



RAVAGES DE LA GUERRE ET DE LA PAUVRETÉ

Comment soigner les Afghans

Alors que les troupes américaines devraient quitter le pays avant la fin de 2014, le système de santé afghan est plus délabré que jamais. D'où les difficultés d'accès aux soins pour les quatre cent cinquante mille personnes déplacées.



PAR NOTRE ENVOYÉ SPÉCIAL
PIERRE MICHELETTI *

UN petit camion japonais surchargé s'arrête à quelques centaines de mètres des premiers abris de fortune. En cette fin de printemps, la plaine de Gull Butta, à la périphérie de Kaboul, est balayée par un vent doux et poussiéreux qui oblige à se protéger le visage. Le véhicule à peine immobilisé, tous ses passagers sautent à terre. On découvre alors que le plateau est occupé par du bétail. Une dizaine de veaux et de vaches sont poussés dehors sans ménagement et aussitôt attachés par les femmes à de solides piquets métalliques qu'elles ont plantés à peine descendues.

Quatre familles jogis (1) sont du voyage. Il leur aura fallu quatre heures de trajet, entassées au sommet du camion, pour rejoindre l'un des campements qui entourent la capitale afghane, appelés les Kabul Informal Settlements (KIS). Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) en a répertorié une cinquantaine, pour une population estimée à trente-cinq mille personnes. Dans ce pays qui compte en 2013 plus de quatre cent cinquante mille déplacés (2), et dont 75 % des habitants ont connu au moins un déplacement forcé au cours de leur vie, on retrouve les mêmes phénomènes et le même jargon autour des principales villes afghanes : Herat et ses HIS, Mazar-e-Charif et ses MIS...

A Kaboul, ces campements illicites peuvent compter quelques dizaines de personnes, comme à Puli Gozargah, ou près de cinq mille, comme à Charahi Qambar. Les plus anciens datent de 2002 et du début de l'opération militaire de la coalition ; les plus récents, tel Gull Butta, ont quelques mois d'existence. Ils ont connu une forte expansion à partir de 2008, avec une importante accélération en 2011. Ils accueillent des populations désormais sédentarisées, en transit, ou encore des familles nomades qui vont et viennent au gré des rigueurs de l'hiver ou de l'intensité de la violence et de la misère. D'autres sont revenues après s'être réfugiés à l'étranger, au Pakistan dans la majorité des cas ; ceux-là représentent 60 % de la population des KIS.

Chez les déplacés comme chez les réfugiés, la première cause du départ est la violence. Tous ont en commun de n'avoir tiré aucun bénéfice de la présence de l'armada internationale, ni des milliards d'aide déversés. Et de vivre, pour certains depuis dix ans, dans des conditions d'extrême dénuement, dans des abris faits de brique et de broc, sans eau, car les autorités, qui veulent fermer toute perspective d'installation définitive, refusent le creusement de puits. Le revenu moyen dans les camps est de 0,20 euro par personne et par jour.

Vingt-deux familles occupent le site de Gull Butta. Elles sont réparties entre deux petits ensembles de tentes que sépare un terre-plein. C'est ici que vient de s'immobiliser le camion, qui semble avoir hésité jusqu'au dernier moment entre

les deux campements. Des visiteurs s'approchent : sourires, accolades, retrouvailles.

De l'autre côté du terre-plein, c'est M. Herwaz Ron qui, en sa qualité d'ancien, nous accueille. Là, dans cinq tentes, vivent une vingtaine de personnes. Ce sont des Kouchis, des nomades, arrivés quelques semaines auparavant de Jalalabad. « *La chaleur de l'été et la misère nous ont fait quitter cette province à la frontière du Pakistan, sur la route de Peshawar*, explique le patriarche. *Nous espérons que, dans la capitale, il nous sera plus facile de trouver de petits travaux, de la nourriture et de l'eau.* » Pour parler de son groupe, il use du terme *sheikh mohammadi* (« tribu nomade » de colporteurs et autres petits métiers) : un subterfuge auquel les Kouchis ont souvent recours pour conjurer leur réputation de voleurs, de mendiants et de prostituées. Evoquant leurs conditions de vie, l'homme se plaint de ne rien recevoir de l'aide gouvernementale modeste qui parvient à leur KIS, et dont le campement d'en face – jogi – ne les fait pas profiter.

Les cahiers de consultations des dispensaires et des cliniques mobiles égrènent les pathologies de la pauvreté, dont l'impact est renforcé par l'insalubrité des lieux. Parmi les plus fréquentes, les infections oto-rhino-laryngologiques et pulmonaires et, l'été, les diarrhées de toutes sortes, causes d'une forte mortalité infantile. Les hommes, qui glanent comme ils le peuvent des travaux de force à Kaboul pour un peu plus de 2 euros par jour, sont fréquemment atteints de troubles ostéo-articulaires. Petits et grands sont pareillement exposés aux infections cutanées, aux carences et aux parasites que laisse deviner la mauvaise hygiène des personnes rencontrées. La moitié des femmes sont mariées avant l'âge de 15 ans. Parmi celles qui allaitent ou sont enceintes, une sur cinq souffre de malnutrition modérée ou sévère (3). Le nombre d'enfants vivants s'élève à six par foyer en moyenne.

Former à la médecine une génération de femmes

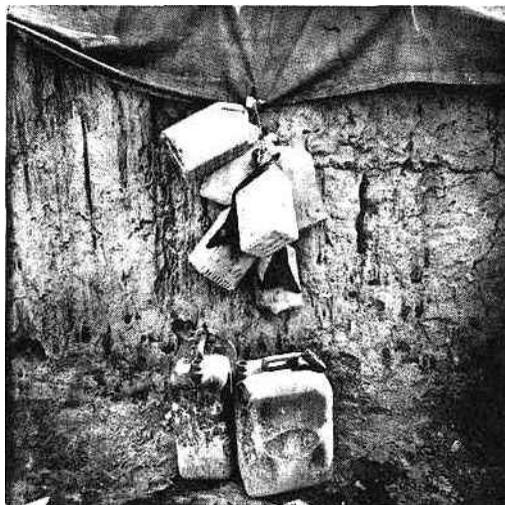
Le système de santé reste défaillant, même si les organisations non gouvernementales (ONG) et le ministère de la santé tentent de mettre sur pied une offre de soins primaires : vaccination, lutte contre la mortalité en couches, contre le paludisme, contre le virus du sida... Pour prendre en charge efficacement la santé des femmes, dans un pays où elles ne peuvent être soignées que par des personnes du même sexe ou n'être reçues en consultation qu'accompagnées d'un homme de la famille, la formation de toute une génération de professionnelles – agentes de santé communautaires, infirmières, médecins, sages-femmes – est primordiale. Mais les obstacles sont multiples : faibles taux de scolarisation et d'alphabétisation, résistance forte des familles à les voir s'éloigner pour recevoir un enseignement...

Lorsque cette résistance est vaincue, surgit un nouvel obstacle inattendu avec la nécessité de gérer

* Médecin, coresponsable du master « Organisations internationales » à l'Institut d'études politiques (IEP) de Grenoble. A dirigé *Afghanistan. Gagner les cœurs et les esprits*. Presses universitaires de Grenoble (PUG) - Radio France Internationale (RFI), 2011.



BALAZS GARDI.
Réfugiés dans le camp
de Charahi Qambar
à Kaboul, 2011



les *marhams*, des chaperons masculins mandatés par les familles, frères, beaux-frères ou cousins. Ils doivent accompagner les femmes partout pendant leur formation ou sur les lieux de leur affectation professionnelle. Il faut donc eux aussi les loger et les nourrir, et, pour qu'une femme soit autorisée à occuper un poste, prévoir la présence du *marham*, ou lui trouver un emploi. Le système de santé se retrouve dès lors alourdi par une logistique qui le plombe, et qui entraîne des surcoûts importants, hypothéquant ses capacités financières futures.

Dans d'autres provinces, proches de la frontière avec les zones tribales du Pakistan, des maladies transmissibles comme la poliomyélite ont connu une recrudescence inquiétante en 2012, faute de vaccins – une conséquence inattendue de... la mort d'Oussama Ben Laden. « *La rumeur, entretenue par des talibans pakistanais évoluant dans ces provinces, veut que des vaccinateurs aient été associés, à Abbottabad, à la localisation du dirigeant d'Al-Qaida* », explique un médecin afghan. Cela a également conduit à l'assassinat, il y a plusieurs mois au Pakistan, de vaccinateurs du Fonds des Nations unies pour les enfants (Unicef) (4).

Autre fléau : la consommation d'opium, dont l'Afghanistan est le premier producteur mondial. On compte aujourd'hui environ un million d'utilisateurs, dont cent cinquante mille consomment l'héroïne par injection, avec des pratiques et dans des conditions d'hygiène désastreuses. Lors du départ des Soviétiques, en 1989, la production s'élevait à mille deux cents tonnes par an ; elle a atteint six mille neuf cents tonnes en 2009. Avec le retrait des troupes de la coalition, la production connaît une nouvelle accélération : + 7 % pour la seule année 2011 (5). Une enquête menée fin 2012 par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD) dans cinq cent quarante-six villages révèle une augmentation de 30 % des surfaces plantées (6). Les revenus découlant de cette culture représentent environ 60 % du produit intérieur brut (PIB) afghan.

Au sommet de Tokyo, en juillet 2012 – une première réunion ayant eu lieu en 2002 pour jeter

les bases de la « reconstruction » après la défaite des talibans –, les pays donateurs et les organisations internationales ont discuté avec le gouvernement afghan de l'aide à lui apporter. Dans un pays où le PIB est estimé à 17,24 milliards de dollars (2010), une étude récente de la Banque mondiale (7) souligne que les revenus nationaux seront incapables de couvrir les dépenses de l'Etat pendant des années. Si l'on se fie aux critères de cet organisme, le déficit budgétaire s'élèverait à 21 % en 2025, avec un pic à 39 % en 2014.

Pour la population pauvre – environ quinze millions de personnes sur les trente que compte le pays –, l'avenir du système de santé reposera dès 2014, mais davantage encore à partir de 2017, sur l'efficacité du ministère de la santé et de ses personnels. Les financements apportés par l'Union européenne, la Banque mondiale et l'Agence américaine pour le développement international (Usaid) n'iront plus aux ONG, comme c'est le cas aujourd'hui, mais directement à l'Etat, sans toutefois que les bailleurs de fonds se soient donné de véritables moyens de contrôle.

Analysant la situation dans les quatre provinces – Kaboul, la Kapisa, Parvan et Panjshir – déjà sous la seule administration du ministère de la santé, un employé afghan, référent médical d'une ONG internationale, assure que « *les résultats de cette gestion directe laissent tout le monde très sceptique quant à une généralisation du système. Les structures éloignées des principaux axes routiers sont négligées ; de l'argent est détourné ; on demande aux patients des bakchichs pour des soins censés être gratuits ; il y a un fort absentéisme des soignants, ainsi que des ruptures dans les approvisionnements ; la hiérarchie manque à son devoir de supervision... En outre, certains médecins exercent en parallèle dans des cliniques ou des cabinets privés, ce qui s'explique en partie par leur niveau de rémunération : entre 200 et 550 dollars mensuels* ».

Et après le départ de la coalition ?

Au sommet de Tokyo, il a été décidé d'apporter une aide de 16 milliards de dollars d'ici à 2017 ; 230 millions seront fournis par la France, qui, depuis 2008, a engagé quelque 2 milliards d'aide civile et militaire (8). Le financement du système de santé est compris dans cette enveloppe. Toutefois, selon une responsable d'ONG médicale, « *tout dépendra de la façon dont le ministère de la santé prendra en charge les défaillances déjà repérées dans son fonctionnement actuel, ainsi que de la capacité des ONG à agir dans les marges, comme c'est le cas dans les KIS aujourd'hui, et à pointer les manques partout sur le territoire afghan. Reste à savoir si les conditions de sécurité nous permettront de demeurer sur place et d'être actifs...* ».

L'attitude des talibans à l'égard des ONG internationales reste en effet incertaine. Il est vrai que certaines ont eu une attitude qui les a clairement positionnées comme de véritables supplétifs des forces armées étrangères (9). Celles-là pourraient être réduites à la paralysie ou contraintes de plier bagage dans les mois à venir, dans le sillage, pour quelques-unes, de leurs mentors de la coalition internationale.

(1) Minorité ethnique originaire du Tadjikistan et comptant environ cent mille personnes.

(2) « Profil d'opérations 2013. Afghanistan », www.unhcr.fr

(3) Sur la nutrition et la santé mentale dans les KIS, cf. Giovanna Winckler-Roncoroni, « Survey of mental health and child care practices in the KIS », Action contre la faim, mission Kaboul-Afghanistan, mai 2012.

(4) Frédéric Bobin, « Au Pakistan, la lutte antipolio est la cible des talibans », *Le Monde*, 19 décembre 2012. Les Américains ont reconnu avoir utilisé un vaccinateur dans leur traque de Ben Laden.

(5) « Afghanistan. Opium survey, 2011 », Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDDC), Vienne, décembre 2011, www.unodc.org

(6) « Afghanistan. Opium risk assessment 2013 », ONUDDC, avril 2013.

(7) « Afghanistan : From transition to transformation », Banque mondiale, Washington, DC, 1^{er} juillet 2012.

(8) Jacques Follorou, « L'Afghanistan a coûté à la France près de 2 milliards d'euros depuis 2008 », *Le Monde*, 28 janvier 2012.

(9) Lire « Les humanitaires victimes des logiques d'Etat », *Le Monde diplomatique*, juin 2007.