La santé des femmes et la coopération hospitalière canadienne en Afghanistan

Valéry Ridde, Dess, MSc, PhD

RÉSUMÉ

Il est de plus en plus demandé aux Canadiennes et Canadiens de s'impliquer davantage dans les projets de recherche et d'intervention en santé internationale. L'objet de ce commentaire est d'analyser les enjeux que soulèvent une telle implication à l'occasion d'une requête formulée par des cliniciens québécois pour soutenir un projet hospitalier en Afghanistan. Ce projet vise la construction et le fonctionnement d'un hôpital tertiaire hyper-spécialisé dans la capitale, destiné aux femmes et aux enfants. Cependant, il ne faudrait pas qu'une volonté fort louable de venir en aide aux Afghanes se transforme en une opération néfaste, à tout le moins inefficace, pour la population et le système de santé. Pour comprendre les enjeux d'une telle participation, nous l'examinons au regard de trois enjeux principaux de santé publique : les priorités de santé publique, l'organisation hospitalière et le financement des services de santé. Aussi, compte tenu de cette étude et du contexte afghan actuel, il nous semble que ce projet n'est absolument pas pertinent. La priorité actuelle de santé publique est de donner au plus grand nombre un accès à un dispensaire proche pour les premiers soins et les accouchements.

Mots clés : Afghanistan; hôpitaux; aide internationale; santé des femmes; santé publique

En novembre 2004 au Centre Hospitalier Universitaire de Québec, deux médecins ont présenté un compte rendu de leur mission de trois jours accomplie dans la capitale afghane (Kabul) ainsi que leur projet de collaboration avec une association française à la création d'un hôpital tertiaire destiné aux mères et aux enfants. Le projet proposé est classique. Cette association, créée en 2002, a collecté des fonds (4 millions \$CAN) pour la construction d'un hôpital de 350 lits. L'État afghan a octroyé le terrain et la première pierre a été posée en mai 2003 par l'épouse du président français. La première phase de la construction, sous-traitée à l'une des plus grosses entreprises privées du bâtiment en France, a été complétée début 2005 et une remise des clefs organisée en février. Quatre médecins afghans sont allés passer trois mois en France pour suivre une formation. À l'aide de partenaires privés et du gouvernement français, l'association a acheminé des tonnes de matériel. L'intention est d'assurer l'inauguration officielle en septembre 2005. D'après les médecins québécois, il s'agit d'un hôpital construit à l'image « *des modèles et des standards nord-américains* ». Leur requête est double : i) soutenir financièrement ce projet puisque la totalité des fonds nécessaires n'est pas totalement réunis, ii) organiser des missions courtes de formation par des professionnels de la santé canadiens. Une maison « *des missionnaires* » a été construite pour les accueillir. Cette même demande a également été formulée aux États-Unis, en France et devrait être relayée ailleurs en Europe.

Pour avoir travaillé en Afghanistan pendant deux ans sous le régime des Tâlebâns pour le compte d'une organisation humanitaire et pour y avoir fait des études ces trois dernières années, il me faut fournir aux lecteurs, éventuels « missionnaires », quelques éléments stratégiques pour soutenir nos collègues, et de probables bailleurs de fonds, dans leur prise de décision à l'égard de ce projet. Il a été déjà dit dans cette Revue¹, et ailleurs², que de multiples raisons existent pour que les Canadiennes et Canadiens s'impliquent davantage en santé internationale. Cependant, il ne faudrait pas qu'une volonté fort louable de venir en aide aux Afghanes se transforme en une opération néfaste, à tout le moins inefficace, pour la

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Université de Montréal, Faculté de médecine, Unité de Santé Internationale

Adresse pour correspondance et demandes de réimpression : Unité de Santé Internationale, Université de Montréal, Edifice Saint-Urbain, 3875, rue Saint-Urbain, Montréal, Québec, Canada H2W 1V1, Tél. : 514-890-8000, poste 15928, Téléc. : 514-412-7108, Courriel : valery.ridde@umontreal.ca

Remerciements : Nous tenons à remercier deux lecteurs anonymes ainsi que Maria De Koninck de l'université Laval pour leurs précieuses critiques d'une version antérieure de cet article.

population et le système de santé. Pour comprendre les enjeux d'une participation à un tel projet, il faut l'examiner, notamment, au regard de trois enjeux principaux de santé publique : i) les priorités de santé publique, ii) l'organisation hospitalière et iii) le financement des services de santé.

Les priorités de santé publique

L'état de santé des populations afghanes est alarmant. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est de 257/1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle de 1 600/100 000 naissances vivantes pour le pays et un record mondial dans l'histoire de la statistique sanitaire dans la province du Badakshan (6 500). Une femme afghane meurt toutes les vingt minutes à la suite d'une complication liée à l'accouchement ou la naissance de l'enfant³. À l'Ouest du pays, moins de 1 % des femmes ont accouché en présence d'une personne qualifiée, 87 % doivent obtenir l'autorisation pour se rendre dans un centre de santé⁴. La situation des femmes et des enfants est donc catastrophique d'un point de vue médical, en général, mais elle l'est encore bien plus pour les 87 % de la population qui vivent à la campagne que pour ceux qui vivent à la capitale. On estime qu'il y a encore 40 % de la population qui n'a pas accès aux soins de santé primaire^{5,6}. La moitié des centres de santé primaires n'offre pas de services d'accouchement et seulement 15 % des hôpitaux de district peuvent effectuer des césariennes⁷. Alors que l'hémorragie durant l'accouchement est la première cause de la mortalité maternelle en Afghanistan³, seulement 13 % des 176 hôpitaux ont une banque de sang⁷. Or, le montant consacré à la première phase du projet d'hôpital à Kabul suffirait pour donner accès aux soins de santé primaires à 800 000 personnes⁶ ou à 1,3 millions de femmes aux soins de base prénatals, obstétricaux et post-partum pendant un an⁸. Pour réduire la mortalité maternelle et agir sur les trois retards (reconnaître le besoin de consulter, avoir accès aux soins, recevoir les soins appropriés), l'initiative mondiale de maternité à moindre risque a formulé dix actions essentielles à implanter⁹ et dénoncé la surmédicalisation⁸. Dans le district rural où l'on a constaté ce taux de mortalité maternelle de 6 500, seulement 30 % des familles ont cherché à avoir accès aux soins (premier

retard), contrairement à 72 % dans la capitale³. Nous savons, en outre, qu'offrir un accès à des services obstétricaux de base aux femmes réduirait de près de 40 % la mortalité maternelle¹⁰. Aussi, dans ces propositions fondées sur des données probantes (cf ^{11,12}), la place d'un hôpital tertiaire hyper-spécialisé est réduite à la portion congrue. La priorité actuelle de santé publique est de donner au plus grand nombre un accès à un dispensaire proche pour les premiers soins et les accouchements.

L'organisation des services hospitaliers

Le deuxième enjeu est de nature systémique concernant l'organisation des services hospitaliers. Le système hospitalier afghan n'est pas coordonné et est très fragmenté. La distribution des hôpitaux est très inéquitable : 1,28 lits pour 1 000 personnes dans la capitale, contre 0,22 lits pour 1 000 dans les provinces¹³. La politique nationale hospitalière a été adoptée en février 2004, un an après la pose de la première pierre de l'hôpital. Un énorme travail a été fait pour définir les éléments techniques du paquet de soins hospitaliers. Les responsables sanitaires ont dit clairement : « *The problem of the skewing of hospital beds and services toward certain areas is often compounded by donors* » [Le problème de la mauvaise distribution des services et des lits hospitaliers est souvent engendré par les bailleurs de fonds]. Aussi, il est demandé que « *hospitals must be rationally distributed so their services are accessible on an equitable basis for the entire population* »¹³ [les hôpitaux doivent être distribués de manière rationnelle dans le but de rendre leurs services équitablement accessibles à l'ensemble de la population]. Ces consignes ont été rappelées lors d'un séminaire organisé par le Ministère de la santé et la Banque Mondiale en avril 2005. Il existe déjà à Kabul deux hôpitaux destinés aux femmes et deux autres aux enfants. Dans ses documents de communication, l'association [qui propose ce projet] explique comment les parrains du projet ont pris la décision d'agir : « *En une demi-heure, c'est décidé : "Les enfants de Kaboul auront leur hôpital !"* » ». L'urgence était-elle de construire un hôpital à Kabul alors que la politique hospitalière n'existait pas encore et que l'étude des besoins en infrastructures n'avait pas encore été effectuée ? Comment ce nouvel hôpital coordonnera-

t-il ses services avec les autres de la ville, notamment à la suite du changement de tutelle des deux hôpitaux universitaires passant sous la direction du ministère de l'enseignement supérieur ?

Le financement des services

Le troisième enjeu est à propos du financement des services. On nous prévient que l'hôpital aura une autonomie de gestion. Bien que le gouvernement ait décidé dans sa politique que « *provision of hospital care must be based on need for hospital care and not on ability to pay* »¹³ [la fourniture des soins hospitaliers doit être basée sur les besoins et non sur la capacité à payer], il a malgré tout entériné (la nouvelle Constitution afghane restant floue à ce propos) le fait qu'un système de paiement direct des soins s'est organisé. L'association ira dans ce sens et, nous dit-on, organisera un système de partage des risques avec les utilisateurs de l'hôpital, les riches devant payer plus que les pauvres et les indigents étant exonérés. Si cette idée part d'une bonne volonté, il faut dire clairement que ce type de mécanismes ne fonctionne nulle part. Les données probantes issues de nombreuses études, dont l'Afghanistan¹⁴ ou le Tadjikistan voisin¹⁵, montrent que le paiement direct des soins entraîne la réduction de l'utilisation des services de santé. Il s'agit de la modalité de paiement la plus inéquitable¹⁶⁻¹⁸. Les impacts du paiement sur l'accès aux soins des femmes ont été peu mesurés, mais ils demeurent importants¹⁹. En Afghanistan, les coûts associés aux accouchements forment une barrière à l'accès aux soins^{3,20}. Malgré le développement des mutuelles ces dernières années, on a montré qu'elles n'étaient pas équitables, ne se préoccupant pas des indigents²¹. Les systèmes d'exemptions ne fonctionnent quasiment jamais²². De plus, l'efficacité du paiement direct pour assurer l'autonomie de gestion est très relative²³, y compris en Afghanistan^{14,24}. Aussi, ce système de financement ne sera ni efficace ni équitable. Même la Banque Mondiale est en train de revenir sur ses préceptes des années 80 affirmant que « *[la Banque Mondiale] does not support user fees [...] for poor people* »²⁵ [nous [la Banque] ne sommes pas favorables au paiement direct [...] pour les pauvres]. qu'elle n'est [pas favorable au paiement direct [...] pour les

pauvres]. « *Why a Bad Idea Keeps Coming Back* » disait un économiste canadien à ce propos il y a dix ans²⁶. Ce que l'on refuse au Canada doit-il être exporté ailleurs par des Canadiens ? Il faut un système de financement fondé sur une solidarité nationale, un partage des risques à l'échelle du pays et non des utilisateurs d'un hôpital. Un financement public est le seul moyen de rendre le système de santé efficace et équitable.

CONCLUSION

L'objet de notre commentaire n'est pas de jeter la pierre sur les Canadiennes et Canadiens qui souhaitent s'engager dans des projets de coopération hospitalière. L'Afghanistan est meurtri et a besoin d'un soutien international incommensurablement plus grand pour que l'on soit en mesure d'atteindre l'objectif n°5 du Millénaire : réduire de trois-quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015. Cependant, il ne faudrait pas reproduire les erreurs du passé lorsque certains « missionnaires » allaient construire des « éléphants blancs » dans les pays du Sud. La participation occidentale dans de tels projets doit être mesurée à l'aune des enjeux de santé publique, dans une perspective altruiste certes, mais aussi au regard des données probantes. La pratique de « l'evidence-based » [des données probantes] ne doit pas être limitée à nos seuls patients canadiens, la population afghane la mérite tout autant.

RÉFÉRENCES

1. Rekart ML, Rekart JT, Patrick DM, Brunham RC. International health: Five reasons why Canadians should get involved. *Can J Public Health* 2003;94(4):258-59.
2. Neufeld V, MacLeod S, Tugwell P, Zakus D, Zarowsky C. The rich-poor gap in global health research: Challenges for Canada. *CMAJ* 2001;164(8):1158-59.
3. Bartlett LA, Mawji S, Whitehead S, et al. Where giving birth is a forecast of death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002. *Lancet* 2005;365(9462):864-70.
4. Amowitz LL, Reis C, Iacopino V. Maternal mortality in Herat Province, Afghanistan, in 2002: An indicator of women's human rights. *JAMA* 2002;288(10):1284-91.
5. Ahmad K. Health and money in Afghanistan. *Lancet* 2004;364(9442):1301-2.
6. Fritsche G. *Planning in the Afghan Health Sector: A Moment of Reflection, A Discussion Paper*. Kabul, Afghanistan: Ministry of Health, 15 octobre 2004.
7. Ministry of Health. *Afghanistan National Health Resources Assessment*. Kabul: Transitional Islamic Government of Afghanistan-Ministry of Health, décembre 2002.
8. Family Care International. *Maternité sans risques : fiche d'information*. New York, NY: Family Care International, 2000.
9. Safe Motherhood. Priorities for safe motherhood. <http://www.safemotherhood.org> (consulté le 6 novembre 2005).
10. World Bank. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges. Draft*. Washington, DC: The World Bank, décembre 2003.
11. Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: Policy barriers to care. *Am J Public Health* 2005;95(2):200-3.
12. Levine R. *Millions Saved. Proven Successes in Global Health*. Washington: Center for Global Development, 2004.
13. MoH. *An Essential Package of Hospital Services for Afghanistan - Draft*. Kabul: MoH, septembre 2004.
14. Ridde V. L'aide humanitaire et la santé de la population afghane sous le régime des Tâlebân. Dans : Conoir Y, Vera G (éds.), *L'action humanitaire du Canada. Histoire, concepts, politiques et pratiques de terrain*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2002;545-66.
15. Keshavjee S. The contradictions of a revolving drug fund in post-Soviet Tajikistan: Selling medicines to starving patients. In: Castro A, Singer M (Eds.), *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, CA : Altamira Press, 2004;97-113.
16. Haddad S, Fournier P. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Soc Sci Med* 1995;40(6):743-53.
17. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of World Health Organization* 2003;87(7):532-38.
18. Fabricant S, Kamara C, Mills A. Why the poor pay more: Household curative expenditures in rural Sierra Leone. *Int J Health Plann Manage* 1999;14(3):179-99.
19. Nanda P. Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):127-34.
20. van Egmond K, Naeem AJ, Verstraelen H, Bosmans M, Claeys P, Temmerman M. Reproductive health in Afghanistan: Results of a knowledge, attitudes and practices survey among Afghan women in Kabul. *Disasters* 2004;28(3):269-82.
21. Waelkens M-P, Criel B. *Les mutuelles de santé en Afrique Sub-saharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. Washington: HNP Discussion Paper - Banque Mondiale, mars 2004.
22. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries. Final draft*. World Bank, octobre 2002.
23. Shaw RP, Ainsworth M (Eds.), *Financing Health Services Through User Fees and Insurance, Case Studies from Sub-Saharan Africa*. Washington: World Bank, 1995. World Bank Discussion Papers.
24. Ridde V, Bonhoure P, Goossens S, Shakir S, Shirzad M. User fees and hospital health care utilization in Afghanistan: Lessons learned from a participative evaluation. *Journal of Afghanistan Studies* 2004;2:93-109.
25. World Bank. *User Fees*. 2003. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20040982-menuPK:34480-pagePK:34370-theSitePK:4607,00.html> (consulté le 18 avril 2005).
26. Evans R, Barer M, Stoddart G. *User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back*. Toronto, ON: CIAR Program in Population Health, août 1993. (Working Paper 26)

Reçu : 25 mai 2005

Accepté : 16 septembre 2005

ABSTRACT

Canadians are increasingly being asked to become involved in international health research and intervention projects. Recently, Quebec clinicians were asked to support a project to build and run a tertiary and highly-specialized hospital for women and children, in Kabul, the capital of Afghanistan. The goal of this paper was to analyze the challenges raised by participation in such a project. The major lesson learned was the need to resist the temptation to provide aid when it involves an attractive but ineffective intervention. The current public health priority in Afghanistan is to provide as much of the population as possible with access to a nearby health centre, for primary health care and safe deliveries. When analyzing the implications of Canadian clinicians' commitment to this project, we considered three major public health challenges: public health priorities, hospital care organization and health care financing. The results indicated that, given the current Afghani context, this project was neither relevant nor appropriate and had undesirable repercussions on the population and the health care system.

MeSH terms: Afghanistan; hospital; international aid; women's health; public health