

## **L'AIDE HUMANITAIRE ET LA SANTÉ DE LA POPULATION AFGHANE SOUS LE RÉGIME DES TÂLEBÂN**

**Valéry RIDDE**

département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec, G1K 7P4, Canada  
valery\_ridde@hotmail.com

*En Afghanistan, la plupart des organisations internationales ont mis en place la méthode du paiement direct lors de l'utilisation des services. Ce mode de financement a des incidences sur la viabilité des formations sanitaires (efficacité) et sur l'équité dans le financement et l'accès aux soins. À l'aide d'une étude économique, d'un recensement hospitalier et d'une enquête auprès de 120 ménages choisis aléatoirement dans une province de l'Est du pays, nous avons réalisé une évaluation des effets de cette modalité de paiement. La tarification correspond à 4,2% des dépenses de fonctionnement de l'hôpital et 10,2% et 9,7% pour deux dispensaires. Aucun mécanisme d'exemption pour les indigents n'est en place. Alors que le forfait pour l'hospitalisation est de 20.000 Afghanis, les malades ont dépensé 340.000 Afghanis depuis leur admission. 82% affirment n'avoir pas suffisamment de ressources pour subvenir aux dépenses d'hospitalisation. En moyenne 7,37% des dépenses des ménages sont réalisées pour leur santé. 75% des ménages sont endettés. Le ratio moyen des dépenses de santé par rapport à la richesse des ménages est de 14,42% et les plus pauvres dépensent plus que les plus riches (29,70% vs 7,02% ; p=0,000). Le secteur privé est plus utilisé que le public alors qu'il est jugé plus sévèrement en ce qui a trait aux prix des consultations et des médicaments. Le paiement direct demeure inefficace et inéquitable et ne doit pas constituer le mode de financement choisi à l'occasion de la reconstruction du système de santé. En attendant la mise en œuvre d'un financement public, des systèmes de partage des risques locaux ou nationaux doivent être combinés avec d'autres modalités et des mécanismes d'exemption communautaire, afin de limiter l'exclusion.*

Mots-clé : Afghanistan, paiement direct, dépenses de santé, équité, efficacité

---

### **INTRODUCTION SUR L'AIDE HUMANITAIRE EN AFGHANISTAN**

Bien que les Afghans souffrent de tous les maux depuis près d'un quart de siècle sans pour autant recevoir l'aide nécessaire, il semble que la communauté internationale comprenne enfin, et à quel prix, qu'il devient indispensable de tout mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population afghane. Certains utilisent d'ores et déjà, non pas le qualificatif de « réhabilitation », mais bien le terme de « reconstruction ». Fin novembre 2001, la Banque Mondiale a organisé une grand-messe, dans la capitale pakistanaise, dont le titre est sans équivoque « preparing for afghanistan's reconstruction ». Il a donc fallu attendre les attentats de septembre 2001 pour que le monde consente, enfin, à regarder du côté de Kaboul. Et pourtant, avant l'invasion soviétique en 1979, des programmes de coopération bilatérale, d'origine largement exogène, existaient dans ce pays de l'Asie Centrale. Ils étaient principalement concentrés dans les villes. L'invasion changea complètement le type d'intervention humanitaire. A partir de cette date, l'aide est devenue majoritairement non gouvernementale ou multilatérale par l'intermédiaire, d'une part, des organisations non gouvernementales (ONG), et d'autre part, des agences des Nations Unies (NU). Il faut le reconnaître, la plupart des ONG dans le domaine de la santé sont, à cette époque, d'origine européenne et encore bien peu d'organismes canadiens se rendent dans le pays. C'est à ce moment que l'ONG Aide Médicale Internationale (AMI), qui gère le programme dont il est question dans ce chapitre s'organise, depuis le centre de la France pour venir en aide à la population afghane. C'est l'époque des « cross-border », ces volontaires des ONG qui passent illégalement la frontière pakistanaise à l'aide de caravanes de chameaux et d'ânes chargés de médicaments. À l'image des « médecins aux pieds nus » chinois, des formations de professionnels médicaux de niveau intermédiaire sont dispensées à Peshawar, à la frontière afghano-pakistanaise, à l'intention de jeunes afghans préalablement sélectionnés par les différents groupes de résistants. L'objectif est qu'une fois l'enseignement terminé, ils puissent clandestinement retourner à l'intérieur du pays dispenser des soins médicaux de base, puisque l'aide internationale ne peut agir officiellement. Les réfugiés affluent dans les pays limitrophes et reçoivent la grande majorité de l'aide internationale comparativement à ceux qui sont restés à l'intérieur du pays<sup>1</sup> [1]. C'est également le temps où les chefs de guerre locaux comprennent toute l'importance de l'aide humanitaire pour leur pouvoir et, sous prétexte d'arguments relatifs à

---

<sup>1</sup> 400 millions de dollars par an pour les réfugiés durant la seconde moitié des années 80 contre 20 millions pour ceux de l'intérieur

la sécurité, influencent de beaucoup les choix d'implantation des projets des ONG. Puis, le départ des soviétiques a provoqué la création de multiples ONG afghanes, devenant souvent les partenaires privilégiés des NU, mais adoptant aussi parfois un modèle de gestion lié au pouvoir du commandant de la région ou des grandes familles locales [2]. Aujourd'hui, l'aide humanitaire est plus officielle, mieux organisée et plus professionnelle. De surcroît, compte tenu du contexte « d'urgence perpétuelle » que vit l'Afghanistan depuis 1979, les programmes humanitaires dans le domaine de la santé se sont pérennisés. Des ONG en sont venues à construire des dispensaires, certaines ont même construit des hôpitaux, comme AMI dans la province du Logar au début des années 1990, pour un coût de plus de 400.000 \$US. Ainsi, quelques ONG sont en Afghanistan depuis plus de deux décennies maintenant et, à l'instar du Swedish Committee for Afghanistan (SCA) qui a la responsabilité de plus de 168 dispensaires dans 18 provinces du pays, elles ont eu un rôle essentiel dans le maintien d'une offre minimum de services de santé à but non lucratif. Entre 1995 et 2001 la présence au pouvoir des Tâlebân, ces étudiants formés dans les écoles coraniques pakistanaises, a non seulement changé le contexte de travail des humanitaires, mais aussi et surtout la situation sanitaire des femmes et des hommes de ce pays.

L'objectif de ce chapitre est de relater les résultats de l'évaluation, d'un programme de santé, réalisée au cours de l'été 2001, donc juste avant le début de la guerre américaine, et notamment les résultats d'une enquête auprès des ménages d'une province de l'Est de l'Afghanistan. Nous présentons plus précisément les résultats concernant les comptes d'exploitation des formations sanitaires (FS), et pour ce qui est des ménages, leur état de santé, leur utilisation et accès aux services et leur participation financière au système de santé. Dans un premier temps, nous ferons une brève description du contexte dans lequel s'est déroulée cette évaluation. Nous présenterons, dans un deuxième temps, la méthodologie employée. Les résultats de cette évaluation seront rapportés dans un troisième temps. Dans le quatrième, nous reviendrons sur ces résultats et nous les analyserons au regard de l'état des connaissances à propos des pays du Sud. Nous exposerons, en conclusion, les adaptations nécessaires pour envisager, à l'avenir, une plus grande considération des effets des modes de financement sur les

## **1 CONTEXTE**

populations afghanes dans les programmes humanitaires.

Après le départ des troupes d'occupation soviétiques en 1989, qui avaient provoqué une guerre de dix ans (79-89) et une aide humanitaire clandestine, et la chute du gouvernement communiste (89-92) les Moujahidines, résistants d'origines ethniques diverses, n'ont pas réussi à s'entendre pour diriger le pays. Pendant quatre ans (92-96), c'est une véritable guerre civile qui opposait toutes les factions internes de l'ancienne résistance. A cette époque, les ONG devaient faire face à de nombreuses difficultés, notamment au niveau de leur sécurité, pour travailler. Le pouvoir était morcelé et il fallait perpétuellement négocier avec les acteurs locaux pour avoir le droit de passer ou d'implanter des programmes. Émergés à la fin de l'année 94, les Tâlebân ont pris la capitale (Kaboul) en septembre 96 et ont étendu progressivement leur pouvoir pour finalement, en 2001, détenir le contrôle de près de 90% du territoire national [3]. Il faut préciser qu'en ce qui concerne le domaine de la santé, c'est la première fois, depuis une quinzaine d'années, que les responsables de programmes humanitaires sont en mesure de travailler au niveau central avec un ministère de la santé dont la responsabilité s'étend pratiquement à l'ensemble du territoire national. Les attentats du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis ont déclenché une opération militaire américaine qui, fin novembre, a permis à la nouvelle « Alliance du Nord », au demeurant très fragmentée, de contrôler, à son tour, la majeure partie du pays, tandis que les Tâlebân ont capitulé et d'aucuns se sont réfugiés au Pakistan.

L'Afghanistan est une société rurale à 85% et sa population, estimée à 25 millions de personnes, est composée de nombreuses ethnies (Pashtounes, Tadjiks, Ouzbeks, Hazaras...). Cette guerre vieille de 20 ans a fait des Afghans le deuxième plus grand peuple de réfugiés au monde après les Palestiniens. Ils sont plus de 3,5 millions, essentiellement répartis au Pakistan et en Iran, auxquels il convient d'ajouter plus d'un million de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Malgré le fait d'être le

premier producteur d'opium au monde<sup>2</sup> et de conserver un rôle essentiel dans l'économie régionale (en tant que couloir en Asie Centrale), l'économie du pays en est une de guerre, illicite et moribonde [4]. Le PIB a été de 180\$US par personne en 1995 [5]. En 2001, l'Afghanistan est classé 89<sup>ème</sup> sur 90 pays en développement en ce qui concerne l'indice de pauvreté humaine [6]. Les Tâlebân ont instauré une politique de ségrégation et de répression intense à l'égard des femmes (interdiction de travailler en dehors du secteur de la santé, restriction dans les déplacements, fermeture des écoles, etc.), dont les conséquences sur le plan de la santé physique et mentale sont maintenant bien connues [7]. Cela ne fait qu'aggraver une situation sanitaire fort déplorable présentée dans le tableau suivant.

**Tableau 1 : Comparaison de quelques indicateurs entre l'Afghanistan et le Canada en 2001**

Source : UNDP <sup>[6]</sup>	Afghanistan	Canada
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000)	1.700 <sup>[5]</sup>	6
Taux mortalité infantile (pour 1.000)	165	6
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000)	257	6
Accouchement à la maison	99%	-
Espérance de vie à la naissance	42.5 ans	78.7 ans
Taux de fertilité	6.9	1.6
Accès à l'eau potable	13%	100%
Taux d'alphabétisation adulte (+15 ans)	36%	-

En 2000 l'aide apportée à l'Afghanistan est pratiquement deux fois moins importante que celle destinée aux autres pays du Sud (5,5\$US vs 9,5\$US *per capita*) alors que la situation sanitaire de ce pays est l'une des pires au monde. De surcroît, ce niveau de l'aide est en chute constante entre 1996 et 2000, passant de 7,9\$US à 5,5\$US *per capita* [8]. Le Canada a adopté une politique moins drastique que l'ensemble des pays membres du comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, en ce qui a trait aux montants alloués à l'Afghanistan ces dernières années. Par rapport à 1994, qui constitue l'année où les pays du CAD ont consenti le plus d'argent, le Canada a conservé un niveau d'aide relativement stable jusqu'à 1999 (en moyenne 7,5 millions \$US par an), tandis que pour l'ensemble du CAD les sommes octroyées ont chuté de 24% [9]. Selon un rapport des Nations Unies, les dépenses annuelles de santé par habitant sont de 10\$US par personne [10]. Le secteur privé est florissant et les prix des médicaments ne sont pas en adéquation avec les capacités financières de la majeure partie de la population. Le financement public de la santé est quasiment inexistant. Pratiquement l'ensemble des ressources résulte de l'aide internationale, 70% selon certains [11] et la plupart du temps, les patients payent les soins de santé lorsqu'ils consultent (mis à part dans les situations extrêmes de prise en charge de réfugiés/déplacés). Nous pouvons dire que depuis 20 ans, le système de santé est tenu à bout de bras par les ONG et quelques agences des Nations Unies. De surcroît, la nature de l'aide sanitaire et sa répartition géographique sont loin de répondre aux besoins de la population afghane (voir carte).

L'évaluation dont nous parlons dans ce chapitre, a eu lieu dans la province du Laghman (400.000 habitants), à l'Est de l'Afghanistan où AMI soutient, avec l'appui financier de l'Union Européenne, un hôpital régional et trois dispensaires de première ligne. AMI, présente en Afghanistan depuis 1979, a étendu son programme dans cette partie du pays en 1996. En ce qui concerne les activités cliniques de l'hôpital, qui compte 58 lits, près de 48000 consultations externes ont été réalisées et plus de 4300 personnes (dont 50% de femmes de plus 15 ans) ont été hospitalisées en 2000. Quatre cent trente et un cas de chirurgie ont été pris en charge au cours de cette même année. Le budget mensuel de fonctionnement de l'hôpital, alloué par l'ONG, est d'environ 12000 \$CAD (sans compter les frais d'expatriés et de supervision), dont 42% pour les salaires des 53 employés. Les ressources propres de l'hôpital sont constituées du paiement des consultations, des hospitalisations, des actes médicaux et des médicaments. Le prix de l'hospitalisation est forfaitaire (20.000 Afghanis (AFS<sup>3</sup>), médicaments compris). Les médicaments sont fournis gratuitement par AMI à l'hôpital et vendus aux patients des consultations externes à 60% de leur prix de vente dans le secteur privé local. L'intervention de cette

<sup>2</sup> 75% de la production mondiale en 1999

<sup>3</sup> 1 \$US = 77.171 AFS en août 2001

ONG se situe en complète substitution des autorités nationales, cette dernière finançant l'ensemble des activités. D'autres organisations sont également présentes dans la région et 22 centres de santé de première ligne seraient en place selon le responsable locale du Ministère de la Santé (un Mollah Talebân) [12].

En dehors des contextes spécifiques d'urgence (prise en charge de personnes déplacées ou intervention à la suite de séisme), ou de ce qui a trait à certaines maladies à forte « externalité » (tuberculose par exemple), la plupart des ONG, avec l'assentiment de leurs bailleurs de fonds, demandent aux patients de participer aux coûts de fonctionnement des FS. Le principe est toujours le même. Les patients payent des frais de consultation auxquels s'ajoutent le paiement d'une partie des coûts d'achat des médicaments approvisionnés par l'ONG. Par exemple, dans les cliniques soutenues par le SCA, chaque consultant doit payer une somme de 1000 AFS à laquelle s'ajoutent les prix des médicaments vendus à 40% du coût d'achat en Europe (le prix du transport et autres frais ne sont pas pris en compte). Pour l'ensemble des 168 cliniques, ce type de financement rapporte de l'ordre de 60.000 \$US par an, ce qui permet de couvrir les dépenses totales d'environ une dizaine de dispensaires pour un an. Dans les centres de santé de Health Net International, alors que le prix de la consultation était de 500 AFS et le prix des médicaments correspondait à seulement 20% de leur coûts d'achat en 1996, aujourd'hui, les consultations coûtent 4000 AFS aux patients et les médicaments sont vendus 60% de leur coût d'achat. Le revenu moyen par patient a subi une certaine croissance, passant de 3849 AFS en 1997 à 10607 AFS en 1999. Le niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement (sans prendre en compte l'amortissement des investissements) était de 34% en 1998, 25% en 1999 et 25% en 2000. En outre, alors que 10% des patients bénéficiaient des soins gratuits en 96, il étaient 7% en 97, 4,2% en 98, 3,8% en 1999 [13]. Alors que les différents gouvernements officiels et officieux avaient toujours refusé de demander aux patients de payer une contribution lors de l'utilisation des services, en juin 2001 un document a émergé, un décret signé par Mollah Omar, le chef suprême des Talebans, à propos des modalités de mise en œuvre des frais aux usagers [14]. En outre, cette pratique existe dans le Laghman dès l'origine du programme de AMI en 1996.

En ce qui concerne l'implantation des modes de financement des services de santé, l'ONG s'est fixé un objectif d'équité (améliorer l'accès aux soins aux plus vulnérables) mais souhaite aussi une certaine efficacité financière (recouvrement des coûts et viabilité du projet). Si le dilemme efficacité vs équité est classique dans la problématique du financement des services de santé [15], l'évaluation proposée vise à voir, entre autre, comment AMI a cherché à atteindre simultanément ces deux objectifs. Nous avons également cherché à connaître le degré de satisfaction des populations par rapport aux modes de financement actuels, ainsi que leur état de santé et leur accès aux soins.

## 2 MÉTHODE

L'unité d'échantillon de base de l'enquête est constituée des ménages de la province du Laghman. Le nombre de ménages (120) à interroger est estimé en fonction de considérations techniques et financières eu égard au temps imparti à la cueillette des données et au contexte de l'organisation de l'évaluation [16]. Au total, 12 villages composent l'échantillon, trois autour de chacune des quatre FS soutenues par AMI dans la province. Nous avons limité notre choix à ces quatre FS car l'évaluation est à finalité formative, et donc destinée à améliorer le programme de l'organisation. La sélection des 12 villages, où nous interrogeons 120 ménages, est effectuée selon une démarche aléatoire, en fonction de la distance des villages par rapport aux FS et du nombre d'habitants par village. Le nombre de questionnaires (Q), par strate de distance vis-à-vis des FS (moins de 5 km, etc.), est déterminé proportionnellement au nombre de village dans ces strates, étant entendu que les 120 questionnaires sont à répartir entre les quatre FS, soit 30 par FS (tableau 2).

**Tableau 2 : Liste des villages retenus pour l'enquête auprès des ménages**

FS	Metherlam	Q	Loakar	Q	Kanda	Q	Kakas	Q
Moins de 5 km	Khalah Khail	9	Dereng	5	Karim Abab	6	Kakass	16
De 5 a 10 km	Akhond Zadah Kala	8	Paryanah	4	Qalai Rahim	5	Zelani	5
Plus de 10 km	Parge Parj pah	13	Salu-i-Sufla	21	Mahigiran	19	Serkando	9

Enfin, une fois rendu dans le village, le début de la matinée sert à choisir aléatoirement les ménages à interroger. Nous utilisons deux solutions pour choisir aléatoirement les ménages, et ce en fonction des conditions matérielles et organisationnelles localement rencontrées. La première consiste à demander au chef du village de réaliser une liste de l'ensemble des familles puis le nombre de ménages nécessaires à l'enquête a été tiré au sort. C'est ce mode de sélection qui a été privilégié dans 11 cas sur 12 (91%). Pour un seul village, ce type de sélection n'a pas pu être réalisé. Ainsi, nous avons choisi la méthode couramment pratiquée dans les enquêtes vaccinales (EPI) de l'UNICEF [17].

Les détails méthodologiques concernant la qualité et l'explication des données sont exposés ailleurs [18], puisque nous voulons, dans ce chapitre, nous concentrer sur les résultats de l'enquête. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de traitement de données SPSS (SPSS Inc, Chicago, Ill.). Le seuil de signification statistique utilisé tout au long de notre analyse est de  $p < 0.05$ . Le retrait de 19 ménages dans l'analyse des dépenses de santé a été possible puisque nous avons montré que les groupes étaient comparables au moyen d'un test non paramétrique (Mann-Whitney). Les variables permettant de comparer le niveau de dépenses ou les ratios entre les dépenses et la richesse avec certaines caractéristiques des ménages n'étant pas normalement distribuées, nous avons employé un test non paramétrique (Kruskal-Wallis) pour mesurer les différences entre les groupes considérés. L'analyse de la liaison ou de l'association entre deux facteurs a été effectuée à l'aide de tableaux de contingences et du test du khi deux ( $\chi^2$ ), lorsque moins de 25% des fréquences attendues ne dépassaient pas cinq. Une fois cette association constatée, le calcul de rapport de cote nous a permis d'en mesurer l'intensité.

### **3 RÉSULTATS**

#### **3.1 Les comptes d'exploitation et les exemptions :**

Les recettes de la tarification des services de santé correspondent à 4,2% des dépenses de l'hôpital de Metherlam, 10,2% pour Laokar et 9,7% pour la clinique de Kanda. Sans prendre en compte les expatriés ayant travaillé à l'hôpital, le taux passe à 4,8% et à 5,2% si on y soustrait en plus les amortissements.

Nous avons tenté de retrouver l'ensemble des fiches hebdomadaires où l'administration de l'hôpital a l'obligation de fournir des comptes au sujet des recettes par services et du nombre de patients ayant payés ou obtenus la gratuité. Hormis pendant les deux mois de présence d'un administrateur expatrié, aucune indication d'exemption de paiement n'a été trouvée. Il faut ajouter que de nombreux Tâlebân, après l'accord du responsable local du ministère de santé (un Mollah), sont soignés gratuitement. Les membres du comité de gestion parlent « d'exemptions de force ». Ce type d'exemption atteindrait, selon les médecins de Metherlam, 5% des consultations quotidiennes.

#### **3.2 Les ménages de la province :**

Les 120 chefs de ménage interrogés sont des hommes (100%) dont la majorité déclare ne savoir ni lire ni écrire (60,8%) et être mariée (95,8%). Conformément à leur niveau d'alphabétisation, 63,3% des chefs de ménage ne sont jamais allés à l'école. En ce qui concerne la composition du ménage, la médiane du nombre d'enfants de moins de 18 ans selon les chefs de ménage est de 5,00 (n=119) et celle du nombre de personnes par ménages est de 9,00 (n=119). L'âge des chefs de ménage est en moyenne de 45,18 ans et suit une distribution normale.

Plus de 85% des personnes interrogées travaillent dans les champs en y intégrant les travailleurs indépendants avec des employés (5,1%). Le revenu déclaré moyen annuel par ménage s'élève à 25.937.992 AFS (IC 95% = 20.683.082-31.192.901) et la médiane est de 19.000.000 AFS. 25,8% des ménages déclarent avoir des revenus inférieurs à 10.000.000 AFS. Selon les items, de 72,5% (vache) à 99,2% (oignons) des ménages n'ont pas vendu de bétail ou de biens agricoles. Pour la possession de

poulets, le coefficient de corrélation avec le revenu déclaré est de 0.425 ( $p=0.000$ ) alors que pour les vaches il est de 0.277 ( $p=0.002$ ). Si on ajoute la valorisation de la production agricole, du cheptel et des produits dérivés aux revenus déclarés, nous arrivons à une estimation de la richesse totale des ménages de l'échantillon de 74.245.641 AFS en moyenne et de 48.113.521 AFS pour la richesse médiane.

Le tableau 3 nous indique la répartition, en ordre décroissant, de la proportion des types de dépenses par rapport aux dépenses totales annuelles<sup>4</sup>.

**Tableau 3 : Répartition des dépenses annuelles par catégories en pourcentage**

Dépenses	N	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Alimentation	101	51,64%	19,78%	50,89%
Transfert	101	13,83%	22,66%	-
Habillement	101	9,46%	7,73%	7,50%
Dette remboursée	101	7,84%	16,69%	-
Santé	101	7,37%	10,18%	3,52%
Maintenance	101	5,38%	4,91%	3,88%
Transport	101	3,83%	4,71%	2,78%
Éducation	101	0,63%	2,13%	0,07%

Dans le domaine de la santé, les ménages consacrent la majeure partie de leurs dépenses à l'achat des médicaments (66.69%). Les frais occasionnés par l'accompagnement d'une personne malade par un des membres du ménage sont également importants (13.41%), de même que les consultations (6.53%) et l'hospitalisation qui demeure un événement coûteux (5.17%). Les dettes remboursées au cours du dernier mois (ramenées à l'année,  $n=23$ ) ont été majoritairement consacrées aux achats alimentaires (58.3%) et aux dépenses de santé (25.83%). Plus de 75% des ménages de notre enquête sont endettés. En moyenne, les ménages avancent être endettés de 16.421.287 AFS, soit pratiquement l'équivalent de trois fois leur dépense totale annuelle de santé.

Précisons qu'en ce qui concerne le ratio entre les dépenses de santé et la richesse totale, la moyenne est de 14.42%, la médiane de 6.78% et 56.4% des ménages ont un ratio supérieur à 5%. Ces ratios varient en fonction de quelques caractéristiques propres aux ménages (tableau 4).

**Tableau 4 : Comparaison des ratios des dépenses de santé par rapport à la richesse des ménages**

	Dépenses de santé		Dépenses de santé
<b>QUARTILE DE RICHESSE</b>		<b>ÉTAT DE SANTÉ</b>	
1 – pauvres ( $n=25$ )	29.70%	1 – bonne santé ( $n=57$ )	13.72%
2 ( $n=25$ )	11.20%	2 – santé moyenne ( $n=32$ )	19.76%
3 ( $n=26$ )	9.95%	3 – mauvaise santé ( $n=12$ )	3.51%
4 – riches ( $n=25$ )	7.02%	<i>valeur p</i>	0,003
<i>Valeur p</i>	0,000		

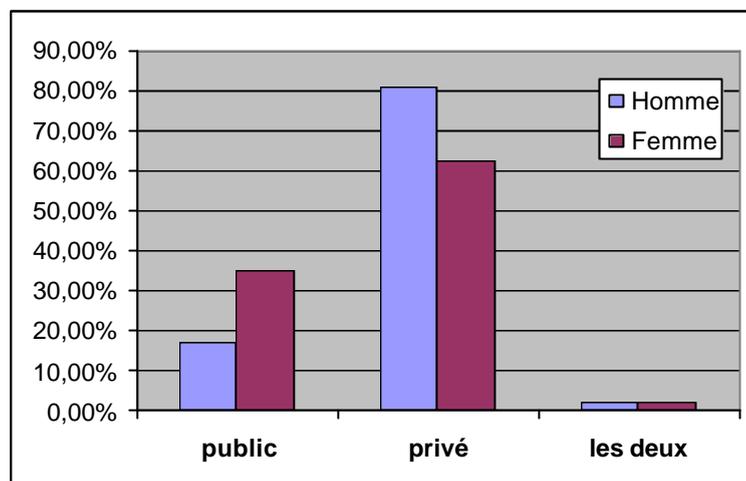
Ajoutons qu'il existe une différence de richesse moyenne selon les districts ( $p=0,000$ ), qarghaie ( $n=59$  ; 98.969.218 AFS, alingar ( $n=27$  ; 46.734.135 AFS), metherlam ( $n=15$  ; 39.924.555 AFS).

On remarque que les chefs de ménage s'estiment en meilleure santé que leur femme (57% vs 47%). Selon 22% d'entre eux leur femme est en mauvaise santé alors que seulement 12% se perçoivent dans ce même mauvais état. Les chefs de ménage de moins de 25 ans ont 11.7 fois plus de chance de déclarer être en bonne qu'en mauvaise/moyenne santé que ceux qui ont plus de 60 ans. ( $p=0,002$ ). 56% (68/120) des chefs de ménage prétendent avoir eu un problème de santé au cours des quatre dernières semaines. En outre, les chefs de ménage ne sachant ni lire ni écrire ont rapporté 2,6 fois plus

<sup>4</sup> il faut ici considérer la moyenne des ratios des ménages et non le ratio moyen pour l'ensemble des ménages

que les autres un problème de santé chez leur épouse ( $p=0,016$ ). 49,2% des chefs de ménage (59/120) et 45,2% de leur femme (47/104) ont consulté un médecin, un tradipraticien ou tout autre praticien dans les quatre dernières semaines. L'utilisation du secteur privé est majoritaire dans l'échantillon (figure 1). En outre, les hommes semblent consulter plus facilement que les femmes les professionnels de santé agissant dans le secteur privé (81% vs 62%). Les femmes consultent, selon les chefs de ménage, deux fois plus le service public que ces derniers (35% vs 17%).

**Figure 1 : Utilisation du service public ou privé par les malades (nH=58 ; nF=48)**



En ce qui concerne le type de formation sanitaire, le cabinet privé est privilégié par la majorité de nos répondants, tant pour eux (71,43%) que pour leur femme (56%). Cependant, les épouses ont une pratique de consultation plus diversifiée. En moyenne, les chefs de ménage ont dépensé près de 45.214 AFS lors de leur dernière consultation ( $n=56$ ) et 34.711 AFS pour leur femme ( $n=45$ ).

De l'avis des chefs de ménage, il semble que l'accessibilité géographique en ce qui concerne la distance à parcourir pour se rendre aux FS est globalement satisfaisante pour les structures de soins de premier niveau (centre de santé public ou privé). 80% des ménages se trouvent à moins de 5 km d'un centre de santé public. En revanche, pour ce qui est des FS de référence, nous constatons que les chefs de ménage affirment demeurer très loin de ses dernières. Seulement 10% d'entre eux habitent à moins de 10 km et la moitié doit parcourir plus de 20 km pour se rendre à l'hôpital. Assez peu de gens sont en mesure de préciser s'il existe une sage-femme dans leur région (43/120) et quand celle-ci existe, elle est relativement éloignée puisque près de la moitié des chefs de ménage avancent qu'elle est à plus de 10 km. S'il faut en moyenne un peu plus d'une demi-heure pour aller aux centres de santé de première ligne (public ou privé), il faut plus de 80 minutes pour se rendre à l'hôpital. Les deux ressources les plus proches sont l'accoucheuse traditionnelle (7.26 mn) et le soignant religieux (22.44).

Il existe une association entre le fait d'avoir ou non déjà fréquenté un dispensaire public et le district d'habitation ( $p=0,001$ ). Les habitants de Qarghaie ont 6.25 fois plus de chances que ceux de Metherlam et 5.8 fois que ceux de Alingar de n'avoir jamais utilisé un dispensaire public.

Globalement, l'honnêteté des professionnels de santé est jugée largement positivement et ce, quel que soit le type de ressources sanitaires. Les chefs de ménage sont contents des montants à payer pour les consultations dans les dispensaires publics (80,9% très bien/bien) et les hôpitaux (71,7% très bien/bien) mais jugent plus sévèrement les prix pratiqués dans les cabinets privés (41,7% très bien/bien). Les trois quarts des répondants pensent que les prix des médicaments sont à un bon niveau dans les dispensaires publics (74,2% très bien/bien) et de même que dans les hôpitaux (60,8% très bien/bien). Ajoutons qu'un quart des chefs de ménage restent modérés dans leur jugement des prix des médicaments dans les hôpitaux. Par contre, les opinions sont très sévères pour les prix pratiqués dans le secteur privé, tant pour les cabinets (45,8% défavorable/très défavorable) que pour les pharmacies privées (48,4% défavorable/très défavorable). En ce qui concerne l'aide apportée dans les FS pour permettre de payer les médicaments/traitements, le jugement va dans le même sens que pour ce qui est

des prix des médicaments. Le secteur privé est perçu négativement, seulement 41,7% d'opinions favorables/très favorables pour les cabinets privés et 30,8% pour les pharmaciens, tandis que le satisfecit pour le secteur public est presque général, 80,8% pour les dispensaires et 65% pour les hôpitaux. Les habitants du district de Metherlam ont 10 fois plus de chances d'avoir une opinion défavorable ou très défavorable que ceux de Qarghaie et 3 fois plus de chances que ceux d'Alingar ( $p=0,000$ ). Les habitants du district de Metherlam ont 6 fois plus de chance d'avoir une opinion défavorable ou très défavorable que ceux de Qarghaie ( $p=0,001$ ). L'opinion sur l'aide accordée dans les cabinets privés est associée à la richesse des chefs de ménage ( $p=0,041$ ). Les ménages appartenant au quartile le plus pauvre ont 2.7 fois plus de chance d'avoir une opinion défavorable et très défavorable que ceux du quartile le plus riche.

Les résultats concernant l'opinion des chefs de ménage sur les différents modes de financement possibles sont présentés dans le tableau suivant.

**Tableau 5 : Opinion des chefs de ménage à propos de cinq modes de financement (en %)**

	Payement / en %	Très approprié	Approprié	Ne sait pas	Non approprié	Pas du tout approprié
1	un seul en fonction du type de maladie (à l'épisode)	55,00	23,33	4,17	9,17	8,33
2	un pour la consultation + un pour les médicaments	13,33	36,67	8,33	26,67	15,00
3	à l'avance une fois par an pour soi-même	29,17	23,33	9,17	15,83	22,50
4	partage local des risques, une fois par an	27,50	29,17	10,00	10,83	22,50
5	Taxe aux autorités locales	41,67	36,67	13,33	6,67	1,67

En outre, il existe une association entre le fait d'être alphabétisé et celui de trouver satisfaisante la solution de la taxe levée par les autorités locales ( $p=0,034$ ). Il existe un lien entre l'opinion émise par le chef de ménage sur le système local de partage des risques et le nombre de personnes au sein du foyer ( $p=0,005$ ).

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Les comptes d'exploitation et les exemptions :

La différence significative entre les cliniques et l'hôpital s'explique très certainement par le niveau de dépenses bien supérieur dans le cas de l'hôpital. Nous pouvons donc avancer que les cliniques semblent plus efficaces que l'hôpital en ce qui concerne ce qu'il est communément appelé le recouvrement des coûts. Toutefois, il s'agit de ne pas oublier que cet objectif n'est pas le seul à atteindre par les services de santé. Précisons également qu'il nous semble clair que ces pourcentages sous-estiment la réalité puisque la majeure partie des investissements, notamment dans l'hôpital, n'est pas prise en considération. Lorsque l'on compare cet état de fait à d'autres réalités dans les pays du Sud, en Afrique notamment, la situation des FS soutenues par l'ONG n'est que très peu différente. Certes, quelques expériences largement soutenues et financées par l'UNICEF produisent des niveaux de recouvrement des dépenses locales de fonctionnement de centre de santé de première ligne de près de 40-50% [19], néanmoins, les réalités africaines sont très proches des résultats du Laghman. En ce qui concerne les hôpitaux, les données sont très variables et souvent peu récentes, mais toujours est-il que le recouvrement des dépenses par les recettes de la tarification n'atteint jamais les 100% et varie de 1,5% en République Dominicaine (1986) à 97,3 en Chine (1986) [20]. En outre, les ressources des FS dépendent en grande partie de la capacité de l'ONG à fournir les médicaments vendus aux patients. Or selon notre étude, en moyenne, 11 produits essentiels pour un hôpital comme celui de Metherlam n'ont pas été disponibles pendant plus de 40% de l'année 2000. Évidemment, il est certain qu'une

partie de l'utilisation de ces produits n'est pas justifiée<sup>5</sup>, toutefois, cela montre qu'il semble exister un réel problème d'approvisionnement de la part de l'ONG et une réelle dépendance pour la FS.

Deux raisons peuvent être avancées à propos de l'absence d'information concernant les exemptions dans l'hôpital. La première est que l'administration n'est pas aussi bien tenue lorsque personne ne suit de près le travail ou alors l'intérêt de suivre le niveau des exemptions n'est pas encore compris. La seconde explication est tout simplement qu'aucune personne n'a obtenu la gratuité des soins. Il semble que notre première hypothèse soit la plus vraisemblable. Il est évident que certaines exemptions ont été accordées mais l'administrateur n'a, semble-t-il, pas compris l'utilité de les enregistrer, et l'ONG n'a certainement pas insisté auprès de ce dernier pour obtenir ces informations.

#### 4.2 Les ménages de la province :

A propos des résultats, précisons d'abord que l'échantillon de notre enquête semble relativement bien représenter la population de la province en général. L'âge des chefs de ménage est normalement distribué. Le taux d'analphabétisme (60.8%) se rapproche de celui du niveau national pour les hommes (49.6%) et le nombre médian de personnes par ménage (9) est sensiblement le même (9.3) que celui trouvé dans le cadre d'une enquête nutritionnelle en mai 1999 dans cette province [21].

Nous abordons maintenant les dépenses avant la richesse car l'analyse des premières nous permettra d'inférer sur les dernières.

Les statistiques liées aux dépenses et aux revenus des ménages confirment que nous avons bien affaire à une économie de subsistance d'un pays pauvre et en guerre. La distribution des revenus pour l'ensemble des ménages est décalée à gauche sur l'axe des revenus. Il y a donc beaucoup plus de ménages à faibles revenus qu'à revenus élevés. Nous avons affaire à une société fortement agricole puisque quasiment tous les ménages possèdent des animaux et notamment des poulets et des vaches. Comme nous pouvions nous y attendre, ce sont les personnes ayant les revenus les plus importants qui possèdent le plus d'animaux. La plus grande partie des dépenses est consacrée à l'alimentation. Le pourcentage est de plus de 50% et doit certainement être bien plus important puisque le peu de ménages affirmant avoir effectué des dépenses de mariage et d'enterrement viennent réduire, pour l'ensemble des ménages, cette proportion accordée à l'alimentation. Mais il est vrai que dans la culture afghane ce type d'événement est important et une bonne occasion, comme dans d'autres endroits du monde [22], d'accroître sa renommée et d'entretenir son entourage.

Nos résultats en ce qui concerne la distribution des dépenses dans le domaine de la santé semblent en accord avec d'autres données issues des pays du Sud [23]. La majeure partie de ces dépenses est consacrée à l'achat des médicaments, ce qui explique en partie les opinions très négatives des chefs de ménage à propos des prix des médicaments vendus dans le secteur privé puisque ces derniers sont très souvent obligés de s'adresser aux pharmaciens du bazar.

Les ménages sont fortement endettés puisqu'en valeur absolue le montant des remboursements est pratiquement du même ordre que celui pour soigner les membres du ménage. Les trois quarts des ménages ont des créances en cours et ce, pour une valeur proche de leur dépense moyenne annuelle dans le domaine de la santé. De surcroît, ces sommes ont été empruntées, non pas pour des dépenses somptuaires, mais bien pour être en mesure de s'alimenter ou de soigner. Dans une enquête au nord du pays où sévissait une sécheresse (province de Faryab), Save The Children a constaté en avril 2001 que 37,9% des ménages ont été obligés d'emprunter pour acheter de la nourriture [24].

Le ratio des dépenses de santé par rapport à la richesse est un très bon indicateur de l'équité dans le financement des services. Effectivement, les plus pauvres dépensent en proportion environ quatre fois plus que les riches pour la santé des membres du ménage. Une enquête dans la province de Ghor en 1994 a montré que le quartile des plus pauvres dépensait deux fois plus que le quartile des plus riches [25]. Deux hypothèses peuvent être avancées au regard du ratio moyen de l'enquête (14,42%). La première est que ce ratio moyen peut être considéré comme valable car les ratios par quartile sont congruents avec l'état actuel des connaissances. Par exemple en Sierra Leone, l'un des pays les plus pauvres du monde puisque classé dernier sur l'échelle de l'indice de développement humain en 2001

---

<sup>5</sup> une étude réalisée en juillet 2001 par AMI a montré que 22% des ampoules d'ampicilline 500 mg étaient prescrites sans justification médicale. Nous avons calculé que cela correspond à 1.620.000 AFS, soit près de 162 kg de farine... Une séance de formation dans le seul service de pédiatrie a permis de réduire ces erreurs de 10% entre le mois de mai et de juillet 2001.

[6], le ratio de dépenses de santé par rapport à la richesse est de 29,6% pour le quintile le plus pauvre et de 3,7% pour le plus riche [26]. Les données de l'enquête se rapprochent également des résultats obtenus en Egypte (10.8%) pour le ratio moyen [26]. Et si nous retenons cette hypothèse, qui affirme entre autres que l'estimation de richesse est valide, nous sommes, en outre, en mesure de penser que les dépenses alimentaires ont été largement surestimées. Cela est fort possible puisque de nombreuses estimations ont été nécessaires pour calculer ce type de dépenses. La seconde hypothèse nuance ces affirmations et, partant du principe que les dépenses ont bien été estimées puisque les biais de rappel sont limités et que les ménages rechignent plus à annoncer leur richesse que leur dépenses en lien avec des recouvrements d'impôts éventuels, avance que ce ratio est surestimé car la richesse des ménages a été sous-estimée. Effectivement, le ratio de 14,42% peut paraître assez éloigné des résultats issus de la seule enquête disponible et réalisée en Afghanistan. Cette étude, réalisée en 1975 (donc avant la guerre) dans deux provinces rurales (Parwan et Kapissa) adjacentes du Laghman, a mis en évidence qu'en moyenne les ménages dépensaient 6,8% de leur revenu en ce qui concerne la santé [27]. La différence est également importante avec le Vietnam (7.1%) et la Gambie (6%) [23, 26]. Selon les sources, le PIB par habitant en Afghanistan est de 200 \$US en 1997 [4], de 178 \$US en 1999 [28] ou de 160 \$US en 1995 [29]. La richesse moyenne des ménages de l'enquête étant estimée à 74 millions AFS, ce qui est l'équivalent de 84 \$US *per capita*, nous pouvons penser, au regard du PIB *per capita*, que la richesse a été sous-estimée de l'ordre de 90% à 138%. Ainsi, le taux moyen des dépenses de santé par rapport à la richesse serait compris entre 6.06% à 7.59%.

Les habitants du district de Metherlam sont les plus pauvres puisque leur richesse est la plus faible, ce qui explique le fait que leurs dépenses consacrées à l'alimentation soient proportionnellement plus importantes par rapport à leur richesse que les deux autres districts (2,7 fois plus que le district le plus riche). Mais il ne faut pas s'y méprendre, puisque Metherlam est le district central de la province où se situe la capitale et son marché. En fait, comme nous l'avons justifié dans la méthodologie, nous avons supprimé de nos données celles qui étaient incohérentes et il se trouve que ce sont celles provenant principalement des villages proches de la capitale. Cela étant dit, le point essentiel à retenir de ces ratios est que ce sont bien les plus pauvres qui consacrent une plus grande partie de leur richesse aux dépenses de santé. Nous pouvons le constater à partir de trois déterminants de pauvreté : les quartiles de richesse totale, les districts, l'état de santé. Dans les trois cas de figure, les plus pauvres, les plus malades et ceux habitants dans les districts les moins riches sont contraints à dépenser proportionnellement plus pour se soigner que les autres.

En moyenne, les ménages de l'enquête disposent d'une richesse de moins de 74 millions. Si nous reprenons la première hypothèse émise plus haut, à savoir la véracité des données de la richesse, nous pouvons ainsi avancer que les ménages du Laghman dispose d'un revenu annuel *per capita* de 84\$US, soit moins d'un quart de dollar par jour. En considérant la médiane, la moitié des ménages vivraient avec 55\$US par an et par personne. En outre, il est utile de garder en mémoire que cette province du Laghman est souvent considérée comme une des riches provinces de l'Afghanistan, compte tenu de sa position géographique proche du Pakistan et située sur la route de la capitale, de ses nombreuses cultures, et de sa proximité de la riche capitale de l'est du pays (Jalalabad).

Le fait que les femmes soient en plus mauvaise santé que les hommes n'est pas surprenant. Ce qui est intéressant c'est que, malgré le fait de ne pas avoir eu accès à ces dernières lors de l'enquête et de n'avoir demandé l'avis qu'à leur mari, les hommes n'ont pas hésité à affirmer qu'ils percevaient l'état de santé de leurs épouses moins positivement que pour eux. Ce constat est en phase avec la situation sanitaire du pays dont les indicateurs de santé sont très alarmants pour les femmes. En outre, nous savons que l'accès à l'éducation est un facteur important de l'amélioration des conditions de vie des femmes et qu'en Afghanistan cet accès est loin d'être satisfaisant, encore moins depuis l'arrivée des Tâlebân au pouvoir. Une recherche à Kaboul a montré que 39% des femmes estimaient être dans un état de santé mauvais ou limite [7], ce qui est proche de nos propres résultats (53% mauvais+moyen). Les femmes des maris analphabètes de l'enquête semblent être en plus mauvaise santé que les autres, selon les chefs de ménage. Il est très possible que cela puisse s'expliquer par l'association qui existe souvent entre l'analphabétisme, la pauvreté et le mauvais état de santé.

Il semble qu'un peu moins de 10% des chefs de ménage ayant eu un problème de santé dans les quatre dernières semaines n'aient pas consulté un professionnel de santé. Effectivement, si 56% des chefs de ménage prétendent avoir eu un problème de santé, seuls 49% affirment avoir consulté. En outre, lorsqu'ils sont allés voir un professionnel de la santé, les chefs de ménage se sont surtout dirigés vers le secteur privé et moins le secteur public. Mais la différence intéressante à noter est celle concernant la diversification des choix de consultation pour les femmes. Ces dernières semblent être plus enclines à consulter le secteur public. Cela doit certainement s'expliquer par le fait que l'offre de services en santé maternelle est principalement concentrée dans la région dans ce secteur où les ONG ont, depuis quelques années, accru leurs projets à l'intention des femmes.

En ce qui concerne l'accès aux services de santé il convient de relever la très grande disparité entre les formations sanitaires de premier niveau et celles de référence. Certes, le réseau de FS de première ligne est encore loin de répondre aux exigences internationales et aux besoins des populations, et le désœuvrement en ressources de référence est flagrant et unanimement reconnu par les chefs de ménage. Ces FS sont éloignées et il faut donc bien longtemps pour s'y rendre, avec toutes les incidences financières quant au coûts d'opportunité auxquelles il faut penser.

Si l'honnêteté des professionnels n'est aucunement mise en doute, il semble exister une certaine contradiction dans l'opinion des ménages en ce qui concerne le secteur privé. Ce dernier est affublé d'une mauvaise réputation à propos des prix pratiqués, mais il conserve une certaine intégrité selon les chefs de ménage. Autrement dit, les chefs de ménage confirment la cherté du secteur privé mais ne remettent pas en cause l'honnêteté de son personnel. Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'argent semble aussi rimer avec entretient en Afghanistan puisque les ménages riches ont plus de chances que les pauvres d'obtenir un soutien du secteur privé lorsqu'il s'agit de payer les soins.

Bien qu'il faille relativiser les capacités des chefs de ménage à prendre position sur les quatre modes de financement proposés puisqu'il est possible que leur compréhension de ces modes ne soit pas totale (ou que l'explication n'ait pas été parfaite), nous pensons que les pratiques actuelles doivent être révisées. Il s'agirait d'explorer la possibilité d'organiser un paiement à l'épisode. De même, il faudrait réaliser une recherche qualitative pour comprendre pourquoi les chefs de ménage ont plébiscité le système de taxe gardée au niveau local. C'est de la faisabilité d'une telle innovation qu'il faudrait juger. Il serait, par exemple, intéressant de vérifier si le pouvoir en place à l'époque, par l'intermédiaire des Tâlebân, dispose d'une notoriété remarquable ou si l'utopie de la gratuité des soins selon la rhétorique de l'ancien système jacobin et/ou communiste demeure dans l'esprit populaire ? Toujours est-il que cette question doit être explorée. Il serait également pertinent de mieux connaître les systèmes endogènes de solidarité et voir comment ils pourraient être associés à un système de mutualisation des risques puisque qu'une proportion non négligeable des individus ont jugé favorable cette possibilité.

## **5 CONCLUSION**

En étant optimiste, la (re)prise de Kaboul par ce qu'il est aujourd'hui appelé l'Alliance du Nord laisse entrevoir à tout un chacun l'idée selon laquelle la reconstruction du pays est envisageable à moyen terme et que l'Afghanistan passera d'un contexte « d'urgence perpétuelle » à celle de « post-urgence » et de « reconstruction ». Le système de santé afghan devra donc être complètement revu et corrigé par les nouveaux dirigeants du pays. Cela sera certainement une occasion pour le nouvel État, issu du processus de paix, de montrer qu'il est à la hauteur des attentes des populations afghanes, trop souvent déçues par les gouvernements et pouvoirs précédents. Les bailleurs de fonds internationaux devront également répondre aux besoins et donner au pays les moyens permettant d'améliorer la santé des communautés, notamment en milieu rural [30]. Mais cette reconstruction du pays et de l'organisation du système sanitaire doit passer par des étapes de transition et des phases d'expérimentation. En ce qui a trait au financement du système et contrairement à d'autres expériences, il ne faudrait pas voir le paiement direct comme une solution à la viabilité des formations sanitaires. Cette enquête nous a

donné l'occasion de constater que, si le ratio de 5% (de la richesse consacrée à la santé) habituellement cité pour quantifier la capacité à payer [31] n'est pas observé chez la population en générale, il l'est encore moins chez les plus pauvres. Il est fort probable qu'une proportion non négligeable des ménages ne soient pas en mesure de payer les soins de santé sans risquer de « décapitaliser » leurs avoirs. En d'autres termes, de nombreux ménages seraient dans l'obligation de vendre des possessions ou de s'endetter pour faire face aux dépenses de santé. Cette hypothèse semble soutenue par le fait que 75% des ménages sont endettés et 25% des dettes remboursées au cours du mois précédant l'enquête avaient été consacrées aux dépenses de santé. De plus, nous avons montré que le système d'exemption du paiement ne fonctionnait pas. Les modes de financement de l'an 2001 ont montré toutes leurs limites en ce qui concerne leur effet au plan de l'efficacité et de l'équité. En conséquence, demander aux populations parmi les plus pauvres du monde de payer les soins lors de l'utilisation des services n'a aucun intérêt, si ce n'est idéologique [32]. La reconstruction du système de santé doit reposer sur le principe que la santé est un droit et non une marchandise. L'idéologie dominante dans les sphères internationales qui tend vers le paiement direct de la part des patients et la privatisation du financement et de la fourniture des services ne doit pas être expérimentée en Afghanistan. Nous en connaissons les écueils. Cela revient plus cher à la société et les plus pauvres sont exclus de l'accès aux soins. En attendant que l'État soit en mesure d'organiser un financement public qui assure un accès universel aux soins, des systèmes de partage des risques (régionaux ou locaux) doivent être combinés avec d'autres modalités (paiement à l'épisode, paiement direct progressif, etc.) afin de limiter, autant que possible, l'exclusion. Il est également impératif de mettre l'accent sur des mesures d'exemption pour les plus pauvres. Le rôle de l'aide internationale sera crucial, notamment dans les conseils que ses experts prodigueront pour la reconstruction du système de santé. Nous pourrions, dans les prochaines années, vérifier le bien-fondé de la soudaine prise de conscience de la communauté internationale en ce qui a trait à la situation des femmes et des hommes de l'Afghanistan. Nous verrons également si les belligérants se soucient des populations de leur pays. De surcroît, les organisations humanitaires et leurs bailleurs de fonds devront revoir leur mode d'intervention puisque depuis plus de 20 ans elles agissent quasiment seules, sans interface officielle nationale, soucieuse de la santé des populations. Ne pas faire transiter les fonds par ces ONG mais par les parties prenantes du conflit aurait légitimité le pouvoir de ces groupes de combattants. La reconstruction du pays devra se faire par l'intermédiaire d'un mécanisme de coordination (en intégrant le secteur privé), non pas seulement de l'information mais aussi des priorités et selon une hiérarchie précise (ce qui a manqué dans le cas du Cambodge [33]), afin de mettre au point un système de santé qui devra être en phase avec les valeurs des afghanes et des afghans. Les décisions s'opérant sur la reconstruction du système de santé devront se passer à Kaboul et dans les provinces et non, comme c'est souvent le cas dans les pays du Sud, à Washington, Londres ou Paris.

## 6 RÉFÉRENCES

1. Jean, F., *Aide humanitaire et économie de guerre*, in *Économies des guerres civiles*, F. Jean and J.-C. Ruffin, Editors. 1996, Hachette: Paris. p. 543-589.
2. Dorransoro, G., *Afghanistan : des réseaux de solidarité aux espaces régionaux*, in *Économies des guerres civiles*, F. Jean and J.-C. Ruffin, Editors. 1996, Hachette: Paris. p. 147-188.
3. Rashid, A., *Taliban. Islam, oil and the new great game in Central Asia*. 2000, London-New York: I.B. Tauris Publishers. 274.
4. Rubin, B.R., *The political economy of war and peace in Afghanistan*. World Development, 2000. 28(10): p. 1789-1803.
5. WHO, *Basic data on the health situation in Afghanistan*. 1997. p. 6.
6. UNDP, *Human Development Report*. 2001, UNDP.
7. Rasekh, Z., et al., *Women's health and human rights in Afghanistan*. Journal of American Medical Association, 1998. 280(5): p. 449-455.
8. World Bank, *World Development Indicators 2001*. 2001: <http://www.worldbank.org/data/wdi2001/index.htm> (consulté le 18/12/2001).
9. OCDE, *Banque de données SOURCE - CAD*. 2001: Paris.

10. Khabir, A., *Public health in Afghanistan to new depths*. The Lancet, 2001. 358(july 28): p. 301.
11. Marsden, P. and E. Samman, *Afghanistan : the economic and social impact of conflict*, in *War and Underdevelopment*, F. Stewart and V. Fitzgerald, Editors. 2000, University Oxford Press: Queen Elisabeth House.
12. MoPH Laghman, *Laghman PHC analysis and goal for PHC model*. 1999, MoPH: Metherlam. p. 6.
13. HNI, *Cost Sharing (policy paper)*. non daté: Jalalabad, Afghanistan. p. 8.
14. Islamic Emirates of Afghanistan, *Decree n° 15 - Charter for setting of fees for the central and provincial hospital and clinics*. 2000. p. 4.
15. Tchikaya, A., *le dilemme efficacité-équité dans le financement de la santé en Afrique subsaharienne*. Monde et développement, 1997. Tome 25(97): p. 61-72.
16. Bennette, S., et al., *A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries*,. Rapport trimestriel sanitaire mondial, 1991. 44: p. 98-106.
17. Macintyre, K., *Rapid assessment and sample surveys : trade-offs in precision and cost*. Health Policy and Planning, 1999. 14(4): p. 363-373.
18. Ridde, V., *Evaluation du financement des services de santé en Afghanistan, Province du Laghman-Rapport Préliminaire*. 2001, Aide Médicale Internationale: Paris. p. 79.
19. Knippenberg, R., et al., *Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in west africa : an assesment of 5 years' field experience in Benin and Guinea*. International Journal of Health Planning and Management, 1997. 12(Suppl. 1): p. S9-S28.
20. Shaw, R.P. and M. Ainsworth, eds. *Financing health services through user fees and insurance, case studies from sub-saharian africa*. World Bank Discussion Papers. 1995, World Bank: Washington. 239.
21. Wahdati, M., *Nutritionnal Survey surrounding of Metherlam (Laghman Province)*. 1999, CCMAC Project: Peshawar-Pakistan.
22. Vuarin, R., *L'argent et l'entregent*. Cahier des sciences humaines, 1994. 30(1-2): p. 255-271.
23. Ensor, T. and P.B. San, *Health charges and exemptions in North Vietnam*. 1996, University of York, Bamako Initiative Research Programme. p. 63.
24. Assefa, F. and M.Z. Jabarkhil, *Nutritionnal survey report, Kohistan district, Faryab province, northern Afghanistan*. 2001, Save The Children Federation, Inc. p. 27.
25. Ickx, P., et al., *Demographic and health household survey in Afghanistan*. 1994, Management Sciences for Health-USAID.
26. Fabricant, S., C. Kamara, and A. Mills, *Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone*. International Journal of Health Planning and Management, 1999. 14(3): p. 179-199.
27. MSH, *A field survey of health needs, practices and resources in rural afghanistan*. 1975, Management sciences for health, Ministry of health: Kabul.
28. UNSD, *Indicators on income and economic activity*. 2001, United Nations Statistics Division, [www.un.org/Depts/unsd/social/inc-eco.htm](http://www.un.org/Depts/unsd/social/inc-eco.htm) (consulté le 08/11/01).
29. Peabody, J.W., et al., *Policy and Health. Implications for development in Asia*. 2000: Cambridget University Press.
30. Ridde, V., *Why a trust fund won't work in Afghanistan ?* Humanitarian Exchange, 2002. July: p. 21-22.
31. Russel, S., *Ability to pay for health care : concepts and evidence*. Health Policy and Planning, 1996. 11(3): p. 219-237.
32. Ridde, V., *Les victimes devraient-elles payer les soins de santé?* Revue des Questions Humanitaires, 2002. Printemps: p. 12-15.
33. Lanjouw, S., J. Macrae, and A.B. Zwi, *Rehabilitating health services in Cambodia : the challenge of coordination in chronic political emergencies*. Health Policy and Planning, 1999. 14(3): p. 229-242.

## **7 REMERCIEMENTS**

Nous voudrions remercier ici toutes les personnes et institutions qui nous ont patiemment reçu ainsi que toutes les familles qui ont bien voulu prendre de leur précieux temps pour répondre aux questionnaires. Nous remercions également l'équipe d'Aide Médicale Internationale qui a commandé et financé cette étude, ainsi que l'Union Européenne pour son soutien financier qui a rendu possible la présente consultation. Nous remercions spécialement toute l'équipe de AMI-Afghanistan pour leur soutien intellectuel et moral lors de cette mission. Il serait trop long de les citer tous. Nous remercions enfin, le Ministère de la Santé de l'Afghanistan pour avoir partagé avec nous toute leur connaissance de la situation. Daniel Reinharz de l'Université Laval et Slim Haddad de l'Université de Montréal ont rendu possible que le questionnaire et son analyse soient scientifiquement valides.