu'il n'y a ni certificats de naissances ni de décès)  
 Hommes 51 %, Femmes 49 %  
 Rurale 78 %, Urbaine 22 %, 6% Nomades  
 GDP per capita \$329 (Ministère de la santé)  
 Espérance de vie à la naissance Hommes 47 ans, Femmes 45 ans  
 Population ayant accès à l'eau potable 21 % (Banque Mondiale 2000)  
 Population urbaine ayant accès à des structures d'assainissement 30 % (Banque Mondiale 2000)  
 Nombre de docteurs 1 pour 10000  
 Nombre de paramédicaux 1 pour 3300 personnes

Figure 2. Indicateurs généraux (Source Ministère de la santé).

particulière à la femme et à l'enfant. Tout naturellement, le Ministère de la santé s'est tourné vers les ONG qui suppléaient aux soins de santé durant les années de guerre, pour étendre leur capacité à mettre en œuvre ce BPHS. Avec l'assistance technique et financière des bailleurs de fonds, conduits par la Banque Mondiale, le ministère dès 2003 contacta ces ONG (6) (au travers d'une Unité de Gestion des Donations et Contrats (Grants and Contract Management Unit - GCMU) pour fournir les services de santé dans les régions les plus mal servies. L'expansion des services de santé a été rapide ; le BPHS est délivré en 2007 dans 31 des 34 provinces, et dans les districts où vit 82% de la population (Fig. 5). Cette expansion s'est faite dans une grande inégalité de distribution des structures de santé et des services entre les districts d'une même province et entre zones urbaines et zones rurales où les populations sont souvent extrêmement isolées. Elle reste confrontée à la standardisation des pratiques dans la délivrance des services par les ONG et au manque d'équité. Les femmes, en particulier, ont un accès très limité aux services de santé maternelle du fait de contraintes culturelles, traditionnelles, d'un bas niveau d'éducation et par manque

de personnel féminin qualifié. De plus, malgré l'expansion rapide, il persiste un manque de structures, et quand ces structures existent, elles n'ont souvent pas le minimum requis (eau potable, personnel, équipement), ce qui diminue d'autant la disponibilité du BPHS.

Une évaluation nationale du secteur hospitalier, conduite en 2003, a montré le peu de structures de référence (Fig. 7) et leur manque d'approvisionnement en eau, électricité, leur sous-équipement et leur entretien insuffisants. En 2005 un paquet essentiel de services de santé (Essential Package of Health Services - EPHS) (7) a été développé (Fig. 8). Il définit tous les éléments des services hospitaliers, et promeut un système de référence intégrant BPHS et le secteur hospitalier. Il est actuellement mis en œuvre dans seulement six hôpitaux gérés par des ONG et dans cinq hôpitaux gérés par le Ministère de la santé. Les hôpitaux sont souvent sous-utilisés avec un pourcentage d'occupation des lits inférieur à 50%, surchargés en personnel, en particulier dans les zones urbaines les plus importantes, mais en manque de personnel féminin. De plus, le BPHS et le EPHS, développés séparément à des périodes différentes, sont gérés en parallèle perturbant l'élaboration d'un lien et d'un système de référence entre les différents niveaux du système de santé.

Le système de santé manque cruellement de personnel de santé qualifié (Fig. 2). Sa formation, conduite pour un besoin immédiat durant les années de conflit, a poussé le personnel existant à travailler au-delà de ses possibilités. De plus, de fausses qualifications sont communes et leur contrôle inexistant. Néanmoins, la formation des infirmières a été formellement accréditée et 50% des nouveaux inscrits sont des femmes. Dix-huit nouvelles écoles de sages-femmes ont été créées dans les provinces où 540 étudiantes sont en formation.

Le personnel de santé est recruté soit par les ONG sous contrat avec le Ministère de la santé (8500 personnes) soit directement par celui-ci (12700 personnes). Le processus de recrutement au sein du Ministère de la santé doit suivre les règles de la réforme de l'Administration Publique. Plus de deux mille personnels (soignant et administratif) ont déjà

Mortalité	2002 UNICEF	2006 AHS*
Mortalité des moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes	257	191
Mortalité infantile	165	129
Mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	1600	

\* Afghanistan Household Survey 2006 (Johns Hopkins University)

Figure 3. Mortalité

## État de santé de la population en Afghanistan

Les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la rougeole sont les premières causes de mortalité des moins de cinq ans. La prévalence du sida est inférieure à 0,5% mais représente une menace dont l'expression n'est pas connue. En effet, l'utilisation de drogues injectables, le manque de sécurité transfusionnelle et le manque de pratiques d'hygiène et de stérilisation élémentaires contribuent au risque.

Conséquences des années de conflit sont l'augmentation des désordres mentaux, le nombre important de problèmes psychologiques dans la population affectée dans ses mécanismes de survie et le nombre de handicapés pour lesquels traitement et services doivent être développés.

Figure 4. État de santé de la population en Afghanistan.

# Sur Place Sur Place Sur Place

Indicateurs de santé	2004	2005	2006
% de la population vivant dans les districts où le BPHS est mis en œuvre	9 %	77 %	82 %
% des structures de santé assurant les accouchements selon les exigences du BPHS	25,4 %	22,3 %	42,3 %
% des structures délivrant de soins prénataux de routine	62 %	79,3 %	84,9 %
% des structures avec au moins une femme médecin, infirmière ou sage-femme	38,9 %	64,4 %	76 %
% des femmes recevant des soins prénataux de personnel qualifiés durant la grossesse (ayant eu une grossesse ces 2 dernières années et reçu au moins une fois des soins prénataux par une personne qualifiée (médecin, infirmière, sage-femme)	4,6 %	12,6 %	32,3 %*
% de femmes dont le dernier accouchement était assisté par un médecin, infirmière ou sage femme	6 %	8,4 %	18,9 %*
% d'enfants complètement vaccinés contre la polio (OPV3)	29,9 %	49,2 %	69,7 %*

\* *Afghanistan Household Survey 2006 (Johns Hopkins University)*

Figure 5. Indicateurs de santé (Source Ministère de la santé).

été recrutés au travers de cette Réforme Prioritaire et de Restructuration (Priority Reform and Restructuring - PRR) (8). Théoriquement, le processus est transparent et compétitif. Malheureusement il devient un « Priority Recruitment of Relatives » (recrutement prioritaire de parents).

Pour reconstruire son système de santé l'Afghanistan affronte d'importants défis en matière de financement de ces services. Les dépenses annuelles du gouvernement en matière de santé représentent environ 0,8 % du PNB. Ces fonds sont insuffisants même pour assurer un service minimum à la population. La majeure partie vient de l'extérieur. Les estimations montrent que sur les \$117M (\$90M de budget de développement et \$27M de budget opérationnel) 90% vient des bailleurs (100% du budget de développement et 60% du budget opérationnel) (Source: Département du financement de la santé, Ministère de la santé publique, 2007). De plus une étude nationale des consommateurs de services de santé montre que la dépense moyenne annuelle per capita des ménages est d'environ \$28,5 (9). Actuellement les pratiques sont multiples, dépendent des ONG et varient d'un district à un autre. Certaines ONG délivrent les soins gratuitement, d'autres demandent un paiement à l'acte et/ou des médicaments, des examens prescrits. Il n'y a aucune standardisation de ces paiements et des pratiques, et dans tous les cas le recouvrement n'excède pas les 10 à 15 % des coûts réels.

Le Ministère de la santé s'est réservé le rôle de pilote du système de santé (10) : la définition des politiques de santé, l'établissement des priorités, l'assurance de qualité, la gestion, le suivi et l'évaluation. Il se concentre sur : le BPHS, le EPHS, les maladies transmissibles (la plupart des programmes de contrôle des maladies transmissibles sont inclus dans le BPHS et le EPHS, mais certains comme la TB, le Paludisme, le VIH/Sida sont renforcés par des programmes verticaux) et le développement institutionnel. Malgré des résultats

encourageants, un certain nombre de problèmes et de difficultés, qui affectent son rôle de pilote, restent à résoudre :

- \* une faible organisation, gestion et planification de la santé ;

- \* une mise en oeuvre insuffisante des trop nombreuses politiques et stratégies de santé prioritaires (il y a au moins 18 stratégies prioritaires) ;

- \* une fragmentation des fonctions du ministère (par exemple, il existe trois entités travaillant sur le système d'approvisionnement : le GCMU, l'unité de gestion du Fonds Global pour le Sida, la Tuberculose et la Malaria [GFMU - Global Funds Management Unit] et le « Directorate for Provision and Procurement »). Il existe également trois unités gérant les ressources

## BPHS

### Classification Standard des structures de santé offrant le BPHS :

- Poste de santé (Health Posts - HPs): couvre une population de 1,000-1,500, pourvu de deux travailleurs de santé communautaire (Community Health Worker - CHW), un homme et une femme sélectionnés par la communauté. C'est le premier point d'entrée du service de santé avec l'éducation sanitaire, les campagnes de vaccinations et un tri basique des patients;
- Sub-centre (Sub-Health Centre - SHC): couvre une population d'environ 5,000, pourvu de cinq travailleurs de santé communautaire. Il délivre le même type de services que les postes de santé ;
- Centre de santé de base (Basic Health Centre - BHC): couvre une population de 15,000-30,000 population, pourvu de neuf travailleurs de santé. Il délivre les soins ambulatoires, vaccinations et des soins d'urgence de base ainsi qu'une hospitalisation pour observation des patients;
- Centre de santé étendu (Comprehensive Health Centre - CHC): couvre une population de 30,000-60,000 population, géré par dix-huit travailleurs de santé incluant un médecin. Il délivre soins ambulatoires, des soins d'urgences, en particulier obstétriques et un service d'hospitalisation avec un service de diagnostic de base;
- District Hospital (DH): couvre une population de 60,000- 300,000 population, pourvu d'environ trente sept travailleurs de santé.

### Type de soins théoriques délivrés par le BPHS

- *Santé Maternelle et Infantile*  
Prénatal, accouchement et postnatal, planning familial, soins du nouveau-né
- *Santé de l'enfant et vaccination*  
Programme élargi de vaccination, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- *Nutrition*  
Supplément nutritionnel et traitement de la malnutrition
- *Maladies transmissibles*  
Contrôle de la Tuberculose et du Paludisme
- *Santé Mentale*  
Prise en charge et gestion communautaire des problèmes de santé mentale, prise en charge du traitement
- *Incapacité*  
Physiothérapie intégrée dans les soins de santé primaire, orthopédie en hôpital
- *Approvisionnement en médicaments essentiels*

ANDS, Ministère de la santé, Stratégie Nationale du Secteur Santé 2008-2013

Figure 6. BPHS (Source Ministère de la santé).

## Structures de santé

### Structures de santé dépendantes du Ministère de la santé

Nombre de structures de santé standard fonctionnelles 856  
 Nombre d'hôpitaux 119 dont 29 à Kaboul  
 Nombre d'hôpitaux régionaux 4  
 Nombre d'hôpitaux provinciaux 27 dont 14 fonctionnent comme des hôpitaux de district  
 Nombre d'hôpitaux de district 51  
 Nombre de lits 4 pour 10000 - varie de 0,61 lits pour 10000 habitants (Uruzgan) à 10 lits pour 10000 (Kaboul)

### Autres structures de santé à Kaboul

Hôpital militaire 400 lits  
 Hôpital de la Police 100 lits  
 Hôpital des Forces de Sécurité 150 lits

Figure 7. Structures de santé à Kaboul (Source Ministère de la santé)

## EPHS

### Hôpital de District:

30-75 lits, couvre une population de 100,000-300,000 dans 1-4 districts ; délivre les services suivants : chirurgie de base, médecine, gynécologie et obstétrique, pédiatrie, santé mentale, dentisterie, nutrition, pharmacie, physiothérapie, laboratoire, radiographie et banque de sang

### Hôpital Provincial:

100-200 lits, délivre tous les services ci-dessus plus des services rééducation et de contrôle des maladies infectieuses

### Hôpital Régional:

200-400 lits, délivre tous les services ci-dessus plus la chirurgie ORL, urologie, neurologie, orthopédie, plastique et la médecine cardio-vasculaire, endocrinologie, dermatologie, pulmonaire et thoracique, cancérologie et médecine légale

Figure 8. EPHS (Source Ministère de la santé)

## Résultats attendus par la Stratégie Nationale du Secteur Santé 2008-2013

- Mortalité Maternelle réduite de 15% (de 1600 pour 100,000 à 1360 pour 100,000 naissances vivantes)
- Mortalité des moins de 5 ans réduite de 20% (de 210 à 168 pour 1000 naissances vivantes)
- Mortalité Infantile réduite de 20% (de 130 à 104 pour 1000 naissances vivantes)
- Le BPHS disponible pour plus de 90% de la population.
- Le EPHS disponible dans hôpitaux 80 districts, 17 provinciaux, et 9 régionaux
- La couverture nationale pour 3 doses de vaccin Diphtérie, Coqueluche et Tétanos (DPT) chez les enfants entre 12-23 mois sera supérieur à 80%
- La séro-prévalence du HIV est maintenue en dessous de 0,5%
- 70% des nouveaux cas de tuberculose sont détectés et 85% traités avec succès
- 80% des cas simples de malaria et 90% des cas sévères et compliqués sont pris en charge conformément aux guidelines de diagnostic et traitement
- Dans tous les districts il y a au moins une structure de santé délivrant des soins pour la santé mentale et l'incapacité comme définis dans le BPHS

Figure 9. Résultats attendus par la Stratégie Nationale du Secteur Santé 2008-2013.

financières : le GCMU, le GFMU, la Direction des Finances et du Budget. Ces unités travaillent en redondance ;

\* une carence d'information fiable malgré des gestionnaires quelquefois submergés d'information, les rapports donnent peu d'information, les informations sont contradictoires selon leur source, et l'information sur la santé dépend plus d'études et d'enquêtes que d'information de routine ;

\* une absence de communication entre les différentes directions générales ainsi qu'entre niveau national et niveau provincial ;

\* une faible coordination des activités entre les différents acteurs, en dépit des

mécanismes en place (groupes consultatifs, groupes de travail réguliers) qui limités à l'échange d'information ne sont pas orientés vers la prise de décision et l'action.

## Perspectives d'amélioration du niveau institutionnel

Un projet d'appui au renforcement institutionnel du niveau national, sous financement européen vise à renforcer les capacités du Ministère de la santé à jouer de façon plus efficace et transparente son rôle de pilote et de gestionnaire du système de santé (11). Il

s'appuie sur six experts long terme qui mettent en oeuvre sept composantes au niveau de trois directions générales (Politique de santé et de la Planification ; Services Curatifs et Diagnostiques ; Administration Générale) parmi les sept que comporte actuellement le ministère. Ces sept composantes sont :

1. un appui à la définition des politiques de santé et à la planification ;
2. un appui à la mise en œuvre des financements des services de santé ;
3. un appui au suivi et évaluation pour l'amélioration de l'information de santé ;
4. un renforcement de l'administration, de la gestion et de l'approvisionnement ;
5. un soutien à la gestion des ressources humaines ;
6. un renforcement de l'intégrité et de la transparence ;
7. un renforcement du système hospitalier.

Ce renforcement des capacités a démarré en mars 2007 pour 24 mois.

Les objectifs du projet s'intègrent dans la nouvelle stratégie du secteur de la santé pour 2008-2012 (12) (Fig. 9) qui est en cours de développement dans le cadre de l'ANDS. Certains changements proposés par le projet semblent s'inscrire dans les voies futures que le Ministère de la santé s'ouvre pour améliorer les services de santé et son niveau institutionnel.

Le Ministère prévoit, pour son renforcement institutionnel, les stratégies suivantes : (1) le renforcement de la planification et du suivi évaluation ; (2) l'établissement d'une assurance qualité ; (3) le développement de méthodes de financement de la santé ; (4) le renforcement des ressources humaines, en particulier le personnel féminin ; (5) la continuation de la réforme PRR ; (6) le renforcement des régulations et des lois pour les secteurs public et privé ; (7) le renforcement de la gestion et de la coordination au niveau provincial. À l'exception de la dernière, le projet est impliqué directement dans toutes ces stratégies.

Le projet renforcera les capacités institutionnelles pour que soit mis en place un processus de planification annuelle basé sur une analyse des besoins de santé (en particulier par des revues sectorielles régulières) et un système d'information et de suivi évaluation fiable.

Le nouvel organigramme du Ministère de la santé qui ne comportera plus que cinq directions générales devrait réduire le niveau de fragmentation des fonctions.

Une direction unique sera désormais en charge des finances et une autre, unique également, de l'approvisionnement. Le projet renforcera leurs capacités administratives et gestionnaires pour assurer l'intégration des différentes unités financières et d'approvisionnement existantes au sein de leur même direction. De plus les procédures adminis-

tratives de gestion et d'approvisionnement sont revues, pour une meilleure efficacité et une meilleure transparence.

Un même département intègre déjà toutes les unités - suivi et évaluation, système d'information de santé, recherche - dans un système exhaustif d'information afin de fournir des informations fiables à la prise de décision. Une stratégie spécifique (13) a été développée à cet effet.

Une même direction générale (Direction Générale de la Provision de Services de Santé - Health Service Provisions) sera en charge du BPHS et de EPHS, au lieu des trois précédentes (Directions Générales : de la Médecine Préventive et des Soins de Santé Primaire ; des Services Curatifs et Diagnostiques ; de la Santé Publique Provinciale) qui travaillent séparément et souvent de façon conflictuelle. Ceci devrait permettre une vision exhaustive des soins de santé, incluant BPHS et EPHS et un système de référence fonctionnel entre les différents niveaux. Pourtant le renforcement du niveau provincial, pour une décentralisation efficace, pourrait être affecté par la disparition de la Direction Générale de Santé Publique Provinciale (actuellement appuyée par un autre projet européen de renforcement institutionnel), donc de l'absence d'organe de coordination au niveau national.

Une Unité de Gestion de la Mise en œuvre de la Réforme Administrative (Reform Implementation Management Unit - RIMU), sous tutelle de la Commission du Service Publique, vient de s'installer au ministère (nouveau projet aussi financé par l'Union Européenne). Cette unité, en synergie avec le projet, vise à améliorer : la gestion des ressources humaines en révisant les procédures de salaire, de promotion, et de recrutement basés sur le mérite et la gestion de la performance ; la planification du développement des ressources humaines et de la formation. Plus spécifiquement le projet renforcera la coordination des activités de formation, elles aussi regroupées au sein d'une même direction. Un système d'accréditation du personnel par diverses associations professionnelles (infirmières, médecins) pourrait être développé, avec l'introduction de standards professionnels afin d'assurer un meilleur niveau de transparence et d'intégrité.

Actuellement il n'existe aucune possibilité de recours contre l'administration et le ministère pour malversation. La nomination d'un Ombudsman<sup>1</sup> pour le secteur santé, le développement de standards professionnels, et un plan à long terme de lutte anti-corruption au sein du ministère serait

une première au sein de l'administration publique. Ces propositions font encore l'objet de discussions.

Le ministère examine toutes les options de sources additionnelles de revenus en matière de financement de la santé (14) (de la poursuite d'un projet pilote de paiement direct de services à la reprise du système de sécurité sociale qui existait sous l'ère soviétique) afin de diminuer sa dépendance des bailleurs de fonds. Une stratégie de mise en œuvre de la politique de financement des services de santé est en cours de développement, visant aussi à améliorer l'allocation des dépenses et leur gestion.

## Conclusion

Des efforts importants ont été faits. Ils doivent et vont se poursuivre pour transformer le Ministère de la santé en une institution fonctionnelle capable de développer des politiques basées sur une information pertinente et fiable, et des stratégies permettant de réduire efficacement les niveaux de mortalité et de morbidité. Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions, mesurer l'impact et les résultats de ce projet ambitieux. Mais la diversité et la nature de ses activités lui procure un avantage certain de succès. Cependant le renforcement institutionnel, dans ces conditions d'extrême désorganisation, est un processus de longue haleine. Les experts ne peuvent que conseiller, guider, appuyer le développement et la réforme qui doivent être entrepris par le ministère. Maintenir l'équilibre entre le rôle de conseiller et le rôle de gestionnaire est souvent difficile devant l'urgence, l'inorganisation, et la demande express du ministère à produire des résultats immédiats, sous la pression politique et de la population ne voyant venir aucun résultat tangible. Les efforts internationaux sont aussi mal coordonnés, et la manne financière est jugée insuffisante en comparaison avec d'autres pays en situation de post-conflit.

Malheureusement l'instabilité politique et l'insécurité ont augmenté constamment en 2007, en particulier dans les provinces du sud et du sud-est. Ces provinces sont parmi les plus pauvres. De nombreux travailleurs de santé ont été pris en otages, tués. C'est une contrainte majeure à l'expansion des services de santé dans ces régions du pays. La population, en particulier les femmes, le personnel de santé sont limités dans leurs déplacements. Le recrutement et la participation des femmes comme travailleurs de santé est même impossible dans certaines régions. Cela entraîne une faible fréquentation des structures de santé, le mauvais fonctionnement de ces dernières et des programmes de proximité comme le programme élargi de

vaccination. Les seigneurs de guerre et les combattants islamistes, l'explosion du trafic de drogue, la corruption sont les plus grandes menaces pour la reconstruction et la paix. ■

## POUR EN SAVOIR PLUS

1. Barry M. Le Royaume de l'Insolence, l'Afghanistan 1504-2001. Paris : Flammarion. 2001.
2. Millennium Development Goals, Islamic Republic of Afghanistan, Country Report 2005, Vision 2020.
3. Islamic republic of Afghanistan. Afghanistan National Development Strategy. Executive Summary, an Interim Strategy for Security, Governance, Economic Growth and Poverty Reduction. Kabul. 2005.
4. Waldman R, Strong L, Wali A. Afghanistan's Health System since 2001 : Condition Improved, Prognosis Cautiously Optimistic. AREU. 2006.
5. Ministry of public health. A Basic Package of Health Services for Afghanistan 2005/1384. Ministry of public health, Islamic Republic of Afghanistan. 2005.
6. Bousquet C. Linking Relief, Rehabilitation and Development Programme in Afghanistan, Performance based contracting for health service delivery in post-conflict Afghanistan: Is there still a case for debate? Urgence, Réhabilitation, Développement URD Group. 2005.
7. Ministry of Public Health. The Essential Package of Hospital Services for Afghanistan 2005/1384. Ministry of Public Health, Islamic Republic of Afghanistan. 2005.
8. Bousquet C. Linking Relief, Rehabilitation and Development Programme in Afghanistan, Health Sector Review (2001-2006). Urgence, Réhabilitation, Développement URD Group, 2005.
9. 2004 Afghan National Health Services Performance Assessment. Health seeking behaviour, health expenditures and cost sharing practices in Afghanistan. Kabul: Johns Hopkins University Third-Party Evaluation Team and Afghanistan Ministry of Public Health, Policy and Planning Division. 2006.
10. National Health Policy 2005-2009 and National Health Strategy 2005-2006 a Policy and a Strategy to accelerate implementation. Kabul : Ministry of Public Health. 2005.
11. EPOS Health Consultants. Support to the institutional Development of the Ministry of Public Health, ECDEL/50/C/CSV/ Afghanistan/2006. Inception report. European Union, Islamic Republic of Afghanistan. 2007.
12. Islamic Republic of Afghanistan. Draft Health and Nutrition Sector Strategy 2008-2013, Afghanistan National Development Strategy. 2007.
13. Strategic Plan for the Monitoring and Evaluation Department 1386-1390, Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health, July 2007.
14. Ministry of Public Health. National Policy on Health Financing and Sustainability, Health care financing directorate, Health Financing and Sustainability task force. Kabul. 2007.

1. Ombudsman désigne dans de nombreux pays l'équivalent de la fonction de médiateur de la République dans plusieurs pays francophones, ou de défenseur du peuple dans des pays hispaniques, ou encore de défenseur du citoyen, ou bien encore ombudsman parlementaire. Le champ de compétence d'un ombudsman porte sur des différends de type administratif dans le secteur public ou privé. Le recours à un ombudsman est gratuit.