

CAHTER
Nord / Sud
Sud / Nord



Implication des maisons médicales

Nord-Sud, Sud-Nord

Implication des maisons médicales

Nord et Sud, ces termes froidement géographiques, illusion d'asepsie, recourent et opposent des réalités multiples : au Nord la richesse, la puissance sous ses différentes formes, l'orgueil des droits de l'homme ; au Sud... les contraires. Bien sûr, cette perception tranchée est caricaturale et abusive : le Sud ne se réduit ni à des ressources à exploiter sans merci, ni à des zones de non-droit à moraliser, ni à un champ où épandre un altruisme béat (et le Nord connaît ses pauvretés et injustices). Certes, la situation déplorable du Sud aux plans politique, économique, sanitaire est connue, elle nous interpelle et nous scandalise. Mais il faut récuser les visions simplistes selon lesquelles, pour y remédier, il « suffirait » de changer la mentalité et les comportements du Nord dominateur et de porter massivement aide à un Sud incapable de prendre son destin en charge. Car, nonobstant la circonstance historique actuelle, il faut entendre que le Sud est un partenaire à part entière et qui a beaucoup à apporter.

Dans cet esprit, et sans davantage nous étendre sur la problématique globale, nous vous proposons ici un cahier consacré à un aspect de l'échange égalitaire entre le Nord et le Sud et qui peut se ramener à une question centrale : comment, grâce à l'observation respectueuse et l'échange de partenaires, le Nord et le Sud peuvent-ils améliorer leurs pratiques des soins de santé ? Cette question ne peut trouver de réponse que dans la durée, approche fondamentalement différente de celle de la « gestion de l'urgence » ou de la médecine de catastrophe humanitaire, dont nous ne parlerons pas ici.

Vaste sujet, auquel le cahier ne prétend apporter qu'une modeste contribution : nous ne l'envisagerons que sous l'angle de l'implication des maisons médicales ou de leurs travailleurs.

Expériences des travailleurs des maisons médicales

Nous commencerons par rapporter l'expérience de travailleurs des maisons médicales qui ont séjourné ou travaillé en tant que soignants dans le Sud (ou y sont encore, ou y retourneront) et comment leur réflexion et leur pratique des soins de santé en a été transformée.

Impressions du Burkina page 32

Miguelle Benrubi, médecin généraliste à la maison médicale La Passerelle

« Une invitation, par des amis burkinabé, à rencontrer leurs familles et à fêter ensemble la nouvelle année. On ne se refait pas : ce qui m'implique en tant que médecin de première ligne en Belgique a orienté mes rencontres... ».

Petit témoignage d'Abyssinie page 34

André Crismer, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen

Un projet de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles en Éthiopie.

Expériences d'ici, expériences de là-bas... apports réciproques page 37

André Crismer, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen

Travailler alternativement « au Nord » et « au Sud » : ces deux expériences peuvent se féconder l'une l'autre et, pourquoi pas, encourager à développer des synergies.



Échanges de personnel

Ensuite, nous nous intéresserons aux initiatives de l'Institut de médecine tropicale qui, depuis de nombreuses années déjà, propose aux maisons médicales d'accueillir des participants du cours international pour la Promotion de la santé pour qu'ils observent le fonctionnement et les activités des maisons médicales. Élargissant la démarche, l'Institut de médecine tropicale d'Anvers a appuyé des échanges de personnels de santé entre le Nord et le Sud afin de développer une observation respectueuse des pratiques. C'est dans ce cadre que les maisons médicales des Marolles et du Maelbeek ont « échangé » pendant quelques semaines des travailleurs de santé avec le centre de santé Saint-Michel (Haïti) et Fraternité médicale Guinée. En France, Santé Sud a également développé ce type d'échange de personnel de santé : le Dr Grandbesançon nous rapportera son expérience au Mali. Bruno Dujardin tirera de ces échanges une leçon toute simple et essentielle : ces projets reposent sur une valeur centrale, le renforcement de l'auto-estime des acteurs par la réciprocité des échanges dans un climat de confiance.

Pourquoi « visiter » les maisons médicales ?

page 41

Jean Van der Vennet, sociologue et Bart Criel, médecin de santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers

Visites des étudiants de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers aux maisons médicales : quelques réflexions des enseignants.

La formation par l'observation : réflexions sur une pratique de terrain soutenue par une guidance scientifique

page 42

Isaline Greindl, médecin de santé publique, Agence européenne pour le développement et la santé (AEDES), collaboratrice de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, Jean Van der Vennet et Monique Van Dormael, sociologues, Institut de médecine tropicale d'Anvers

Des maisons médicales de Belgique, de Guinée et d'Haïti ont commencé des échanges de personnels de santé. Les équipes sont appuyées, au Nord comme au Sud, par des chercheurs en santé publique qui décrivent ici la genèse du projet, sa mise en oeuvre et ses premiers résultats, et se concentrent sur le rôle de guidance scientifique.

Conakry-Etterbeek

page 47

Michèle Parmentier, assistante sociale, Chantal Hoornaert et Anne Françoise Dille, médecins généralistes à la maison médicale du Maelbeek

Les échanges Nord-Sud mettent à jour des questionnements très concrets sur le fonctionnement des maisons médicales.

Haïti et Belgique : échange de regards

page 51

Véronique du Parc, médecin généraliste et Murielle Renaut, sociologue et accueillante à la maison médicale des Marolles

La maison médicale des Marolles et le centre de santé Saint-Michel (Haïti) ont « échangé » des travailleurs. Comment se sont déroulés ces échanges et qu'ont-ils échangé ? Regard de l'équipe belge sur ces échanges...

Suite à la visite des belges à Port-au-Prince... page 58

Madeleine Jean-Baptiste, médecin à Port-au-Prince, Haïti
... et regards de l'équipe haïtienne sur ces échanges.

Réflexions engendrées par un échange Nord-Sud page 61

Marie-Jeanne Windar, médecin généraliste à la maison médicale Marconi
Quand des équatoriens rencontrent une maison médicale bruxelloise, de quoi se parlent-ils ?

Et si on essayait l'auto-estime ? page 62

Bruno Dujardin, professeur de santé publique, école de santé publique, université libre de Bruxelles

« La formation par l'observation » montre que, au-delà de l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques, ce projet repose sur une valeur centrale : le renforcement de l'auto-estime des acteurs par la réciprocité des échanges dans un climat de confiance.

Échange entre médecins de campagne maliens et français page 65

Yves Grandbesançon, médecin à Marseille

Échanges entre le Mali et la France organisés avec l'aide de Santé Sud : le Dr Yves Grandbesançon raconte la découverte d'une culture différente, d'une autre conception de la vie, de la mort, de la médecine, les difficultés de soigner sans grandes ressources...

Initiatives des maisons médicales

Pour continuer, nous développerons deux initiatives, celle de la maison médicale de Essegheem, à l'origine de la création de la Maison de santé Saint-Paul à Yaoundé, et celle de la maison médicale de Seraing, qui soutient le Centre de promotion campesinos El Molino en Bolivie.

La Maison de la santé Saint-Paul à Yaoundé.

Histoire d'une fin de projet page 81

Marc Hombergen, coordinateur de la maison médicale Essegheem

La maison médicale Essegheem a participé à la création de la Maison de santé Saint-Paul à Yaoundé.

Seraing -Potosi : mêmes combats ? page 85

André Meert, médecin généraliste au centre de santé Baustista Van schowen

Des liens de solidarité se sont tissés entre le centre de santé Bautista Van Schowen et le centre de promotion *El Molino* dans les hauts plateaux boliviens.



Des rencontres qui ouvrent le champ des questions

Les rencontres entre professionnels et même usagers des soins de santé du Nord et du Sud se multiplient dans des cadres variés. Ces rencontres élargissent le champ des questions sur soi et sur l'autre, comme le montrent les contributions de ce chapitre qui nous livrent les réflexions de responsables de la Fédération des maisons médicales participant à différentes missions en Tunisie, en Bulgarie et en Palestine.

Projets en Palestine

page 90

Daniel Dekkers, ingénieur, Centrale sanitaire Suisse Romande et Association belgo-palestinienne et Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle et chargé de cours à la faculté de médecine de l'université libre de Bruxelles

En septembre 2003, Daniel Dekkers et Michel Roland ont effectué un voyage en Palestine afin d'observer sur place le déroulement des projets soutenus par la Centrale sanitaire Suisse romande.

Un saut en Bulgarie

page 94

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen
Avant d'organiser la santé, il faut la financer...

Accords de coopération en Tunisie

page 95

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen

Échanges et réflexions sur les rôles et l'organisation de la médecine générale ainsi que sur la formation des soignants à l'occasion d'une invitation au département de Médecine communautaire de l'Université de Monastir.

Réalités et perspectives

Sud, Nord, même combat mais à armes inégales !

page 100

Paul De Munck, ancien médecin généraliste à la maison médicale du Nord, médecin de santé publique dans un projet de coopération au Niger

Au-delà des bons sentiments, les réalités d'un désert médical au Sud.

Quelle contribution pour les maisons médicales belges au changement urgent et nécessaire ?

Impressions du Burkina

Miguella Benrubi, médecin généraliste à la maison médicale La Passerelle.

.....

En janvier 2003, j'ai eu l'occasion de vivre pendant un mois dans une famille burkinabé à Bobo Dioulasso, ville située au sud-ouest du Burkina Faso. Le projet était avant tout familial et amical : une invitation, par des amis burkinabé vivant à Liège, à rencontrer leurs familles et à fêter ensemble la nouvelle année. On ne se refait pas : ce qui m'implique en tant que médecin de première ligne en Belgique a orienté mon voyage, mes rencontres, mes visites... Voici quelques impressions glanées lors d'une de ces visites.

.....

Pour vous rendre au dispensaire de Nasso, vous quittez Bobo Dioulasso - deuxième ville du Burkina Faso - par l'ouest. Vous empruntez une piste de terre rouge, dans une belle savane où poussent manguiers, fromagers, baobab et eucalyptus. Tout au long de la piste, vous traversez de nombreux petits villages clairsemés, vous croisez des enfants, des femmes qui portent du bois, des plateaux ou des grandes bassines sur la tête, leur dernier-né attaché dans le dos. Et après quarante minutes de soubresauts incessants qui vous massent les muscles pour le restant de la journée, vous arrivez dans un lieu hors du temps, où tout semble accueillant et paisible. Évidemment, vous faites confiance à la personne qui vous accompagne et qui connaît la région, car rien n'indique que vous êtes arrivé.

Ce jour là, c'est le milieu de l'après-midi, tout est particulièrement calme. Mariam, la sage-femme rencontrée quelques jours auparavant à Bobo vient à notre rencontre et nous accueille avec chaleur, elle nous présente à ses collègues, deux infirmiers dont l'un est le responsable du

dispensaire, un assistant sanitaire, et une aide-pharmacienne. Ils nous font visiter les bâtiments, disposés en demi-cercle autour d'une aire centrale, qu'on imagine être la salle d'attente les matins d'affluence. Le premier bâtiment est le dispensaire proprement dit : il se compose de trois pièces communicantes en enfilade. La première pièce est le bureau : table, chaises, étagères, programmes et statistiques de population affichés au mur. Les dossiers sont rangés, classés et « échancés » : ceux des femmes parturientes d'un côté, ceux des nouveau-nés et des jeunes enfants entrant dans le programme de vaccination d'un autre côté. La deuxième pièce est une salle d'examen et de vaccination : un frigidaire, dont on apprécie le stock de vaccins, trône en bonne place. La dernière pièce est une salle de soins : table d'examen, plan de travail en céramiques blanches sur le mur du fond, et dessus un stérilisateur, quelques instruments disposés sur une serviette en coton. A terre, des bassines d'eau, des bidons de désinfectant. Le deuxième bâtiment, de même taille, c'est la maternité. Une salle d'accouchement avec deux tables d'examen, une salle de soins et une salle de travail et de repos composée de cinq lits. Dans cette dernière salle, nous sommes émus par une toute jeune maman au visage grave et son bébé de quelques heures. En sortant de la maternité, on nous présente à la famille de la jeune accouchée, deux dames plus âgées qui se sont installées dans une des cinq cases rondes en banco et toit de paille, l'une lessive, l'autre prépare le repas sur le brasero. Le troisième bâtiment, plus petit, est la pharmacie : une pièce composée d'étagères sur lesquelles sont disposés les médicaments avec leurs noms et leurs prix. Deux dames sont assises derrière le petit comptoir et semblent attendre les clients en causant calmement dans la tiédeur de la pièce. Deux des cinq cases sont des salles d'hospitalisation. Un peu plus loin, des petites habitations en dur, celles des travailleurs du centre et leurs accompagnants (famille, bonnes). Chiens, poules, coqs, poussins et chèvres animent les lieux. Plus loin encore, à quelques centaines de mètres, le puits procure l'eau à tout le dispensaire : il fonctionne grâce à une pompe manuelle qu'on actionne à l'aide d'une roue, vite et avec force ; l'eau est alors recueillie dans des seaux et des bassines puis portée sur la tête jusqu'aux maisons.



Le centre de santé de Nasso dispense les soins de première ligne à une population de seize mille cinq cents habitants, répartie dans six villages alentours dans un rayon de dix kilomètres. Les malades doivent parfois marcher plus de deux heures pour arriver au dispensaire. Ils sont souvent accompagnés et amenés en vélo. Dans les cas graves dépassant les compétences du centre, les malades sont « évacués » vers l'hôpital de district à Bobo, à vingt-cinq kilomètres de là.

Il s'agit d'un système de santé organisé sur l'échelonnement des soins. La prévention et l'éducation à la santé (vaccination, prévention des maladies sexuellement transmissibles : MST-SIDA) font partie intégrante du travail quotidien du centre. Les soins curatifs, petite chirurgie, soins infirmiers, obstétrique non compliquée, sont dispensés tous les jours. Les travailleurs de la santé sont sur place jour et nuit, ce qui rend inutile le débat sur les gardes et la continuité des soins... Avec les moyens du bord, les statistiques de population (par village, les naissances, les décès), de contacts (accouchements, vaccinations) sont tenues à jour de manière efficace. La gratuité des soins n'est pas totale : un tarif minimal de base est appliqué par exemple pour un accouchement effectué au dispensaire, pour l'achat des médicaments et des produits nécessaires aux soins.

Le Burkina Faso est un des pays les plus pauvres de la planète¹. La situation sanitaire y est désastreuse. Un effort considérable a pourtant été fourni depuis quelques décennies dans l'organisation et la promotion des soins de santé primaires². En effet, comme c'est le cas dans tous les pays en développement, le Burkina Faso est divisé géographiquement en « districts sanitaires » dans lesquels se répartissent équitablement les dispensaires de soins primaires (accessibilité géographique).

Mais, on le sait, de multiples autres déterminants influencent l'état de santé d'une population et interagissent selon des causalités en chaîne : déterminants démographiques, géographiques, politiques, socio-économiques, socioculturels (facteurs liés au mode de vie et aux comportements). Enfin, il est illusoire d'envisager des actions visant à l'amélioration de la santé des populations sans envisager de changements pour une politique internationale empreinte de plus grande justice sociale !

S'il vous arrive un jour de passer par-là, peut-être aurez-vous envie, comme moi, de vous arrêter plus longtemps, et pourquoi pas, pour y travailler un temps. Dans tous les cas, vous serez certainement frappés par les conditions de travail, sans nul doute précaires, mais pourtant bien suffisantes, par la netteté et la bonne organisation des lieux. Et vous vous souviendrez sans doute longtemps de l'accueil, de la disponibilité et de la gentillesse de Mariam et de ses collègues. ●



(1) L'indicateur de développement humain (IDH) mesure la longévité (espérance de vie à la naissance), l'éducation (taux d'alphabétisation et de scolarisation) et le niveau de vie (produit intérieur brut) par habitant). Il est de 0,303 au Burkina Faso, ce qui place ce pays 172^{ème} sur 174 pays (voir sur le net : www.pnub.bf/ccp.htm ; chiffres de 2000).

(2) Depuis la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires - 12 septembre 1978. OMS/UNICEF.

Petit témoignage d'Abyssinie

André Crismer,
médecin
généraliste au
centre de santé
Bautista Van
Schowen.

.....

*Un projet de prévention et le traitement
des maladies sexuellement transmis-
sibles en Éthiopie.*

.....

*« Si on travaille tous ensemble,
on avancera,
si c'est tous ensemble qu'on pète,
ce n'est pas un problème. »
(proverbe tigréen)*

Il y a trois mois, je m'arrachais de ma très maternelle maison médicale¹ pour rejoindre une terre qui m'est chère entre toutes, depuis bien longtemps. Le projet auquel je participe au Tigrée est centré sur la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et la prévention du SIDA. On y verra, je crois, que la santé publique classique peut très bien s'entendre avec la santé communautaire (Oh, beau tableau de Monique Van Dormael !)

(1) Bautista Van Schowen.

(2) L'Éthiopie est le troisième pays au monde en nombre de séropositifs (deux millions deux cents mille) après l'Afrique du Sud et l'Inde. Pour l'ensemble du pays, on estime le taux de prévalence entre 6 et 8%.

(3) Ce gradient entre villes et campagnes est une raison pour agir vite, maintenant, avant que la prévalence n'explode dans les campagnes.
(suite page suivante)

attendent aussi qu'ils tuent leur ennui d'attendre... Les militaires sont logés, vêtus et nourris. Leur salaire sert à deux « choses » : la bière et les filles. Des enfants vivent en symbiose avec les militaires. En échange de quelques biscuits, ils vont chercher les filles. Les pourcentages de personnes infectées par le SIDA dans les campagnes plus reculées, personne ne sait... on parle de 3 ou 4 %³.

Les maladies sexuellement transmissibles représentent un problème de santé publique majeur qui frappe surtout les femmes et leurs bébés. Est-ce pour cela qu'on s'en préoccupait peu dans le Tiers-Monde ? Et pourtant, chez les femmes en âge de procréer, hors SIDA, les MST seraient, sur notre petite planète, la deuxième cause de perte de vie en bonne santé.

En outre, elles favorisent fortement la transmission du SIDA. Selon les cas, les maladies sexuellement transmissibles augmentent de deux à dix fois le risque de transmettre ou d'attraper le SIDA. La fameuse étude de Muanza en Tanzanie a montré qu'une bonne prise en charge des maladies sexuellement transmissibles curables⁴ réduit de 42% l'incidence du SIDA. Piot (directeur de l'Organisation des Nations-Unies sur le SIDA - ONUSIDA) et ses collaborateurs ont estimé qu'en évitant ou en soignant cent syphilis, on prévient dans les dix ans qui suivent 4.130 syphilis et 109 SIDA...

Et pourtant, ces maladies « honteuses » restent peu prises en charge. Un tableau célèbre de Piot

	OBJECTIF	SUBJECTIF
INDIVIDUEL	somatique	psychologique
COLLECTIF	santé publique/social	anthropologique/social

Le Tigrée, province éthiopienne grande comme deux fois la Belgique, compte quatre millions d'habitants. Une route la traverse. Le long de cette route, on estime que 16 % des gens sont infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)². Et 75 % des prostituées qu'on appelle *commercial sex workers* (travailleuses du sexe commercial) ou *bar ladies*.

Au bout de la route, à cause de la guerre avec l'Érythrée, des dizaines de milliers de militaires attendent. Et tout autour, parfois sous des branches ou des bâches en plastique, des filles

et Fransen, se base sur des études en Afrique centrale. Il montre ceci : sur deux cents femmes, cent ont une maladie sexuellement transmissible, dont cinquante sont symptomatiques ; trente-cinq cherchent un traitement, dont trente dans une structure de santé, six reçoivent un traitement correct, quatre sont compliantes jusqu'au bout, trois sont guéries, dont une seule enverra son partenaire pour se soigner. Ce qui signifie que sur cent femmes infectées, trois seront guéries dont deux rapidement réinfectées !



L'approche syndromique

Plus de vingt germes donnent des maladies sexuellement transmissibles, mais il est très difficile de les reconnaître et même avec une analyse de laboratoire, qui coûte beaucoup, on se trompe souvent. Alors, on a inventé l'approche syndromique qui fera hurler certains. C'est une stratégie de santé publique dans toute sa splendeur, avec une aile bio-médicale et une autre comportementale. Le Bureau de la santé du Tigrée avait fait appel à Médecins sans frontière-Belgique pour introduire cette approche, recommandée par l'Organisation mondiale de la santé dans quatorze districts traversés par la route.

En quelques mots, parmi les maladies sexuellement transmissibles, on reconnaît sept grands syndromes. Pour chacun, il y a un arbre décisionnel facilement utilisable par un agent de santé peu qualifié, qui permet d'identifier toutes les causes possibles du syndrome : ceci fait, c'est simple, on les traite toutes... C'est très rapide et efficace : le coût des médicaments est largement compensé par le fait qu'on ne fait aucun test et que le patient, qu'on traite le plus souvent dès le premier contact, ne reviendra pas parce qu'il est guéri.

Mais ce n'est pas tout. L'approche syndromique doit s'intégrer dans une stratégie générale à la fois bio-médicale et comportementale :

- a. formation du personnel : séminaires⁵, tournées de supervision et de soutien⁶, fourniture de moyens didactiques (dont depuis un mois un petit journal) ;
- b. fourniture des médicaments et autre matériel ;
- c. campagnes d'information de la population : plus les gens seront au courant, plus vite ils viendront se soigner, plus la stratégie sera efficace ;
- d. au cours de la consultation, le chemin rapidement parcouru jusqu'à la prescription de médicaments permet d'avoir du temps pour :
 - de l'éducation à la santé à un moment où les gens sont particulièrement réceptifs ;
 - la démonstration et la remise systématique de condoms ;

- une discussion sur l'importance de traiter le partenaire.

- e. on organise aussi un contrôle systématique chez les femmes enceintes pour prévenir la syphilis congénitale, une des activités médicales les plus efficaces dans le Tiers-Monde. Une grossesse chez une femme infectée a plus de quarante chances sur cent de mal se terminer. C'est un autre moyen aussi de réduire la prévalence de la syphilis, maladie qui favorise le plus la transmission du SIDA.

En résumé, le but est que les gens infectés viennent vite se soigner, qu'ils reçoivent vite un traitement efficace, même délivré par des agents de santé peu qualifiés, qu'ils le prennent jusqu'au bout (beaucoup de traitements minute), qu'ils évitent une réinfection ou une transmission à un tiers, qu'ils convainquent leur(s) partenaire(s) de se traiter. Pour que le 1 % du dernier niveau du graphe de Piot-Fransen devienne beaucoup plus grand.

Information, éducation, communication

A côté de cette approche syndromique, très santé publique classique, nous avons une action de type santé communautaire dans le domaine que les experts appellent maintenant « IEC » pour dire Information, Éducation, Communication. En quelques mots, cela veut dire actuellement :

1. Dans chacun des quatorze districts, qui s'étendent sur plus de quatre cents kilomètres, nous organisons avec des groupes de jeunes membres des clubs anti-SIDA, cinq jours par semaine, des petits sketches dans les centres de santé et dans la communauté qui sont suivis de débat avec le public. Selon notre récente évaluation, nous touchons ainsi près de quarante mille personnes par mois⁷.
2. Nous éditons depuis deux mois un petit journal bimestriel destiné initialement aux travailleurs de santé mais que nous diffusons beaucoup plus largement. Il m'apparaît évident, alors que tous les travailleurs de santé parlent de *behavioral*

(4) Toutes ne le sont pas, mais toutes, y compris le SIDA, peuvent être prévenues.

Parmi les grandes pandémies, ou on compte aussi la tuberculose (trois millions morts/an) et la malaria (un million de morts/an) ; le SIDA (trois millions de morts/an) est le plus facile à prévenir.

Les premiers cas ont été enregistrés aux débuts des années 80 : on compte à présent quarante-deux millions de cas dans le monde (une nouvelle infection toutes les six secondes).

Le SIDA est le plus grand échec de la santé publique de ces cinquante dernières années.

Alors qu'il touchait au début surtout les hommes riches (il fut un temps où le pays le plus touché était les États-Unis), de plus en plus, il touche les femmes pauvres, et cette tendance va s'accroître. Tiens donc...

(5) En trois ans, nous avons formé plus de quatre cent septante travailleurs de santé, par groupes de trente, pendant quatre jours en moyenne.

(suite page suivante)



(6) Les tournées de supervision et de soutien se sont révélées un des meilleurs moyens de formation. Elles se font une fois tous les deux mois dans chaque district.

(7) Pour cet aspect du programme, nous organisons aussi une supervision une fois tous les deux mois. Au début de ce projet, nous avons travaillé avec des professeurs de l'école artistique du Tigree.

(8) Nous sommes passés à la télévision en deuxième titre du journal il y a peu.

(9) qui compte plus de quatre cent cinquante mille membres...

change de la population, que c'est d'abord eux, leurs autorités et les financeurs qui doivent changer de comportement.

3. Nous éditons et distribuons de façon ciblée des dépliants, des posters, des T-shirts. Les T-Shirts avec un petit personnage en forme de condom qui dit « je lutte contre le VIH » ont un grand succès chez les dames de bar.
4. Nous lançons, avec d'autres, à l'échelle de la province, un concours de poster sur le thème de la non-discrimination. Nous espérons imprimer l'oeuvre du lauréat pour la Journée mondiale du SIDA.
5. Nous développons des contacts avec les différents médias⁸.
6. Nous développons des activités avec différentes organisations gouvernementales et non-gouvernementales, des groupes de musiciens, des organisations bénévoles de soins palliatifs ou de soutien aux patients infectés, l'archevêque copte et ses acolytes, la *Tigray Women Association*⁹. Nous participons actuellement à l'organisation d'un grand événement médiatique culturel, musical et sportif.

7. Nous venons de commencer des « focus groups » avec des prostituées et nous étendrons bientôt le projet aux enfants des rues et peut-être aux clients des bars où exercent des prostituées (il y en a tout plein autour de notre maison)...

C'est peu de choses par rapport à tout ce qui pourrait être fait mais on doit rester dans le cadre imposé par l'organisation. Les activités supplémentaires les plus utiles seraient le soutien aux groupes d'éducation par les pairs et aux conseils et dépistages volontaires du SIDA.

Je me rends compte que je ne vous ai pas parlé des problèmes rencontrés, ni de l'essentiel plus inaccessible aux mots, ni dit que le meilleur moyen de lutter contre le SIDA serait de réduire la pauvreté... ●

Expériences d'ici, expériences de là-bas... apports réciproques

N O R D / S U D



S U D / N O R D

.....
L'auteur a travaillé alternativement « au Nord » et « au Sud » : il nous montre comment ces deux expériences peuvent se féconder l'une l'autre et, pourquoi pas, encourager à développer des synergies.

.....
*« 50 oranges pour une personne, c'est lourd à porter, mais partagées entre 50 personnes, c'est un délice. »
(proverbe tigréen)*

Pendant que j'écris d'ici, je me demande où sont ici et là-bas...

Si j'ai travaillé dans le Tiers-Monde, c'est en tant que membre d'une organisation non-gouvernementale internationale (Médecins sans frontières-Belgique), ce qui change un peu la donne. Plus tard, en 1990, j'ai atterri sur une terre nouvelle, où les modes de vie et les coutumes des gens m'ont plus surpris que ce que j'avais vu dans le désert Afar, sur les hauts plateaux du Tigrée, dans la savane mozambicaine ou dans la forêt tropicale congolaise : cette terre s'appelait Seraing. J'arrivais au centre de santé Bautista Van Schowen¹.

Durant les premières années, jusqu'en 1992 en Somalie, j'ai participé à plusieurs petites missions - comme on dit - d'urgence ou d'évaluation. Et me voilà, onze ans plus tard, dans le cadre d'une pause carrière, en mission d'un an en Éthiopie.

Mon expérience là-bas a influencé et influencera mon travail ici et inversement. Pendant que j'écris d'ici, je me demande où sont ici et là-bas. De toute façon, malgré les années, les deux

types de projets ont encore beaucoup à s'apprendre mutuellement. Comment et pourquoi ? Ceci n'est qu'une première approche, un peu superficielle sans doute, qui gagnerait à être approfondie avec les membres des maisons médicales ayant une expérience dans le Tiers-Monde...

Organisation centralisée et petite unité autonome

Ma maison médicale et Médecins sans frontières n'ont pas pour but premier le lucre et visent un objet social qui tourne autour du mieux-être de la population dont ils s'occupent.

La maison médicale est une petite structure très décentralisée où chacun a une grande capacité d'autonomie et de décision (avec un budget annuel plus de dix fois supérieur au projet d'ici). Elle est membre de l'intergroupe liégeois et de la Fédération des maisons médicales. A Médecins sans frontières, même si forcément, ne fut-ce que pour des raisons géographiques, la périphérie a beaucoup d'autonomie, il y a une organisation pyramidale et hiérarchique qui a ses contraintes, ses lourdeurs, mais aussi ses avantages.

Il existe des manuels entiers qui définissent des tas de procédures inspirées d'années d'expériences de par le monde, des arbres décisionnels qui sont définis au niveau central, qu'il s'agisse de gestion des ressources humaines, de logistique, d'administration, de listes de médicaments disponibles, d'attitude à tenir en cas d'accident, un guide clinique et thérapeutique... Certaines de ces règles ne sont pas parfaites mais je n'ose imaginer si dans chaque mission, on devait discuter et décider de tout cela...

Dans les maisons médicales, le pouvoir de décision est complètement décentralisé : cela impose des quantités d'heures de discussions sur l'organisationnel qui laissent trop peu de temps à la discussion sur l'objet social : choix des priorités, mise en place de moyens d'actions, synergies avec des partenaires...

*André Crismer,
médecin
généraliste au
centre de santé
Bautista Van
Schowen.*

(1) « A Seraing ?
Quelle maison
médicale ? Avec
Van der Kaa ? »
m'avait demandé
un ancien de
Médecins sans
frontières.
« Non » avais-je
répondu.
« Quoi ? Quand
même pas chez
les fous de la rue
de la Baume ? ».
Et si, mais je le
comprenais dans
le sens employé
par les Romains,
quand ils
parlaient de ce
petit village, en
Armorique, qui
résistait...

Expériences d'ici, expériences de là-bas... apports réciproques

A Médecin sans frontières, on nous demande de préparer des plans d'action, de les évaluer, de rédiger un « sitrep » (*situation report*), tous les mois, un *quarterly report* tous les trimestres et il faut ajouter les projets et les accords avec les donateurs et les partenaires locaux. Cela est contraignant mais fait avancer. Je crois qu'on voudrait parfois faire ce genre de choses en maison médicale, mais la charge du quotidien nous en empêche souvent. Ou quand on le fait, c'est sur une petite part de l'ensemble de nos activités...

A Médecin sans frontières, chaque projet est suivi par un coordinateur national, une cellule au centre opérationnel de Bruxelles et des experts qui servent de référence et qui viennent parfois évaluer et faire des recommandations...

L'autogestion n'est pas un vain mot à la maison médicale Bautista Van Schowen. Je crois profondément que mon passage là-bas influence grandement ma manière de coordonner l'équipe ici où je tends à encourager l'autonomie de chacun et à faire participer chacun à la décision et à la gestion. Cela fait que j'accepte plus difficilement des règles venues d'ailleurs, que je juge parfois inadéquates, comme un processus un peu militaire de circulation de l'information.

(2) On pourrait consacrer un Santé Conjuguée entier à cette question du besoin, qui est peut-être la question la plus politique qui soit.

On a donc d'un côté une centralisation opérationnelle et de l'autre un archipel où chacun doit tout inventer sur son île. Les avantages d'un système, pourtant, ne peuvent-ils, au moins partiellement, avec quelques adaptations, être transférés à l'autre ?

Demande et besoin, population et individus

Les différences abordées ici viennent de contextes différents mais les démarches n'en demeurent pas moins mutuellement enrichissantes.

Dans le Tiers-Monde, il y a des souffrances biomédicales, sanitaires, nutritionnelles qui crèvent les yeux et qui demandent des réponses de type santé publique. Vu les ressources dramatiquement limitées (ici, le budget de la santé souvent ne dépasse pas un euro par an par personne), il faut faire des choix de priorités. On fonctionne beaucoup plus en terme de populations, de priorités et de besoins². En Belgique, le système de soins, le plus souvent, répond d'abord à une demande individuelle d'un patient, dont les composantes psychologiques et sociales de la souffrance sont souvent très importantes.

Dans le système de soins de santé importé de l'Occident, l'approche du patient dans le Tiers-Monde est souvent peu globale et très biomédicale, centrée sur la maladie plutôt que sur le patient (je ne parle pas des médecines traditionnelles, dont le principal succès est probablement cette approche globale qu'elles ont conservée). Les aspects psychologiques et sociaux sont difficilement pris en compte. Même, souvent, l'empathie, la confidentialité, le respect du malade laissent à désirer. Et là, sûrement, mon expérience à la maison médicale m'a apporté beaucoup. Il ne s'agit pas seulement de diminuer la maladie et le risque de contaminer la communauté, mais de tenir compte du confort des patients, de son histoire, de son désir, de ses projets, de son ambivalence...

Ce n'est probablement pas par hasard si les soins palliatifs se sont développés dans les sociétés les plus individualistes. Les maisons





médicales aussi sont les enfants de leur société et de leur environnement culturel.

Elles prônent l'autonomie du patient, qui est un de leurs grands principes. Je crois que mon passage à la maison médicale a gravé ces concepts dans mon esprit. Et je crois que cela vient à point dans un pays comme l'Éthiopie lorsqu'il faut accompagner des patients qui ont le SIDA, pour qui, ici, médicalement, on ne peut faire grand chose : voilà tout un accompagnement qu'on peut proposer... Et puis, quand on parle de maladies liées à la sexualité et de changement de comportement, comment obtenir quelques résultats sans un minimum de discrétion, de confidentialité, d'écoute et d'empathie...

Paradoxalement, dans une société où les soins apportés aux morts comptent parfois plus que ceux apportés aux vivants, la médecine venue d'Occident ne faisait rien avec la mort, avec le deuil... Là aussi, le passage à Seraing a changé quelque chose...

Relation avec le politique, santé communautaire et témoignage

Du fait qu'on arrive dans un pays étranger, les liens avec les autorités publiques ou de la santé sont presque obligatoires et s'établissent d'emblée. Ces acteurs sont des éléments essentiels dans un processus de santé communautaire, mais que les maisons médicales côtoient peu. Il y a un contexte culturel différent aussi, qui fait qu'on visite plus facilement d'autres associations, l'archevêque, la télévision, la radio, les guérisseurs traditionnels, les groupes de musique, l'école d'art dramatique et qui sais-je encore ? Quel membre de maison médicale a déjà contacté tous ces différents intervenants en moins de quinze jours ? Le mode de vie en Belgique contribue aussi au fait qu'on reste enfermé chez soi, et dans sa maison médicale. Ici, la vie professionnelle est très sociale... On se rencontre beaucoup plus, même de façon informelle et cela donne des idées...

Le rythme de vie occidental, la grande demande des patients, exigeant des réponses immédiates, influencent aussi la cadence du travail quotidien

en maison médicale. Ici, le rythme plus humain facilite la respiration de l'esprit et les contacts entre pairs.

Notre fonctionnement en maison médicale nous stimule à inventer des idées. Nous en avons beaucoup et nous avons souvent réfléchi à l'importance de la santé communautaire mais nous trouvons difficilement des ressources pour les mettre en pratique. Ici, toutes ces idées venues de Seraing m'aident beaucoup et j'ai peu de mal à les transformer en actions...

Un autre aspect qu'une organisation comme Médecins sans frontières privilégie est le témoignage. Ceci est peut-être une tâche que les maisons médicales acceptent de déléguer à leur Fédération, qui fait un peu avec ses petits moyens. C'est vrai que la Fédération des maisons médicales est composée d'une poignée de personnes tandis que le centre opérationnel de Médecins sans frontières-Belgique compte plus de cent cinquante personnes, dont tout un service communication.

Politique salariale et satisfaction au travail

J'aime le projet de ma maison médicale, d'égalité ou de justice salariale. Je trouve l'échelle des salaires à Médecins sans frontières beaucoup trop large. Pourtant, la mise en pratique de cette politique à Seraing suscite beaucoup de souffrances, de tensions et de débats. Je n'entends pas qu'on parle de ce sujet à Médecins sans frontières...

Si on avance sur un chemin difficile, cela ne veut pas dire qu'on s'est trompé de chemin, mais parfois, à trop discuter du chemin, on risque d'oublier où l'on veut aller...

Le fait de partir loin de chez soi donne, je ne sais pourquoi, de la valeur au travail alors que cela pourrait être le contraire. Pourquoi, comparativement, sommes-nous si peu fiers du travail que l'on fait en maison médicale, alors que nous tenons le bon cap, bien qu'à un rythme lent ? Est-ce simplement parce que la vitesse est tellement valorisée dans notre société où la

Expériences d'ici, expériences de là-bas... apports réciproques

question du grand prix de formule 1 a fait si mal aux écolos ?

pour faire de la santé communautaire. Les contacts avec les partenaires locaux doivent plus viser des actions concrètes communes...

Quelques actions concrètes

Les idées peuvent être transférées d'une expérience à l'autre.

J'ai repris notre idée du petit journal de l'intergroupe liégeois des maisons médicales : nous éditons désormais ici un petit journal qui sert d'outil de formation et d'échange d'informations entre les centres de santé, que nous distribuons aussi à nos différents partenaires.

Tous les lundis matin, nous organisons une réunion d'équipe où, après une petite introduction sur le projet et ses objectifs, nous passons en revue les actions à mener pendant la semaine.

Longtemps, je me suis demandé comment faire de la santé communautaire en maison médicale. Cela doit être plus que simplement travailler avec le réseau. Depuis mon arrivée au Tigrée, je suis convaincu que les « focus groups », tels que nous les avons lancés ici, sont un moyen d'action privilégié de faire de la santé communautaire dans les centres de première ligne.

Une centralisation des procédures pourrait faire gagner beaucoup de temps aux maisons médicales, qui pourrait être consacré à des réflexions sur l'objet social.

Des expertises extérieures, bienveillantes, accompagnées de recommandations, plus supportives que directives, pourraient aider les maisons médicales à avancer vers leur objet social.

Nous avons ici des recueils de données, peu compliqués, imparfaits et sans support informatique, mais standardisés : ils nous aident à réfléchir sur le travail des centres de santé et rendent notre travail beaucoup plus palpable à l'extérieur : je suis sûr qu'on pourrait faire aussi bien en maison médicale, en y consacrant un temps minimum.

Quand on y consacre un peu de temps, on trouve des tas de moyens, en utilisant divers médias

Synergies

Les deux mouvements ont tout à gagner à collaborer. Le fait de partir de temps en temps pourrait ressourcer les gens de maisons médicales. Savoir qu'ils pourront travailler en maison médicale en Belgique à leur retour stimulerait des jeunes à partir. Cela pourrait enrichir les deux mouvements et les populations qu'ils essayent de servir. Et aussi apporter de nouvelles recrues aux deux mouvements qui ont chacun des problèmes de recrutement de ressources humaines.

Je ne sais pas ce qui freine. Les deux mouvements ont à peu près le même âge, bien qu'ils n'aient pas la même taille. Les différences de culture ou de philosophie sont-elles trop grandes ? On est pluraliste des deux côtés. Essentiellement autour des droits de l'homme chez Médecins sans frontières. On est plus à gauche dans les maisons médicales, avec un souci plus grand d'équité et de changement de société. On réfléchit beaucoup dans les maisons médicales.

J'aime cette recherche d'une alternative pour notre monde. On est plus prompt à l'action à Médecins sans frontières... Mais ne caricaturons pas trop...

Une expérience dans le Tiers-Monde est une excellente formation pour un travail en maison médicale, qui en est un prolongement très naturel et gratifiant, et inversement.

Je vois tant de perspectives aussi, quand j'imagine des projets de jumelage entre des maisons médicales et des centres de santé du Tiers-Monde. ●



Pourquoi «visiter» les maisons médicales?

.....

Visites des étudiants de l'Institut de médecine tropicale aux maisons médicales : quelques réflexions des enseignants.

.....

Depuis quelques années, nous demandons à des maisons médicales de la Fédération d'accueillir pendant un à deux jours des participants du cours international pour la Promotion de la santé (CIPS) pour qu'ils observent le fonctionnement et les activités des maisons médicales. Nous voudrions expliquer en quelques mots combien ces visites sont importantes pour l'enseignement dispensé par notre équipe.

D'un point de vue technique, la visite dans les maisons médicales nous aide à faire comprendre aux participants des concepts aussi importants que la globalité des soins, la fonction de synthèse. L'observation fait percevoir le rôle central du dialogue et de la participation individuelle dans la prise en charge des problèmes des patients. Immérgés, même brièvement, dans le travail des maisons médicales, les étudiants sont aidés à distinguer entre ce qui, dans notre enseignement, est l'ordre des concepts et ce qui ressort plutôt du contexte.

Si nous envisageons les choses sur un plan politique, la visite auprès des maisons médicales montre que le modèle de référence que nous utilisons à Anvers, et qui est aussi utilisé par la Fédération, est un outil pertinent non seulement pour le Sud mais aussi pour les situations des pays du Nord. Cela renforce sa crédibilité et celle de notre message.

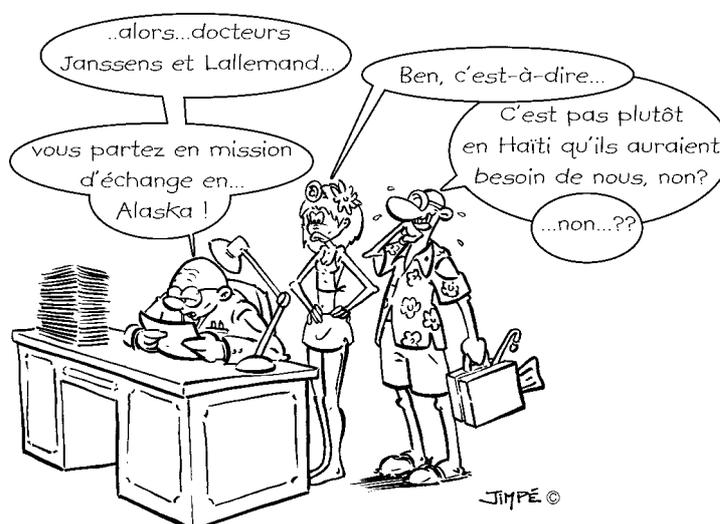
La pédagogie du cours international pour la Promotion de la santé part de l'expérience professionnelle même de nos étudiants. A partir de celle-ci, nous les aidons à construire un cadre d'analyse qu'ils utiliseront ensuite dans des situations concrètes.

Cependant, dans les cours il nous est quasi impossible de dépasser le niveau théorique et la visite aux maisons médicales est alors une des rares occasions de les confronter au terrain et dépasser ainsi l'aspect théorique des choses.

Pour les participants au cours international pour la Promotion de la santé, les visites sont une expérience aussi très importante sur le plan humain : ils sont médecins et ils ont, à cette occasion, la possibilité d'échanger avec leurs pairs les expériences de leur pratique respective. Rencontrer des collègues du Nord avec qui discuter d'égal à égal est toujours fort apprécié, de même que le chaleureux accueil qu'ils reçoivent de la part des équipes. L'inverse semble vrai aussi et nombreuses sont les réactions des équipes visitées qui soulignent la richesse humaine de ces expériences.

Pour conclure, nous insisterons sur deux éléments. De notre point de vue d'enseignant, nous constatons que les visites aux maisons médicales constituent pour les participants une révélation : en deux jours de nouveaux horizons s'ouvrent et les concepts discutés prennent enfin corps. Enfin, au retour des visites, les étudiants sont souvent frappés par les difficultés des maisons médicales à développer une approche communautaire de la santé. Ils soulignent que ce n'est ni faute de volonté ni faute d'essayer. N'est-ce pas là un point de départ pour une nouvelle réflexion ? ●

Jean Van der Vennet,
sociologue,
et **Bart Criel,**
médecin de santé
publique à
l'Institut de
médecine
tropicale
d'Anvers.



La formation par l'observation : réflexions sur une pratique de terrain soutenue par une guidance scientifique

Isaline Greindl, médecin de santé publique, Agence européenne pour le développement et la santé (AEDES), collaboratrice de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, Jean Van der Vennet et Monique Van Dormael, sociologues, Institut de médecine tropicale d'Anvers.

.....

Depuis 2001, des maisons médicales de Belgique, de Guinée et d'Haïti ont commencé des échanges de personnels de santé. L'idée est d'améliorer les pratiques de soins à travers l'observation respective de ces pratiques. Les équipes sont appuyées, au Nord comme au Sud, par des chercheurs en santé publique qui leur apportent une « guidance scientifique ». Dans cet article, les chercheurs qui ont appuyé la démarche décrivent la genèse du projet, abordent brièvement sa mise en oeuvre et ses premiers résultats, et se concentrent sur le rôle de guidance scientifique. Ils concluent par une réflexion sur les synergies entre travail de terrain et guidance scientifique.

.....

*« Ce qui ne peut se dire peut se montrer. »
Ludwig Wittgenstein*

La genèse

La qualité des soins dans les services de première ligne représente au Sud comme au Nord un enjeu permanent et de plus en plus difficile à atteindre.

L'environnement international est en train de changer profondément et en plus des services publics traditionnellement chargés de dispenser les soins, dans les pays du Sud, on constate un accroissement important de l'offre de soins émanant de structures « privées à finalité publique ». Nous entendons par-là des structures dépendant d'associations, d'organisations non-gouvernementales, d'églises, de regroupements communautaires institutionnellement distincts de l'État mais se donnant pour objectif d'offrir des soins dans une perspective sociale, sans discrimination, en respectant la politique de santé et sans poursuivre de but lucratif. Au Nord comme au Sud, ces structures sont souvent extrêmement dynamiques et enclines de manière innovante à améliorer leur pratique. Pourquoi dès lors ne pas chercher avec elles des solutions nouvelles aux nombreux problèmes d'organisation des pratiques de soins?

C'est ainsi que l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, (intéressés à la formation par l'observation), la maison médicale du Maelbeek et la maison médicale des Marolles ont développé ce projet d'observation et d'échanges Sud-Nord. Il a vu le jour grâce à une série de contacts préalables entre ses différents acteurs : passages successifs à Conakry et à Port-au-Prince d'un des chercheurs de l'université libre de Bruxelles dans le cadre d'un projet de recherche en santé urbaine ; contact permanent de Fraternité médicale Guinée (FMG) avec son partenaire associatif belge (SongES¹) ; contacts entre les chercheurs de l'Institut de médecine tropicale et de l'université libre de Bruxelles et les maisons médicales dans le cadre de l'enseignement et de la formation des étudiants.

(1) SongES : Soutien aux ONG à l'Est et au Sud.



Ces nombreuses rencontres ont permis de créer un climat de confiance et d'ouverture favorable à la mise en place d'un projet commun. L'expérience des chercheurs de l'université libre de Bruxelles et de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers en matière d'observation de pratiques des soins comme mode de formation a rapidement amené le groupe à proposer l'organisation de visites d'observation de courte durée (trois semaines à un mois) permettant une immersion totale des visiteurs dans le contexte de travail des confrères qui les accueillent. Il ne s'agit ni de supervision, ni d'audit, ni d'évaluation mais de simples visites de pairs pendant lesquelles les visiteurs participent à l'ensemble des activités du service visité, observent et échangent avec les acteurs de terrain leurs impressions, leurs étonnements et leurs questions.

L'idée centrale partagée par les acteurs du projet est que le regard des pairs venus de contextes très différents permet à chacun d'apprendre et favorise la mise en oeuvre de changements positifs dans les pratiques de soins. Cette vision commune débouche sur un principe fondamental : la réciprocité des visites. Celle-ci suppose un échange égalitaire entre professionnels de santé du Sud et du Nord dans un but de réflexion, d'apprentissage et d'échanges d'idées concrètes pour améliorer les pratiques de soins respectives. Nous sommes donc dans une dynamique de partenariat équilibré et non plus dans une démarche où l'un des protagonistes seulement estime apporter un appui à l'autre. Cela nous éloigne de ce qu'on pourrait qualifier sans a priori péjoratif de « démarche caritative » : c'est là une deuxième caractéristique originale de ce projet.

Sur ces bases, le projet a pris la forme d'une recherche-action. L'hypothèse suivante a été formulée et explicitée : « L'utilisation d'un cadre conceptuel pour mettre en perspective son propre système de soins en observant le système visité permet de s'interroger sur les moyens d'améliorer sa pratique et d'influencer positivement le système ».

La concrétisation du projet et ses premiers résultats

Après une phase de préparation de quelques mois, deux membres de l'équipe du centre de santé Saint-Michel de Port-au-Prince en Haïti ont séjourné pendant trois semaines à la maison médicale des Marolles et deux professionnels de santé de Fraternité médicale Guinée de Conakry en Guinée ont séjourné pendant trois semaines à la maison médicale du Maelbeek. Quelques mois plus tard, des professionnels de ces maisons médicales ont séjourné respectivement en Haïti et en Guinée. En deux ans, un premier cycle d'échanges a donc été bouclé.

Ces premières expériences ont été très appréciées par les différents acteurs concernés. Elles ont amené des réflexions pertinentes tant pour les pratiques du Nord que pour celles du Sud. Elles ont initié un questionnaire important au sein des maisons médicales belges ayant participé à l'expérience. Enfin, elles ont permis d'entrevoir de nouvelles approches de renforcement de la qualité à travers un questionnaire réciproque à propos des pratiques observées.

Les collègues du Nord ont été frappés par l'observation du lien existant au Sud entre l'organisation des structures et le système d'information sanitaire. Ils ont aussi observé avec un grand intérêt le dialogue entre l'équipe de soins et les collectivités locales d'usagers. Enfin, la relation de l'équipe de soins par rapport à la prescription et la promotion d'un usage adéquat des médicaments en situation de difficultés d'accès les a amenés à s'interroger sur le gaspillage en cours dans le contexte du Nord et sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans celui-ci.

Les collègues du Sud ont d'abord eu leur attention attirée par le dialogue entre le soignant et le patient existant durant la consultation et qui témoigne d'une intense participation individuelle et d'une pratique des soins globale et centrée sur le patient. Le mode de fonction-

La formation par l'observation : réflexions sur une pratique de terrain soutenue par une guidance scientifique

nement en équipe les a aussi intéressés et leur a permis de commencer à réfléchir à leur propre mode d'organisation. Ils ont aussi été très impressionnés par l'observation de la manière dont les patients sont accueillis dans les maisons médicales visitées, ce qui les amènent à s'interroger sur la façon dont ils pourraient remplir cette fonction d'accueil dans leurs centres.

Les changements majeurs observés au Nord suite aux visites réciproques sont surtout d'ordre organisationnel et concernent en particulier l'organisation des réunions, des finances et de la programmation budgétaire.

Pour le Sud, des changements ont été introduits en matière d'accueil des patients et de reconsidération des rôles de chacun dans les équipes.

Comme la démarche est dynamique, il convient de rappeler que la réflexion se poursuit et que des changements continuent encore à être introduits.

Le rôle de la guidance scientifique

Cet apprentissage par l'observation a nécessité une implication importante de la part de professionnels de santé publique. Il s'agissait d'assurer la guidance scientifique des expériences d'échanges, il s'agira aussi de permettre la diffusion des résultats. Les chercheurs ont accompagné la préparation, l'organisation et le suivi des visites. Ils ont aidé à l'élaboration et à l'adaptation de la grille d'analyse, à la discussion des observations et aux réflexions sur les changements à apporter.

Cet encadrement scientifique est nécessaire dans chacun des pays d'accueil. En Belgique, il est assuré principalement par des chercheurs d'institution universitaires (IMT², ULB³) et par des membres du bureau d'étude AEDES⁴. En Haïti, il est assuré par des médecins de santé publique d'un bureau d'étude local GENESIS et enfin, en Guinée, aucun encadrement particulier n'a encore été clairement identifié, mais un des membres de l'équipe de Fraternité médicale Guinée a entre temps suivi une formation de santé publique en organisation des services.

Enfin, les chercheurs auront aussi comme responsabilité de tirer les leçons plus larges apportées par l'expérience et d'identifier les conditions dans lesquelles ces échanges permettent d'atteindre les effets attendus. Cela fait partie des tâches futures de l'équipe de guidance.

La méthode de travail proposée a été mise au point sur base de l'expérience d'accueil des premiers stagiaires et à partir de l'expérience de l'école de santé publique et de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers en matière de stage d'observation-formation et en matière de recherche action.

Elle consiste :

- à préparer ensemble une grille d'analyse sur base des critères de qualité des services reconnus comme les plus importants par les professionnels de santé ;
- à accompagner et encadrer les visites en organisant plusieurs débats et rencontres animées par les chercheurs en santé publique ;
- à soutenir les stagiaires, au retour dans leur pays, pour restituer à leurs collègues leurs observations et expériences ;
- à accompagner l'équipe dans sa réflexion pour identifier les améliorations des pratiques qui pourraient être mise en oeuvre, et la façon de le faire ;
- à mettre en oeuvre ces changements et à les évaluer de manière à améliorer le service au patient mais aussi à mettre en place les conditions favorables à l'utilisation de leur équipe comme lieu d'apprentissage pour les collègues d'autres équipes.

Une fois ces conditions mises en place, les ex-stagiaires offriront à leurs collègues issus tant du réseau associatif que d'autres horizons, la possibilité d'observer directement les améliorations apportées suite aux échanges et de discuter avec l'équipe la manière de modifier leur propre pratique. Cette manière de faire vise à maximiser la portée des visites d'observation en rendant possible la diffusion des résultats dans un nombre élargi d'équipe.

Pour appuyer la réflexion des équipes, la guidance belge a formulé une série de questions pour préparer le premier bilan de l'expérience et voir si l'hypothèse de base du projet se

(2) IMT : Institut de médecine tropicale d'Anvers.

(3) ULB : université libre de Bruxelles.

(4) AEDES : Agence européenne pour le développement et la santé.



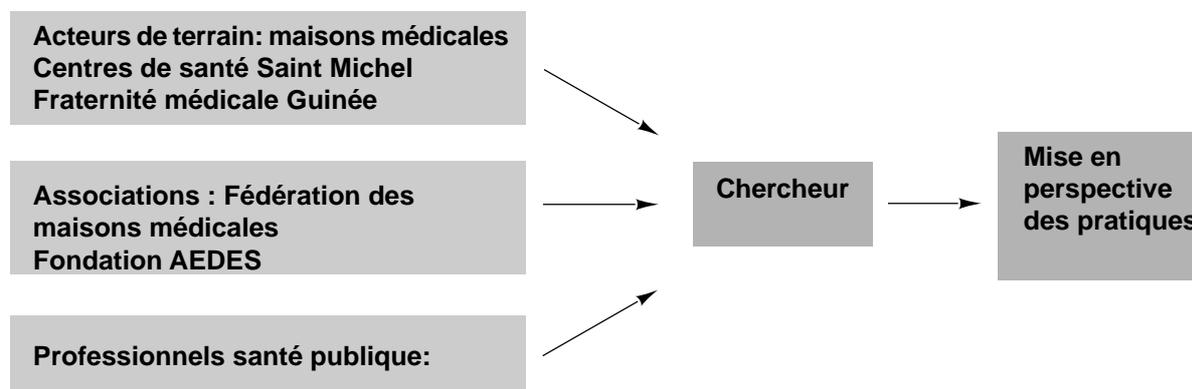
vérifie : des changements de pratiques adviennent-ils réellement suite au premier cycle de visites réciproques?

Synergies entre travail de terrain et recherche

L'ensemble du processus s'inscrit dans une démarche méthodologique de recherche-action où chacun des acteurs contribue à la recherche, où les chercheurs deviennent acteurs et les professionnels de santé deviennent chercheurs. Il illustre ce que Pierre Mercenier et Daniel Grodos⁵ nomment « une modalité de recherche qui rend l'acteur chercheur et qui amène l'action vers des considérations de recherche ».

En effet, les professionnels de santé deviennent chercheurs dans le sens où ils s'efforcent de mettre en perspective leurs pratiques de soins grâce aux regards croisés de leurs pairs et grâce à l'encadrement des professionnels de santé publique. Et réciproquement, les chercheurs deviennent acteurs car ils s'impliquent sur le terrain dans l'observation des pratiques et dans la réflexion sur la mise en oeuvre des changements.

Ainsi, un véritable « chercheur collectif » naît comme le schéma ci-dessous l'illustre :



Une démarche participative, démocratique et formatrice

En guise de conclusion provisoire et, au-delà des premières améliorations des pratiques de

soins qui commencent à apparaître dans les équipes et qui sont prometteuses, il convient de rappeler et de souligner quelques grandes caractéristiques de la démarche suivie qui est participative, démocratique et formatrice.

La démarche est participative : cela demande que les acteurs perçoivent le besoin de changement et veulent prendre une part active tant dans la recherche que dans le processus de changement. D'ailleurs, les professionnels des maisons médicales concernées considèrent : « qu'un point fondamental est le fait que l'équipe accepte qu'un projet extérieur vienne bousculer son propre projet ». Mais c'est aussi la garantie que l'analyse des problèmes et les solutions proposées collent aux réalités du terrain et aux besoins des acteurs. La mise en place des changements rencontre alors moins de résistance.

La démarche repose sur une base démocratique où tous les partenaires sont égaux. Les chercheurs jouent un rôle de facilitateur en vue d'un changement. Avec les participants, ils discutent des actions et aussi des moyens de les évaluer. Toutes les parties profitent de leur participation au travail de recherche et contribuent à des degrés divers à la conception du travail, à l'énumération des grands thèmes, à l'élaboration des instruments de recherche. L'équilibre entre le Sud et le Nord, qui a été

(5) Daniel Grodos et Pierre Mercenier, « La recherche sur les systèmes de santé: pour mieux agir », Study in Health Policy, N°14, Anvers (2000).

souligné plus haut lorsque l'importance de la réciprocité des visites a été expliquée, est partie intégrante de cette approche démocratique.

La démarche attache autant d'importance à l'action comme moyen de transformation de la

La formation par l'observation : réflexions sur une pratique de terrain soutenue par une guidance scientifique

réalité qu'à la recherche comme moyen de connaître cette réalité et de développer la connaissance. L'implication des acteurs dans la recherche et des chercheurs dans l'action se passe sur le terrain des maisons médicales et des centres de santé. Elle trouve un lieu



privilegié dans les réunions de travail, les séances d'analyse et d'évaluation. Les chercheurs apprennent à connaître en situation les conditions de travail des praticiens, et les praticiens se forment à la recherche, ou du moins apprennent à poser des actes de recherche. C'est ainsi que progressivement peut naître un acteur collectif. C'est aussi l'apprentissage d'une méthode de résolution de problèmes qui permettra aux acteurs impliqués d'appréhender leurs pratiques de manière réflexive, et d'acquérir plus d'autonomie dans leur façon d'améliorer leurs pratiques de soins.

Enfin, la guidance elle-même se doit d'adopter une démarche réflexive. La rédaction de cet article va dans ce sens puisqu'elle vise à s'interroger sur l'adéquation de sa propre démarche en livrant ses réflexions méthodologiques à l'appréciation des professionnels du terrain. ●



Conakry-Etterbeek

.....

Les échanges Nord-Sud mettent à jour des questionnements très précis sur notre fonctionnement.

.....

Le projet d'échanges Sud-Nord vise à organiser des visites de terrain entre acteurs engagés dans des initiatives de soins de santé primaires et communautaire ou dans des maisons médicales, en milieu urbain, au Nord comme au Sud. Mis sur pied à l'initiative de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, avec la collaboration de l'asbl SongES¹ et la participation de plusieurs maisons médicales à Bruxelles à la suite d'une étude sur l'organisation du système de santé dans les grandes villes, ce projet vise à promouvoir de meilleures pratiques de soins grâce à un apprentissage réciproque et aux échanges entre acteurs du Sud et du Nord.

Les objectifs spécifiques du projet consistent à :

- organiser et faciliter des échanges et des visites de terrain entre acteurs engagés dans des initiatives de soins de santé communautaire ou dans des maisons médicales au Nord et au Sud ;
- étudier les pratiques et les modalités de résolution de problèmes dans des contextes différents ;
- documenter les visites effectuées et diffuser les résultats des observations afin de stimuler par l'échange d'expériences un apprentissage réciproque.

Les acteurs sont des professionnels de la santé (médecins, accueillants, infirmiers, agents techniques de la santé, kinésithérapeutes, assistantes sociales, laborantins, sages-femmes, matrones, puéricultrices) travaillant en équipes

pluridisciplinaires dans des quartiers à population plus défavorisée au sein de structures à finalité publique en milieu urbain.

Les premières réunions sous l'égide des « experts » nous ont permis de prendre connaissance de l'étude menée par ceux-ci, de leurs conclusions, mais surtout de leur volonté à concrétiser ce projet qui viendrait apporter une réponse, certes parmi bien d'autres, mais non négligeable selon eux à certaines questions et orientations relevées dans cette recherche.

Il est à noter aussi que beaucoup de temps a été consacré à la recherche d'un financement qui s'est vu confronté à beaucoup de difficultés : ce type de projet semble « novateur » et ne rentre pas dans les cadres définis par la coopération à ce jour. Ce travail nous a toutefois familiarisé avec un secteur que nous n'avions à ce jour pas l'habitude de rencontrer. Il nous a aussi été permis de leur faire découvrir, si pas notre existence, du moins la particularité de nos pratiques. Ceci particulièrement lors de la présentation de notre projet au cours des journées 16 et 17 novembre 2001 ayant pour thème « contributions du dialogue entre acteurs à l'accès aux soins de santé » à l'initiative de la Katholieke universiteit van Leuven, l'université catholique de Louvain, l'université libre de Bruxelles et l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, avec l'appui de la direction générale de la Coopération internationale.

Les réunions suivantes devaient ensuite et prioritairement être consacrées à l'élaboration d'un outil d'observation, tâche à laquelle nous n'étions pas vraiment habitués et qui nous a mobilisés un certain temps. Cet outil de travail n'était malheureusement pas disponible au moment des premiers échanges. En effet, une fois les financements trouvés, les premiers échanges se sont très vite mis en place et nous avons voulu faire coïncider ceux de la maison médicale des Marolles (avec Port-au-Prince à Haïti) avec ceux de la maison médicale du Maelbeek (avec Fraternité médicale Guinée). Ils se sont concrétisés dans un premier temps du Sud vers le Nord ; nous voulions en effet permettre à nos hôtes de pouvoir participer au congrès de la Fédération des maisons médicales dont le thème était : *Santé de proximité : à la croisée des chemins ?*

Michèle Parmentier, assistante sociale, Chantal Hoornaert et Anne Françoise Dille, médecins généralistes à la maison médicale du Maelbeek

(1) SongES : Soutien aux ONG à l'Est et au Sud.

Quand l'Afrique nous observe et pose un regard critique sur notre fonctionnement

Dès la première rencontre avec le responsable de Fraternité médicale Guinée, nous nous sommes sentis sur la même longueur d'onde au niveau de nos buts. Nous avons également découvert des débuts d'histoires semblables (amis de promotion, volonté de changer la médecine, désir de s'inscrire dans la vie d'une communauté de quartier...).

En avril 2001, le Dr Abdoulaye Sow et Marlyatou Barry, agent technique de santé, sont venus observer notre maison médicale et participer à notre vie d'équipe, de travail et de famille. En effet, ils ont vécu dans nos familles durant les trois semaines de leur séjour. Dans un premier temps, ils ont tout observé, en silence et sans beaucoup de questions, essayant avant tout de prendre le pouls de notre vie d'équipe et de comprendre les rouages de notre système de santé, tant au niveau de l'État qu'à notre niveau propre.

Participation au congrès des maisons médicales, consultations, visites à domicile avec toutes les professions, réunions de concertation avec le réseau, stage de quelques jours en pharmacie, visite d'une maternité et d'un hôpital, rencontre à l'Observatoire de la santé et même participation à l'assemblée générale annuelle de notre maison médicale, rien ne leur a été épargné.

C'est à ce moment que les questions ont commencé : Comment décidons-nous de nos projets et de nos priorités ? Que faisons-nous de nos « vieux » ? Comment acceptons-nous ces solutions ? Que se passe-t-il dans nos familles pour en arriver là ? Comment pouvons-nous « prendre » ou « perdre » tant de temps à essayer de vivre en autogestion alors qu'avoir un chef qui décide et qui gère c'est tellement reposant ? Pourquoi n'expliquons-nous pas mieux les effets secondaires des médicaments à nos patients ? Pourquoi passons-nous tant de temps avec les patients et nous occupons-nous d'un peu de tout dans leur vie et leur santé ? Comment pouvons-nous fonctionner sans connaître le nombre de nos patients atteints de telle ou telle pathologie alors que nous avons

tant d'outils performants ? Comment gérons-nous nos ressources financières et humaines ? Pourquoi ne faisons-nous pas un budget prévisionnel en tenant compte d'objectifs de santé clairement définis ?

Mais aussi des étonnements admiratifs pour

- les visites à domicile ;
- la prise en charge de la psychosomatique et du psychosocial ;
- les professions de kinésithérapeute et d'assistant social qui n'existent pas chez eux ;
- le travail en équipe et les réunions interdisciplinaires autour du cas d'un patient ;
- le temps accordé à chaque patient ;
- notre bien-être matériel, la surabondance d'exams disponibles, de références faciles à la seconde ligne et la quantité d'échantillons ;
- la vie possible pour eux au sein de nos familles, le fait de savoir que cela pouvait se faire en Europe et même la vie en communauté !

Et il y eut enfin la découverte que la souffrance et le mal-être n'ont pas de frontière et que les questions posées de part et d'autre sont les mêmes, que la misère existe aussi chez nous même si son visage est quelque peu différent.

Ces questionnements nous sont surtout apparus à l'occasion de « la restitution » qui consiste à faire un rapport sur l'observation, l'étonnement et les questions qui se sont posées tout au long de leur séjour.

Cette restitution a « électrisé » notre équipe et nous a amenés à redéfinir de façon importante notre manière de gérer la maison médicale, le temps de réunions d'équipe, les finances et les budgets. Elle nous a poussé à réfléchir à la manière de rentabiliser nos prises de décisions, à essayer de mieux définir nos projets en évoluant dans l'utilisation de l'outil informatique et d'un logiciel approprié.

A travers cette rencontre et en attendant le second épisode qui a été le départ d'un médecin et de notre assistante sociale en Guinée, nous avons pris conscience que, malgré les différences de pathologies, de systèmes de santé et d'accessibilité, de rythme de vie et de travail, nous tendons vers les mêmes objectifs : à savoir



améliorer la qualité de vie et de santé de la population en préservant l'accès à tous, sans discrimination d'aucune sorte et en essayant d'être plus efficaces.

Pour notre équipe, il a été dur mais salutaire que le D^r Sow (bon gestionnaire et patron de son centre) pointe nos dysfonctionnements et nos carences alors que sans doute nous espérons avant tout des louanges !

Leçons de Conakry

En janvier 2003, deux travailleurs du Maelbeek font enfin le grand saut jusqu'à Conakry où les attendait l'équipe de Fraternité médicale Guinée pour un séjour de trois semaines...

Conakry « capitale de la Guinée », pays d'un potentiel économique extrêmement riche mais où, selon le rapport 2001 du Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) sur l'indice de développement humain, près de 60 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

L'indice de développement humain du pays, qui traduit le niveau d'accès aux services de base (éducation, santé, logement, alimentation, eau potable, etc.) est parmi les plus faibles du monde.

Conakry souffre. Conakry a soif. Et Conakry déprime dans le noir. Cette ancienne métropole coloniale, jadis baptisée « la Coquette », sombre, dès 19 heures, dans une obscurité quasi totale.

Et pourtant, il y a une bonne poignée d'années, quelques médecins fraîchement sortis de l'université de Conakry décident de se mettre ensemble et d'ouvrir un centre de santé dans un quartier très pauvre et enclavé de Conakry. Ainsi naît Fraternité médicale Guinée (FMG) et son centre de Hamdallaye. Aujourd'hui, trois centres, Hamdallaye, Dar Es Salam et Carrière animent Fraternité médicale Guinée. Une équipe pluridisciplinaire travaille dans chaque centre, de jour comme de nuit, composée d'accueillantes, d'agents techniques de la santé, de laborantin(e)s, de sages-femmes et de matrones.

C'est là qu'en janvier 2003 se sont croisés les regards de la maison médicale du Maelbeek et de Fraternité médicale Guinée.

De cette rencontre ont surgi des questions sur notre propre fonctionnement à Bruxelles. Sans doute, le « très proche » et le « très loin » qui caractérise cet échange ont rendu possible un tel questionnement.

Qu'a rapporté le Nord de Conakry ? Quels changements dans l'équipe du Maelbeek suite à ce voyage ? Quatre aspects de notre pratique ont été discutés en équipe depuis le retour à Bruxelles : la relation à l'argent, la collecte et la gestion des médicaments, la place du téléphone dans notre travail, la récolte des données et leur utilisation.

La relation à l'argent : nous avons été frappés par la régularité avec laquelle les Guinéens payent les prestations, malgré le contexte socio-économique bien plus difficile. Ils accordent une très grande importance à la possibilité de pouvoir accéder à une structure de soins mise en place pour eux, alors qu'ici, l'accès aux soins est quelque chose de plus banal, de naturel et dès lors moins valorisé, respecté et reconnu. Dans le même ordre d'idée, il nous est apparu intéressant d'informer le patient du fonctionnement du système de santé en Belgique, par le biais de brochures, de réunions d'information et d'affiches dans la salle d'attente.

La collecte et la gestion des médicaments : le système mis en place pour la délivrance des médicaments est pertinent. Au Nord, il engendre un énorme gaspillage et favorise l'automédication par le patient. Un travail de sensibilisation auprès des patients, la création d'une « banque » de médicaments est en gestation... Il nous est apparu aussi important de replacer cette question au centre des préoccupations de la cellule politique de notre Fédération.

La place du téléphone : nous avons réellement apprécié de pouvoir travailler à Conakry sans les appels incessants du téléphone ! L'intrusion continuelle du téléphone et des GSM lors des consultations et à l'accueil distrait chacun de nous, interrompt le travailleur et bien souvent dérange le patient dans sa relation au soignant. Il nous reste à repenser la gestion de ce moyen de communication...



...apprendre à gérer les moyens de communications...

La récolte des données et leur utilisation : à Conakry, la récolte manuscrite (!) et l'utilisation des données à partir des registres permet de mieux connaître l'état de santé de la population. Ce travail, effectué avec beaucoup de rigueur au niveau de chaque centre est transmis au ministère qui semble avoir la volonté politique d'en faire un bon usage. Chez nous, malgré la richesse et la multiplicité de l'outil informatique, les données recueillies par l'encodage sont trop peu utilisées pour avoir une idée de l'état de santé de la population.

L'enthousiasme et la volonté de Fraternité médicale Guinée de faire progresser et de développer leur projet dans un système où la sécurité sociale, les conditions socio-économiques sont bien plus précaires qu'au Nord nous donne à réfléchir sur notre propre énergie qui, après vingt-cinq ans de pratique, a parfois tendance à s'essouffler...

Au terme de ces échanges, tant vers le Nord que vers le Sud, nous sommes convaincus de l'intérêt de les poursuivre. ●



Haïti et Belgique: échange de regards

.....

La maison médicale des Marolles a accueilli une infirmière et un médecin du centre de santé Saint-Michel (Haïti). Plus d'un an après, une accueillante et un médecin des Marolles ont été accueillis à Port-au-Prince. Comment se sont déroulés ces échanges et qu'ont-ils échangé ? Regard de l'équipe belge sur ces échanges.

.....

Notre hypothèse, au départ, était la suivante : le fait d'observer, dans un contexte socioculturel différent, l'organisation et la mise en pratique des soins de santé de première ligne pourrait nous aider à améliorer la qualité des soins par l'analyse des différences observées. Comment la confrontation à la différence, l'observation d'autres pratiques dans une même perspective (médecine à vocation sociale, médecine de proximité, équité dans les soins de santé, accessibilité pour tous, qualité des soins, etc.) permet, d'une part, de réfléchir à sa propre pratique et, d'autre part, d'enrichir la réflexion du centre visité ? Nous sommes depuis longtemps convaincus que l'échange sur une base égalitaire (une vraie « co-opération ») avec un souci de réciprocité est porteur de sens et, à terme, peut amener un changement durable au niveau de nos pratiques, tant dans le travail curatif proprement dit qu'au niveau de l'accueil, de l'organisation de l'équipe, du rapport au patient...

Véronique du Parc, médecin généraliste et Murielle Renault, sociologue, accueillante à la maison médicale des Marolles.

Première phase, du Sud vers le Nord

Très rapidement, la maison médicale des Marolles dans laquelle nous travaillons s'est mise en contact avec le centre de santé Saint-Michel à Port-au-Prince, en Haïti, alors que la maison médicale du Maelbeek entrait en contact avec un centre de santé en Guinée-Conakry. C'est ainsi qu'en avril 2001, deux personnes travaillant dans un centre de santé de base en Haïti sont arrivées à Bruxelles. Venues d'un quartier populaire à Port-au-Prince, Madeleine Jean-Baptiste et Martine Gaspard, respectivement médecin généraliste et infirmière-auxiliaire ont participé durant trois semaines aux différentes activités de la maison médicale (les consultations médicales, de kinésithérapie mais aussi les animations en santé communautaire, l'accueil, les réunions d'équipe...). Elles ont été hébergées chez des membres de l'équipe, afin d'être « immergées » dans nos réalités familiales aussi bien que professionnelle.

● Similitudes et différences

Madeleine nous fait assez rapidement la remarque : « malgré un contexte tellement

Le projet d'échange est né en 1999, lors de rencontres entre des travailleurs de maisons médicales francophones et des membres de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles. L'idée était dans l'air depuis un moment : pourquoi ne pas organiser des échanges permettant aux différents prestataires de soins d'observer dans un autre cadre l'organisation des soins de santé ? L'idée a ensuite fait son chemin, dans un contexte d'échange Sud-Nord. Ces échanges se font entre prestataires de soins pratiquant en équipe multidisciplinaire, dans des centres de santé de base à finalité publique, ayant des populations relativement semblables, dans des contextes culturels réellement différents.

(1) PNUD :
Programme des
Nations-Unies
pour le
développement.

différent, les problèmes et les questions posés au médecin sont les mêmes que chez nous ». « Les réponses apportées sont du même ordre ! ». Que peut-il donc y avoir de commun entre la Belgique qui est placée en quatrième place dans le classement de l'Indice du développement humain (IDH) et Haïti en cent-quarante-sixième ? Entre la Belgique qui compte une pléthore de médecins et un système social développé et ce pays (le seul pays d'Amérique latine parmi les moins avancés (PMA), c'est-à-dire les pays qui se situent au bas de l'échelle de l'Indice du développement humain du PNUD¹), où on ne compte que deux médecins pour dix mille habitants (nombreux sont les jeunes médecins qui s'expatrient) et un système de sécurité sociale à peu près inexistant ?

Ce sont plutôt les différences d'approches et de mises en oeuvre des solutions proposées qui font avancer notre réflexion commune.

De nombreuses choses les ont frappées dans notre fonctionnement et notre rapport au patient. Par exemple, le nombre important de personnes âgées et/ou isolées et d'associations qui mettent en oeuvre des initiatives pour tenter de rompre cet isolement. Le restaurant social inséré dans la maison de quartier est ainsi qualifié par nos visiteuses d'« orphelinat pour vieux ».

La pratique courante et quotidienne de visites à domicile dans le cadre de soins curatifs a également retenu leur attention.

Le système de sécurité sociale, particulièrement développé en Belgique permet une accessibilité plus grande aux personnes démunies, ce qui est loin d'être le cas en Haïti.

Autre différence notable : en Haïti, le ministère de la Santé est très présent, très intervenant dans les activités des centres de santé, alors que chez nous les activités sont laissées à l'appréciation des maisons médicales, même si nous avons un certain nombre de missions à remplir.

● Qu'avons-nous retenu de leur visite ?

L'élément qui nous a le plus interpellés est leur surprise par rapport au fait que nous ne recueillions pas de données chiffrées, malgré l'utilisation quotidienne de l'outil informatique, alors que c'est une exigence incontournable là-bas. Encore devons-nous savoir sur quoi, pour qui, et pourquoi font-ils un recueil de données

en Haïti (ce que nous désirions apprendre en nous rendant sur place dans un deuxième temps) et si nous le ferions ici à Bruxelles ?

Ensuite, elles nous ont poussés à une remise en question sur notre fonctionnement d'équipe. Nous avons ainsi redéfini nos priorités dans les projets d'éducation à la santé et de santé communautaire et par la suite avons fait l'effort de rendre visible nos engagements dans le tissu socio-sanitaire et les groupes d'habitants du quartier. La question de la participation effective ou non de tous les travailleurs de la maison médicale dans les prises de décision a été abordée suite à leur visite. A ce jour, nous sommes toujours en réflexion et discussion sur ces points qui remettent sur le tapis les questions d'autogestion, de pouvoir et de communication.

Deuxième phase : Belgique-Haïti, l'autre regard

En novembre 2002, nous sommes parties à notre tour rencontrer nos partenaires haïtiens. Nous avions l'intention de comprendre comment des équipes qui dispensent des soins de santé primaires fonctionnent dans un système de santé et une société si différents, et si les critères de qualité que nous avons retenus comme prioritaires dans nos pratiques (à savoir globalité, intégration, continuité, accessibilité, efficacité) sont rencontrés, abordés, réfléchis, mis en pratique. Il est évident que nous ne cherchions pas là-bas des éléments directement transposables dans notre réalité. Nous vivons des choses trop différentes pour jouer au « copier-coller ». Ce qui est intéressant dans ce type d'échange, c'est comprendre ce qui se passe, voir comment on répond aux questions qui se posent, au quotidien. Comment se passe la vie d'un centre de santé dans un pays, une réalité aussi différente de notre cadre de référence ? Qu'allions-nous y apprendre ? Quelle est, là-bas, la place des soignants, des patients ? Quels sont les critères de référence pour évaluer la qualité des soins ? Beaucoup de questions en vrac alourdissaient nos bagages. Nous voulions revenir dans notre propre maison médicale avec des questionnements inspirés de notre courte expérience haïtienne afin d'améliorer la qualité des soins que nous offrons



à la population « patientèle ». Et par notre observation participative renvoyer des questionnements et des éléments de propositions à nos amis du Sud.

Le temps

Première expérience de la réalité haïtienne : l'avion ne décolle pas de Miami « pour raison politique ». Que se passe-t-il ? Impossible de joindre directement les personnes qui nous attendent là-bas ou d'avoir des informations précises. Mais tout va bien, l'avion partira avec quelques heures de retard. Là-bas, personne pour nous accueillir : les routes de l'aéroport étant bloquées, tout le monde nous attend pour le lendemain.

Notre arrivée est à l'image du pays dans lequel règne une insécurité politique et sociale croissante : on vit au jour le jour, voire heure par heure. Sur les trois semaines de séjour, il nous arrivera assez fréquemment de rester à l'hôtel la journée pour cause de manifestations, de grève générale, autant d'éléments d'insécurité avec lesquels la population est bien obligée de vivre.

Notre vie quotidienne sera également rythmée par les petits imprévus auxquels on ne pense pas de prime abord : on rentre fatiguées avec la ferme intention de prendre une douche : pas d'eau ! Pas d'électricité non plus d'ailleurs ! Rien d'autre à faire qu'à attendre en profitant de la lumière qui reste pour lire ou écrire nos impressions. Apprendre la patience ; l'eau, l'électricité reviendront plus tard. Le temps s'écoule aussi différemment : nous avons rendez-vous à 9h avec une personne responsable du secteur de Port-au-Prince ; il arrivera lui aussi avec un retard conséquent, ce qui nous donne l'occasion d'observer la vie comme elle va dans les administrations locales : pas d'électricité, donc pas d'ordinateur, donc pas de travail... Toujours l'attente.

Euphémisme : une situation sanitaire alarmante

Plus sérieusement, d'autres choses nous ont frappées, notamment au niveau de l'organisa-

tion des soins. Dire que le système de santé haïtien est très centralisé, hiérarchisé et peu efficace tient de l'euphémisme ! Il est vrai que la situation politique n'incite pas au changement : fréquentes manifestations des nombreuses formations de l'opposition dont le seul point commun est la volonté de chasser le président Aristide, aussitôt confrontées aux organisations populaires, milices issues des nombreux bidonvilles que compte Port-au-Prince, rémunérées (selon la rumeur) pour intercepter les manifestations se voulant, au départ, non violentes. Le tout est relayé par une télévision nationale ayant, pour le moins, un parti pris très net pour le Gouvernement.

Les conséquences en sont une absence de décision chronique, à tous les niveaux. Pour les Haïtiens, les conséquences au quotidien sont terribles. On peut dire sans exagérer qu'en Haïti la situation sanitaire est alarmante, tant au niveau de l'accès aux soins que de la qualité de ceux-ci.

On considère qu'environ 40 % de la population aurait accès aux soins de santé de base. Seule 3,3 % de la population jouit d'une sécurité sociale payante (et donc inaccessible pour la majorité). A de rares exceptions près, dans le secteur associatif, toutes les prestations, la consultation, les médicaments et analyses médicales sont entièrement à charge du patient. Quant à l'accès aux infrastructures de base : environ 40 % des habitants de la capitale bénéficient d'un accès direct à l'eau potable et à l'électricité, même pas en permanence. Ces chiffres sont beaucoup moins élevés en dehors de Port-au-Prince. L'addition de chlore dans l'eau de ville utilisée dans les foyers est loin d'être systématique, ce qui occasionne de nombreuses parasitoses, entre autres. Les bidonvilles, où s'entasse une part grandissante de la population, ne sont évidemment desservis ni par ces infrastructures, ni par un service de voirie, des égouts... La mortalité infantile y est énorme : cent dix pour mille nouveau-nés (six pour mille en Belgique), tandis que l'espérance de vie est d'environ cinquante ans (septante-huit chez nous). C'est là, dans ce cadre et dans ces conditions que travaille le centre Saint-Michel.

L'ensemble du système de santé est pris en charge par l'État selon un système pyramidal : les centres de santé ou hôpitaux, qu'ils soient

publics, privés ou privés à vocation publique (l'équivalent de notre secteur associatif, dans lequel l'État met du personnel à disposition d'une association ou organisation non-gouvernementale) sont sous la responsabilité à Port-au-Prince, du Centre de santé de l'aire métropolitaine, le tout est chapeauté par le ministère de la Santé et de la Population.

Le ministère a peu d'influence sur le secteur privé (libéral), dans lequel se fait sentir un besoin criant de régulation. Ce secteur libéral propose des soins, certes de qualité, et une grande disponibilité mais à des tarifs prohibitifs qui ne sont accessibles qu'à un petit nombre de patients.

Il n'existe, bien sûr, pas de contrôle des pratiques (un équivalent de notre Ordre des médecins), pas de recours non plus pour les patients mécontents d'un service reçu. Bref, il s'agit d'un système entièrement dérégulé dans lequel les prestataires de soins, découragés par les bas salaires et la corruption, favorisent une pratique privée au détriment d'un travail dans les hôpitaux du secteur public qui permettrait d'améliorer la situation sanitaire de la majorité de la population.

Au niveau des pharmacies, on observe la même absence de contrôle. Il n'existe pas de politique de fixation des prix, pas de remboursement des médicaments, les tarifs pratiqués sont entièrement soumis aux lois du marché. A Port-au-Prince, on compte cent cinquante pharmacies autorisées (donc soumises à un contrôle minimum) et cinq cents pharmacies non reconnues ! Ces pharmacies fonctionnent le plus souvent avec des vendeurs et non des pharmaciens formés ; ces vendeurs donnent néanmoins des conseils aux clients.

Comme dans de nombreux pays les moins avancés, la qualité des soins en Haïti se résume à leur accessibilité pour une grande partie de la population. L'ensemble du système de santé est à l'image du pays : déstructuré, immobile, peu, voire pas, régulé.

autres) qui pratique une politique de tarification plus « sociale », où les médicaments (fournis par PROMESS², un programme mettant à la disposition des prestataires de santé les médicaments essentiels à des tarifs acceptables) sont compris dans le prix - modique - de la consultation.

En tant qu'accueillante, j'ai été fort intéressée par leur manière d'organiser l'accueil et de l'articuler avec les autres services du centre. Les temps d'attente sont longs, parfois plusieurs heures mais, surprise, personne ne pense à râler, les patients attendent patiemment ! L'accueil est organisé par les agents de santé, issus des communautés dans lesquelles le centre travaille. Ils sont donc les mieux à même de comprendre les besoins de la population, de répondre à leurs questions, puisqu'ils partagent les mêmes conditions de vie et d'environnement que les consultants. Les contacts avec les patients sont plus formels que chez nous : on a peu de temps pour discuter, établir une relation de confiance. Les renseignements demandés aux « accueillants » (même s'ils n'utilisent pas ce terme) sont plus d'ordre technique, relatifs aux heures d'ouverture du centre ou de l'Hôpital général par exemple.

Les rapports avec les patients lors des consultations sont également très différents de ce que nous connaissons. Étant donné l'exiguïté des locaux et le nombre important de patients, deux personnes, médecin ou auxiliaire (il n'y a qu'un seul médecin au centre Saint-Michel) travaillent en même temps, dans le même local et recevant donc deux personnes simultanément, quel que soit l'âge et le sexe des patients. Sans compter l'une d'entre nous qui, dans un coin du cabinet, tente discrètement de comprendre le contenu des consultations, et l'un ou l'autre enfant des membres du personnel qui rentre de l'école. C'est dire si les notions d'intimité, de confidentialité sont différentes. Dans ces conditions, impossible d'aborder toute question un tant soit peu personnelle. Comment offrir un espace de parole, une écoute, qui, pour nous, semble essentielle ? Le temps de parole, avec quarante patients en moyenne par matinée, est aussi un luxe !

La consultation est basée sur une approche essentiellement organique de la plainte avec une anamnèse stéréotypée par questions fermées qui permet difficilement au patient d'expliquer ce qu'il ressent ; et une réponse sous forme de

Qu'en est-il de la qualité des soins ?

On ne peut qu'être admiratif devant le travail remarquable fourni, dans ce cadre, par les praticiens du centre Saint-Michel (et quelques

(2) PROMESS : Programme médicaments essentiels (géré par le ministère de la Santé d'Haïti).



conseils pas toujours faciles à suivre, par exemple des conseils alimentaires (manger plus de viande...) très judicieux du point de vue médical mais qui paraissent inacceptables financièrement vu la pauvreté dans laquelle vit la population.

Les activités curatives et préventives sont séparées et d'ailleurs dispensées par des personnes distinctes, dans des locaux séparés. Ainsi nous avons vu un nourrisson de trois jours né à domicile reçu pour des soins du cordon, qui a été renvoyé à un jour ultérieur pour sa vaccination BCG³ (vaccin contre la tuberculose). Y viendra-t-il ? Pas moyen de le savoir.

Lors de notre restitution à l'équipe complète du centre Saint-Michel, nous leur avons fait part de ce qui nous avait le plus marquées et leur avons envoyé par la suite notre rapport. Comme points à améliorer, à nos yeux : le manque de confidentialité, le peu de temps d'écoute du patient et la non-intégration du curatif avec le préventif et l'éducation à la santé. Comme points « positifs » : le souci de l'accessibilité financière, le respect des patients envers l'équipe, le rôle des agents de santé et matrones (accoucheuses traditionnelles) dans une approche de santé communautaire, le système de rendez-vous pour assurer la continuité.

Ces quelques points nous semblent demander quelques explications.

● La participation financière des patients

Même sans système de couverture sociale comme chez nous, chaque patient qui se présente au centre Saint-Michel paie sa quote-part et trouve normal de le faire. A la maison médicale des Marolles, beaucoup de patients sont aidés par le CPAS (Centre public d'aide sociale) qui prend en charge les soins de santé pour les plus démunis et ceux-ci ne paient dès lors rien du tout ; ils sont peu responsabilisés. Nous avons souvent l'impression, en tant que soignants que, pour nombre de nos patients, le service que nous offrons est un dû : il ne doit rien coûter, ne pas nécessiter d'attente trop longue... Or, nous pensons que la santé a un prix. Nous avons d'ores et déjà entamé une procédure de rencontres avec des responsables du CPAS de notre commune sur ce sujet et tentons de sensibiliser les patients à cet aspect de la santé.

● Le respect des patients envers l'équipe

Une certaine forme de violence, souvent verbale, envers un membre de l'équipe et plus particulièrement envers l'accueillante, se fait de plus en plus fréquemment remarquer chez nous. Certains patients sont très exigeants : « tout de suite et moi le premier ». Nous n'avons pas remarqué, ni entendu parlé, de ce phénomène en Haïti. Est-ce lié à la gratuité des soins pour certains ?

● L'identification de personnes relais pour une vraie santé communautaire

La participation de la communauté au centre Saint-Michel se fait via les agents de santé. Cette participation aux activités du centre apporte un élément dynamique à l'équipe. Les agents de santé sont clairement identifiés comme relais entre la population et le centre de santé où ils ont des responsabilités (accueil et vaccination des enfants et femmes enceintes). En tant que maison médicale bruxelloise, nous avons un devoir de santé communautaire dont nous rendons compte. Mais nous éprouvons toujours des difficultés à y inclure les patients. Comment y arriver ? Une piste pourrait être de trouver des personnes relais dans la communauté.

● La perspective d'évaluation de notre travail par un recueil de données

Lors de la venue à Bruxelles de nos amis haïtiens en 2001, nous avons été interpellés par la mauvaise utilisation de notre matériel informatique en vue d'un recueil de données et par le fait que l'Etat belge ne nous demande rien à ce niveau. Nous attendions beaucoup de notre séjour à Haïti pour nous éclairer sur la meilleure marche à suivre. Cependant, nous avons constaté qu'au centre Saint-Michel, bien que le principe de recueil de données existe bel et bien, ces données ne sont pas utilisées, en pratique, par le ministère et très peu par le centre de santé.

Or, nous sommes convaincus qu'une information sanitaire valablement recueillie et analysée pourrait servir nos décideurs en Belgique et surtout permettre une démarche d'évaluation de nos pratiques, en vue d'une amélioration de la qualité au sein de notre

(3) BCG : bacilles de Calmette et Guérin.

Haïti et Belgique: échange de regards

propre structure. Concrètement, nous nous attelons à maîtriser l'ordinateur et son logiciel médical d'une part, et à mettre sur papier les informations que nous désirons utiliser.

nous d'une demande de résultats d'un autre patient par téléphone ? Dans la salle d'attente et dans la salle de réunion, les murs ont-ils des oreilles et des yeux ?

● **Notre rôle de formateur auprès d'étudiants : quelle qualité des soins nous préconisons et comment l'enseigner ?**

Nous avons tout au long de l'année des étudiants en médecine ou autres disciplines qui font des stages de pratique dans notre maison



● **La confidentialité et notre manière de la concevoir**

Nous avons été tellement « marquées » par le manque de confidentialité lors de tout le parcours du patient au centre Saint-Michel que nous nous demandons depuis notre retour si nous la respectons bien chez nous, dans notre pratique quotidienne. Par exemple, dans le cabinet médical portes fermées, que faisons-

Projets et financement

Nous avons maintenant terminé un cycle d'échanges avec Haïti et la Guinée d'une part, les maisons médicales des Marolles et du Maelbeek d'autre part. Nous envisageons à présent l'avenir, sous un ciel que nous voudrions serein mais qui reste malgré tout chargé.

En effet, ce projet demande, de la part des personnes « partantes » et des équipes au complet un investissement important, en termes de personnes (il faut, entre autres, remplacer les absents), de temps et d'énergie consacré aux préparations, réunions, suivi de projet, etc. Ce temps est pris sur nos heures de travail et hors travail, comme bien souvent, mais nous le faisons volontiers car nous sommes convaincus du bien fondé de ce projet. Notre gros souci est lié au financement d'un tel projet, que nous voudrions voir se pérenniser. Jusqu'à présent, le Commissariat général aux relations internationales (CGRI) a pris en charge les billets d'avion et les frais sur place. Sans ce financement, c'est l'ensemble du projet qui était remis en question. Toutefois, et au risque de me répéter, nous sommes en recherche d'un mode de financement durable et constant qui nous permettrait d'envisager l'avenir sous un ciel plus clair, le CGRI ne pouvant intervenir que pour certains pays du Sud reconnus comme « prioritaires ».



médicale. Prenons-nous l'énergie et le temps nécessaire pour leur montrer nos pratiques de qualité et mettre des mots dessus ? Certains points retiennent plus particulièrement notre attention depuis notre retour : le travail pluridisciplinaire, la place du patient, le temps d'écoute.

En guise de conclusion

Qu'avons-nous retenu de notre aventure haïtienne ? Avons-nous observé là-bas, dans un cadre si différent du nôtre, si difficile à vivre pour les Haïtiens, des éléments pertinents pour améliorer notre pratique ? Sans hésiter la réponse est oui. Nous en avons certainement ramené, en plus de la chaleur des contacts avec les Haïtiens, nos partenaires privilégiés, ceux que nous connaissions déjà mais aussi l'ensemble du personnel du centre, ainsi que la majorité des personnes rencontrées sur place, une foule d'idées, de suggestions de tout ordre pour améliorer notre travail au quotidien. Ces idées sont issues des nombreuses discussions que nous avons eues là-bas, tant avec les membres du centre Saint-Michel, qu'avec les médecins de santé publique, qui représentaient pour nous des « guides » pour mieux appréhender, analyser et comprendre le terrain haïtien, ainsi qu'avec l'ensemble des intervenants en santé à tous les niveaux que nous avons rencontrés et qui nous ont offert une énorme disponibilité.

Ces idées alimentent encore et continueront à alimenter nos discussions d'équipe sur nos rapports aux patients, la qualité des soins que nous offrons, notre responsabilité au niveau d'une politique de santé publique également. Tout le travail est encore à faire. ●

Suite à la visite des belges à Port-au-Prince...

Madeleine Jean-Baptiste, médecin à Port-au-Prince, Haïti.

.....

Nos partenaires haïtiens nous ont transmis leur rapport suite à notre voyage d'observation à Port-au-Prince. Nous en dégageons les points essentiels que nous vous transmettons dans leurs propres termes. Nous nous contenterons de lier les différents points afin de rendre le tout compréhensible. Ce regard du Sud nous semble indispensable pour pouvoir poursuivre la réflexion du projet.

.....

La visite réalisée en Haïti par deux professionnelles de la maison médicale des Marolles (Véronique du Parc, médecin, et Murielle Renaut, accueillante) s'inscrit dans le cadre du projet d'échanges Sud-Nord. Elle s'étendait sur une période de vingt-deux jours. Elle a été surtout marquée par une atmosphère socio-politique surchauffée. Mais, au-delà des barricades enflammées et d'annulation de certains vols, l'équipe du Service oecuménique d'entraide (SOE¹) a pu se rendre sur place pour les accueillir.

L'objectif de cette visite rejoint l'objectif du projet qui est d'améliorer, au Sud comme au Nord, la qualité des soins à partir d'expériences réciproques.

Cinq niveaux ont été identifiés dans notre système de santé pour permettre à nos visiteuses de mieux suivre les activités qui ont été prévues.

1. Niveau central : avoir une vision globale de la politique de santé en Haïti.
2. Niveau départemental et communal : comprendre les relations qui existent entre les institutions et les acteurs responsables

de la gestion des activités aux niveaux départemental et communal (planification, encadrement, coordination).

3. Niveau institutionnel : comprendre le statut, l'organisation interne et le fonctionnement des institutions du premier échelon en milieu urbain et/ou rural ; appréhender les relations entre une institution de premier échelon et d'autres institutions prestataires dans leur environnement respectif (premier échelon, deuxième échelon, clinique privée, laboratoire, pharmacie, etc.).
4. Niveau prestataire : connaître les perceptions des différentes catégories de prestataires vis-à-vis d'elles-mêmes et par rapport aux autres ; connaître le niveau d'intervention des acteurs dans la prestation des soins et services de santé.
5. Niveau usager : comprendre les relations existant entre les usagers et l'institution de santé.

Diverses rencontres avec des personnes travaillant aux cinq niveaux ont été menées à bien afin d'éclairer et de mettre dans son contexte l'immersion au sein du centre de santé Saint-Michel où les échanges entre les visiteuses et le personnel se sont déroulés dans une atmosphère de partenariat.

Quels bilans et recommandations tirer suite à la visite des belges à Port-au-Prince ?

Bien que la visite ait été préparée, il y a eu certaines failles qui sont dues en majorité à la situation socio-politique du pays mais aussi à un manque d'encadrement de nos visiteuses. Peut-être avons-nous sous-estimé le travail par manque d'expériences ? Aussi notre proposition serait à ce niveau, tant pour les gens du Nord que ceux du Sud :

1. qu'une grille d'observation adaptée au pays soit préparée bien avant les visites respectives ;
2. que les visiteurs aient un certain niveau de connaissance de la culture médicale des pays à visiter ;

(1) SOE : Service oecuménique d'entraide, organisation non-gouvernementale haïtienne, menant des projets de santé et d'agriculture en Haïti. C'est une association privée à finalité publique (équivalent à nos asbl). Le centre de santé Saint-Michel est un de leurs pôles d'activité.



3. qu'il y ait une sensibilisation assez importante de l'équipe qui reçoit, de façon à bien coordonner la visite.

Malgré tout, à la réunion de restitution avec le personnel et nos amies belges, des recommandations et des interrogations ont été soulevées concernant les activités à Saint-Michel et aux Marolles.

De la mission belge, surtout des recommandations :

- Respecter la confidentialité.
- Augmenter le temps d'écoute.
- Faire le pont entre le curatif et le préventif.
- Accorder une importance particulière à l'éducation collective.
- Avoir l'avis du patient quand on parle de qualité de soins.

Du personnel de Saint-Michel, surtout des interrogations :

Vu le caractère innovateur d'une telle démarche, ils étaient beaucoup plus intéressés à poser des questions aux visiteuses sur leur pratique médicale qu'à faire des recommandations.

C'est ainsi que des questions sur le programme de tuberculose, sur les pathologies infectieuses, le SIDA, la prise en charge des accouchements, le programme de vaccination, les maladies infantiles etc. ont été soulevées et ils voulaient aussi savoir la place des maisons médicales dans un système aussi complexe qu'est celui de la Belgique.

Lors d'une réunion de feed-back du personnel de Saint-Michel, réalisée plusieurs mois après le départ des deux belges, tout le monde a eu quelque chose à dire. Pour certains, c'était la bonne intégration de l'équipe belge dans l'équipe haïtienne qui a retenu leur attention, pour d'autres c'était surtout des interrogations à savoir : les objectifs de la mission ont-ils été atteints ? Ou encore, après ces visites réciproques c'est quoi ?

Pour la majorité, ils se sentent valorisés dans leur travail car ils ont trouvé que leur travail permet à des étrangères de se remettre en question et de puiser chez eux des valeurs

positives, en l'occurrence la bonne relation malade-soignant et la polyvalence de l'équipe dans une logique de santé de première ligne.

Toutefois, certains ont également fait mention des recommandations qui ont été proposées par l'équipe belge concernant la durée et l'espace de consultation, ils pensent que c'est très important pour eux d'avoir ce regard extérieur et ils pensent qu'avec le nouveau projet de Saint-Michel sur les infections sexuellement transmissibles/SIDA, ils vont pouvoir appliquer ces recommandations pour le bien-être de la communauté.

L'important pour nous c'est que l'équipe comprenne mieux ce projet et y participe. Que ce projet ne soit pas seulement un investissement personnel mais celui de l'équipe de Saint-Michel et aussi du Service oecuménique d'entraide. Nous pensons que le message est passé à Saint-Michel, pour le Service oecuménique d'entraide avec le nouveau



conseil d'administration découlant de la restructuration, le travail sera plus facile vu qu'actuellement, nous connaissons nos interlocuteurs. Le personnel de Saint-Michel a presque dans sa totalité manifesté le désir de continuer avec les échanges.

Perspectives

Après ces visites dans les deux sens, nous pouvons avancer que le degré d'appropriation du projet par les deux équipes (Marolles et Saint-Michel) est encore faible. Mais cette faiblesse ressentie a des origines différentes. Alors qu'aux Marolles les ressources humaines sont présentes et que tout le monde démontre le même pouvoir de décision, il n'en demeure pas moins que ce projet a reposé pendant un certain temps sur deux personnes et ce n'est qu'après notre passage en Belgique et au moment de la préparation de la visite en Haïti, que l'équipe commence à interroger le projet et manifester une volonté réelle de participation.

Pour nous, en Haïti, nous avons un problème de ressources humaines : en effet, l'équipe n'a pas vraiment la capacité de faire une analyse approfondie sur la notion de qualité de soins avec prise de décisions. Cette équipe fonctionne par tâches déléguées et c'est le médecin qui a le rôle du soignant.

Ainsi l'intérêt du personnel de Saint-Michel semble être manifeste seulement pour les visites qui représentent une parmi d'autres activités dans ce projet et c'est très compréhensible. Ainsi, les changements espérés après les visites et ayant rapport avec l'amélioration de la qualité des soins, prendront beaucoup de temps et ne seront pas aussi évidents qu'aux Marolles, où tout le monde a la capacité de réfléchir, d'émettre des opinions et d'être ouvert aux changements, qu'ils ont eux-mêmes proposés pour le bien-être de leur communauté. Pour nous, en Haïti, il nous faut beaucoup plus de temps.

Pour pallier cette situation des efforts doivent être entrepris à notre niveau, et avec toutes nos limites (sociales, économiques) nous espérons

atteindre l'objectif général du projet qui est l'amélioration de la qualité des soins.

L'implication d'autres groupes et organismes dans ce projet semble être prioritaire. Dans un premier temps, il s'agira d'ouvrir ce projet à d'autres acteurs du Service oecuménique d'entraide en l'occurrence au Groupe d'appui pour la promotion de la santé intégrale (GAPSI), qui est une clinique ayant l'apparence d'une maison médicale sauf qu'il n'y a pas de service social ni d'activité communautaire ; actuellement il est en pleine restructuration.

A moyen et long terme, il s'agira de continuer les discussions avec le groupe GENESIS (médecins de santé publique) sur les activités locales à entreprendre en vue de promouvoir d'autres pratiques pour l'amélioration de la qualité de soins, et ainsi élargir le cadre à d'autres groupes et acteurs de terrain en dehors du Service oecuménique d'entraide qui auront manifesté un certain intérêt pour un tel projet.

Il faudrait également un suivi régulier du projet au niveau du Service oecuménique d'entraide. Des journées de réflexion devront être réalisées pour aider le personnel à mieux intégrer le concept de qualité de soins, et c'est la philosophie même du Service oecuménique d'entraide qui intervient dans le domaine de la santé communautaire. ●



Réflexions engendrées par un échange Nord-Sud

•••••

Au mois de janvier 2001, la maison médicale Marconi a accueilli deux médecins équatoriens à l'initiative du département Santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Ils avaient auparavant passé un mois à la maison médicale Botermarkt à Gand et un mois à la maison médicale de Forest.

•••••

Leurs objectifs étaient d'observer la pratique de la médecine générale, la vision bio-psychosociale, l'utilisation du système de santé, les fonctions paramédicales et sociales, les relations avec les autres niveaux de soins, la prévention, l'évaluation et les mécanismes mis en place pour assurer la qualité des soins.

Les activités étaient organisées sous deux formes : participation aux activités des travailleurs du centre, discussions sur les sujets proposés par les stagiaires ou par l'équipe.

En fait, comme leur passage dans notre équipe suivait le stage dans les autres maisons médicales, ils n'étaient plus très désireux de participer au travail sur le terrain, mais ils nous proposaient des thèmes de discussion : organisation interne, fonctionnement du système de santé, financement des soins de santé, place des maisons médicales dans le système, relation entre les différents niveaux de soins, organisation de la formation continue des médecins, importance des facteurs psychologiques, travail socio-communautaire, travail en réseau, sources de financement...

Ces discussions étaient toujours émaillées de questions qui nous obligeaient à réfléchir des pratiques devenues un peu automatiques et à nous interroger sur les processus de décision au sein de l'équipe. La coexistence de plusieurs asbl (maison médicale, planning, SOS sectes) et leur interdépendance a suscité beaucoup d'interrogations.

Dans leur rapport de stage, ils ont donné leur perception de notre système de santé et de la place qu'y tiennent les maisons médicales. Ils considèrent que notre système de santé évolue d'une organisation basée sur la solidarité vers une organisation ultra-libérale dans laquelle les systèmes d'assurances privées prennent une place de plus en plus importante. Les maisons médicales, basées sur des convictions sociopolitiques fortes, constituent un « courant à contre-courant » vers un maintien de la solidarité comme valeur de base.

Le système de santé en Equateur pose de gros problèmes d'organisation : le système est très centralisé au niveau de la définition des normes et malgré la possibilité pour les autorités locales de mettre en place des mesures concrètes permettant de répondre aux besoins des populations, les soins de santé sont peu accessibles économiquement, discontinus et présentent un faible niveau de qualité technique. Un réseau privé de soins s'est donc développé, basé sur des finalités économiques, non organisé et favorisant le recours à la médecine spécialisée. Une revalorisation du rôle de la médecine générale leur semblait une condition indispensable pour améliorer la qualité des soins et mieux répondre aux besoins de la population. Une meilleure répartition des ressources disponibles favorisant le premier niveau de soins et une révision radicale de la politique sociale était pour eux une nécessité impérieuse.

Depuis leur passage nous avons eu des nouvelles très indirectes par l'intermédiaire de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers : l'un des deux stagiaires a pu utiliser l'expérience vécue en Belgique et améliorer le fonctionnement des équipes locales dont il avait la charge, l'autre semblait être revenu avec des certitudes qu'il a tenté d'imposer et cela ne s'est pas bien passé.

La confrontation avec des travailleurs issus d'un système qui semble très éloigné du notre nous a permis de réaliser que les problèmes rencontrés par la population et par les travailleurs de santé ne sont pas tellement différents. Leur vision « naïve » de notre équipe et de notre fonctionnement nous a souvent amenés à nous ré-interroger. ●

Marie-Jeanne Windar, médecin généraliste à la maison médicale Marconi.

Et si on essayait l'auto-estime?

Bruno Dujardin,
professeur de
santé publique,
école de santé
publique,
université libre de
Bruxelles.

(1) Servan-Schreiber D.,
Guérir le stress,
l'anxiété et la
dépression sans
médicaments ni
psychanalyse,
Collection
« Réponses », Ed
Robert Laffont,
Paris, 2003.

(2) Gilson L.,
« Trust and the
development of
health care as a
social
institution »,
Social Science &
Medicine, 56,
1453-1468, 2003.

(3) « L'intérêt
particulier du
concept
« confiance » est
d'offrir une
approche
alternative à
l'individualisme
économique qui a
dirigé l'analyse
des politiques du
secteur public ces
dernières
décades ».
(Traduction de
l'auteur).

(4) Dujardin B.,
Politiques de
santé et attentes
des patients, vers
un nouveau
dialogue, Eds
Charles Leopold
Mayer et
Karthala, Paris,
2003.
(suite page suivante)

.....
L'analyse des valeurs qui sous-tendent le projet d'échanges de personnels de santé Sud-Nord et Nord-Sud, « La formation par l'observation » montre que, au-delà des résultats attendus à court terme (amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles), ce projet repose sur une valeur centrale : le renforcement de l'auto-estime des acteurs par la réciprocité des échanges dans un climat de confiance.

.....

limites du paradigme bio-médical et qui, par sa « nouvelle médecine des émotions », remet le patient au centre de nos préoccupations. Dans le domaine de la définition des politiques de santé l'article de L. Gilson *Trust and the development of health care as a social institution*² reprend cette même valeur en déclarant notamment : « *The particular significance of trust is that it offers an alternative approach to the economic individualism that has driven public policy analysis in recent decades* »³. Dans un livre *Politiques de santé et attentes des patients* où j'essaye de faire la synthèse de vingt-cinq ans de travail dans le domaine de la coopération en systèmes de santé⁴, j'arrive aussi à la même conclusion : « *Ne plus jamais écrire de projets qui ne renforcent l'auto-estime et l'autonomie des acteurs. Et si le sceau du développement résidait dans la mise en confiance des acteurs ? Comment leur rendre cette fierté ?* ».

Un des derniers numéro du *British Medical Journal* va dans le même sens. En effet, dans son éditorial⁵ *Self esteem and health. Autonomy, self esteem, and health are linked together*, M. Marmot cerne clairement les enjeux de cette nouvelle éthique « l'auto-estime des acteurs » qui devrait dorénavant sous-tendre nos actions en santé. Je ne résiste pas au plaisir de citer in extenso un exemple de l'éditorial de M. Marmot qui illustre très bien notre propos :

« Depuis longtemps, la fréquence et l'importance de l'obésité et du diabète au sein des indiens Pima d'Arizona sont reconnus comme anormalement élevés. Une petite étude a analysé l'efficacité des interventions concernant les comportements de vie. Deux groupes ont été identifiés. Le groupe d'intervention Pima recevait l'ensemble standard des interventions concernant l'activité physique et les aspects nutritionnels. Un groupe d'indiens Pima ressemblait remarquablement à un groupe contrôle dans le cas d'un essai portant sur l'éducation pour la santé. Ils ont reçu des brochures imprimées concernant les activités et les aspects nutritionnels mais en plus ils avaient des discussions régulières avec les leaders locaux concernant la culture Pima et leur histoire. A la fin des douze mois, la situation avait évolué contrairement aux attentes et s'était détériorée pour le groupe d'intervention. Par contre, le groupe d'indiens Pima motivé

Auto-estime et santé

Hasard (ou nécessité ?), cette valeur, la recherche d'une meilleure auto-estime des acteurs des systèmes de santé (patients comme professionnels de la santé), est le centre de récents débats dans le domaine de la médecine, de la santé publique et de la définition des politiques de santé. Plusieurs documents apparemment très différents y font référence dans le monde anglophone comme dans le monde francophone, pour les pays industrialisés comme pour les pays en développement.

Il y a bien entendu « l'approche centrée sur le patient » qui propose d'améliorer la qualité de l'interface entre prestataires et patients et par là leur auto-estime. Depuis quelques années, cette approche fait l'objet de différentes études et recherches publiées dans les meilleures revues médicales. Mais je pense aussi au livre *Guérir* de D. Servan-Schreiber¹ qui critique les



qui servait de contrôle avait soit une moins grande détérioration des facteurs de risque et même des améliorations. En comparaison avec le groupe recevant l'intervention, le groupe d'indiens contrôle avait des résultats favorables par rapport au poids, à la circonférence de la taille, à la glycémie et au niveau d'insulinémie deux heures après une surcharge en glucose. Une hypothèse pour expliquer cette réalité est qu'en augmentant les aspects identitaires et la fierté du groupe Pima contrôle, cette approche a eu un impact bien plus important sur les comportements de santé et les facteurs de risque que les interventions centrées sur les changements de diète et d'exercice »⁶.

Étonnant ! Permettre aux individus et aux communautés de retrouver leurs racines et leur structure socio-culturelle serait une approche bien plus efficace que nos interventions d'habitude centrées sur les seuls aspects sanitaires ?

Et d'autres exemples sont cités par M. Marmot. Certains sont bien connus comme l'interaction entre auto-estime et dépression ou encore le stress qui, associé au manque d'autonomie décisionnelle, est un facteur majeur de risque de pathologie cardiaque.

D'autres interactions sont moins connues mais sont peut être encore plus importantes : le lien étroit entre l'auto-estime et la violence. Le lien entre manque d'auto-estime et violence envers soi-même est relativement bien connu dans le cas des adolescents et des assuétudés, mais le lien de causalité entre déficit d'auto-estime et violence sociale (corruption, délinquance, agressions et meurtres) est une réalité qui semble de plus en plus établie. Le déchaînement de la violence sociale survenant surtout lorsque deux conditions se rencontrent : des inégalités sociales qui deviennent inacceptables et une situation économique et politique telle que tout espoir de développement communautaire devient illusoire. Pour les laissés pour compte, la seule façon de « s'en sortir » semble être l'individualisme le plus primaire : maltraiter l'autre pour survivre moi-même. C'est cette réalité qui explique sans doute la déstructuration sociale et l'incroyable explosion de violence sociale que connaissent depuis deux décennies, la majorité des pays du Sud, en Afrique comme en Amérique latine.

Mais comment définir l'auto-estime ?

En quelques mots : c'est la façon dont chacun s'apprécie et s'évalue en son for intérieur. C'est un concept très commun dont chacun perçoit le sens profond (il existe une pléthore de publications « populaires » à ce sujet) et qui est étudié par les psychologues depuis plus d'un siècle. Étonnamment, les études scientifiques concernant l'auto-estime, ses effets et ses déterminants se sont avant tout centrées sur les enfants, les adolescents et les problèmes d'assuétudes. Peu d'analyses concernent les adultes et encore moins le champ social ou collectif de l'auto-estime !

Même si les résultats sont parfois controversés, les auteurs s'accordent sur les trois points suivants⁷ :

- Les êtres humains sont motivés à préserver, défendre et si possible améliorer leur auto-estime (ce serait donc un principe vital, donnant du sens à l'existence) ;
- Une meilleure estime de soi est associée à des bénéfices psychologiques certains, notamment la capacité de faire face et de s'adapter aux situations changeantes et aux contraintes (et inversement : dépression, angoisse, agressivité, mais aussi fuite des responsabilités, rejet de ses erreurs sur les autres). Les bénéfices en terme de santé semblent aussi établis : moins de problèmes cardiovasculaires, acquisition plus aisée de comportements de santé positifs, etc. ;
- Il serait possible d'intervenir et de créer des conditions favorables au développement de l'auto-estime.

Bien sûr, il ne faut pas oublier les dérives. Notre auto-estime doit être capable de se confronter régulièrement aux contraintes de la réalité et des autres. Elle doit donc être adaptative et ouverte au monde. Un comportement narcissique est le résultat d'une sur-compensation d'une auto-estime incapable de résister aux défis du quotidien. Trop d'auto-estime peut être aussi dangereux. Hitler, comme les autres dictateurs et despotes d'hier et d'aujourd'hui, avait une très bonne estime de lui ! !

(5) Marmot M., « *Self esteem and health, Autonomy, self esteem, and health are linked together* », Editorial BMJ 2003 ; 327 : 574-575 (13 September).

(6) traduction de l'auteur.

(7) A ce sujet, voir entre autres, deux documents intéressants sur les sites :
<<http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>>,
<http://academics.smcvt.edu/jadams/Advanced_Social_Readings/Leary_on_Self_Esteem.htm>.

Le niveau d'auto-estime d'un individu peut fluctuer d'une journée à l'autre mais autour d'un niveau en fait assez stable en partie déterminé par l'éducation reçue et le vécu de la petite enfance.

En résumé, les principaux déterminants positifs de ce niveau d'auto-estime sont :

- la cohérence personnelle entre valeurs et comportements ;
- un certain degré d'autonomie décisionnelle,
- l'acquisition et/ou la valorisation de différentes compétences ;
- la capacité d'assurer ses responsabilités fondamentales comme de satisfaire les besoins des enfants et du conjoint ;
- le regard positif des proches ;
- un certain contrôle sur l'organisation de sa vie,
- un équilibre entre les efforts réalisés et les bénéfices obtenus ;
- l'intégration sociale et professionnelle (entre autre, par un travail en équipe dans un climat de confiance réciproque) ;
- une certaine reconnaissance au sein de sa communauté et de sa société ;
- une capacité de protection et un potentiel de développement assuré par l'organisation sociale (c'est-à-dire des conditions externes contextuelles) ;
- la transparence, l'équité et la validité des règles et normes nationales et internationales.

Une dynamique positive, au Sud comme au Nord

A l'énoncé de ces déterminants, on peut se rendre compte que les défis liés à une meilleure auto-estime des professionnels de la santé du Sud concernent aussi les professionnels du Nord !

Bien entendu, il suffit d'inverser la logique pour retrouver les facteurs qui, minant ou détruisant l'auto-estime des professionnels et des patients sont sources de tant de conflits et d'agressivité latente. Comment espérer par exemple que les infirmiers et médecins du Sud puissent être satisfaits de leur comportement quant ils sont

obligés de racketter leurs patients pour être de bons pères de famille et pouvoir élever correctement leurs enfants ?

Mais l'insuffisance des salaires n'est pas le seul facteur à incriminer : une approche trop normative des projets de développement, un pouvoir décisionnel trop centralisé, des relations hiérarchiques de dominant à dominé, la non-prise en compte des compétences des acteurs, sont autant de facteurs qui déstructurent l'auto-estime des professionnels et qui augmentent leur passivité.

Par contre, l'existence d'un cercle vertueux entre auto-estime et intégration sociale est proposé par certains comme une approche prometteuse pour aider les sociétés du Nord comme du Sud à retrouver une meilleure cohésion sociale.

Mais revenons-en à notre premier propos : en quoi le projet d'échanges Nord-Sud et Sud-Nord est-il créateur d'auto-estime ? Tout simplement parce qu'il redonne aux professionnels du Sud, fierté et confiance en leur permettant de devenir de réels partenaires et de ne plus être d'éternels assistés. Et c'est cela sa valeur fondamentale. Bien sûr ce n'est pas facile, bien sûr ce projet n'est qu'une goutte dans un océan, mais quel potentiel et quel bénéfice pour les équipes du Nord, même si parfois déstabilisées et remises en question dans leurs certitudes et leur « train-train » quotidien ! Mais cette remise en question peut devenir un puissant moteur de progrès et source d'auto-questionnement si elle se produit dans un climat de confiance et de dynamiques positives.

Que vous dire pour conclure ? Sinon que je vous souhaite une fructueuse journée génératrice d'auto-estime pour vous et pour vos patients ! ●



Échange entre médecins de campagne maliens et français

•••••

Dans le cadre d'échanges entre le Mali et la France organisés avec l'aide de Santé Sud, le Dr Yves Grandbesançon a séjourné chez le Dr Idris Konaté à Fama, du 15 au 30 mars 2003. Il raconte ces quinze jours, la découverte d'une culture différente, d'une autre conception de la vie, de la mort, de la médecine, les difficultés de soigner sans grandes ressources, et nous livre « à cru » les réflexions qu'a éveillées cette rencontre.

•••••

*« Ce n'est pas parce qu'ils sont instruits et intelligents que les scientifiques ont l'intelligence de la vie ».
Kawasaki - Rêves.*

la même impression de sérénité dans le soleil couchant.

Je regarde les enfants jouer au foot, - j'ai toujours aimé ça - à Fama, ils ont un joli jeu, ils se font des passes, ils montent des actions, ils jouent en équipe, ce n'est pas comme à La Ciotat où les joueurs sont tous « perso » et se prennent pour Zidane... Je m'amuse à voir courir les ânesses poursuivies par des ânes trop entreprenants ; elles leur font clairement comprendre d'un très élégant et efficace mouvement des pattes arrières que ce n'est pas le moment.

J'échange le rituel *anoula* - bonsoir - avec les gens que je croise, pas plus, cela permet de partager ce moment de paix. J'essaie de refouler le rationnel occidental qui est en moi, je me veux vide, disponible avec un regard d'où l'analyse est absente. Je me sens bien.

Mes petites promenades ne sont pas passées inaperçues au village, et Idris un jour me dit : « Sais-tu comment on t'appelle ? L'homme rapide ».

Dans l'esprit d'un Sénoufo, ce n'est pas vraiment très élogieux : l'homme rapide c'est celui qui passe dans la vie sans rien voir.

*Yves
Grandbesançon,
médecin à
Marseille.*

Le petit soir

C'est ce temps éphémère à la fin du jour, la terre a arrêté d'avoir chaud. Quand le ciel devient gris bleu du côté de l'Occident, le soleil vire au blanc, il va bientôt s'en aller. Du côté de l'Orient, se lève une petite brise, elle vient réveiller le village de Fama ; le mouvement de la vie reprend mais ce n'est plus l'activité du matin, c'est un temps pour la réflexion où l'homme se sent en harmonie avec la nature alentour.

C'est ce moment que j'affectionne pour me promener, dans l'ombre allongée des manguiers et des fromagers, à la bordure des quartiers : le quartier animiste, le quartier musulman, le quartier du marché et des commerces, celui de l'administration... Tous ces quartiers sont différents mais baignés par

Du serment d'Hippocrate à la clinique

Le serment d'Hippocrate chez nous est souvent tourné en dérision : « Le serment d'hypocrite ». Pourtant ce serment, sous une forme ou une autre, est prêté par tous les médecins du monde - même en Chine - pour pouvoir exercer leur art. Le serment d'Hippocrate légitime le droit de toucher le corps de l'autre dans certaines conditions. Ce n'est pas une mince affaire, il s'agit d'interpréter avec nos sens les bruits de la vie à travers un corps. On touche là quelque chose de sacré.

Pour l'examen clinique, nous disposons d'une petite boîte à outils toute simple et qui a peu évolué depuis deux siècles. Le stéthoscope inventé par Laenec au XIX^{ème} siècle ; - il faut relire la magnifique description de Laenec

comparant l'auscultation pulmonaire à toutes sortes de bruit d'eau dans la nature -, l'appareil à tension qui est le manomètre de la vie, les spéculum qui permettent d'explorer les différents orifices du corps et enfin le marteau à réflexe pour saisir l'influx nerveux.

Une consultation se déroule comme une pièce de théâtre, selon un rituel bien déterminé. Cela se dit dans toutes les langues après l'interrogatoire : « maintenant déshabillez-vous, je vais vous examiner ».

Idris, lui, le dit en Bambara alors que ses patients parlent Sénoufo mais tout le monde se comprend. Bien sûr, il commence comme tout médecin par l'auscultation cardiaque. On n'y échappe pas : c'est écouter l'horloge de la vie. Malgré toutes les différentes théories scientifiques qui s'empilent comme des poupées russes pour expliquer ce phénomène, la vie gardera toujours son secret. C'est ce que ressent confusément un médecin lorsqu'il ausculte un cœur. Tout de suite après vient pour Idris l'examen de la souplesse du rachis cervical (méningite) ; rapide inspection des conjonctives oculaires à la recherche d'anémie. Curieusement il semble négliger l'examen de la bouche et des oreilles comme s'il avait une certaine prévention à leur égard. L'otite externe se diagnostique en tirant le lobe de l'oreille en bas et en arrière, l'otite moyenne par percussion de la mastoïde. J'ai vérifié avec l'otoscope, son diagnostic était juste. Du coup, j'ai perfectionné sa panoplie d'oto-rhino-laryngologie avec la notion « d'otite interne » ; en demandant au patient de souffler fort, bouche et nez fermés, ce qui permet de savoir si les trompes d'Eustache sont perméables (ce que connaissent bien tous les plongeurs sous-marins). Vient le temps de l'auscultation pulmonaire, les différents bruits émis par la respiration ont quelque chose de plus humain et de moins mystérieux que pour le cœur. C'est pour ça que j'aime la plongée parce qu'on s'entend respirer. Idris ne peut pas comprendre car il n'a jamais vu la mer et ne sait pas nager. Rapide coup d'œil aux ongles pour rechercher un hippocratisme digital, ce que moi je ne fais pas systématiquement. Idris palpe ensuite l'abdomen ; il commence par le côté gauche, la rate qui chez eux est un organe « parlant », puis le colon gauche souvent douloureux, dur et grêle à cause des nombreux épisodes de dysenterie. Alors que

nous, nous commençons par le côté droit, d'abord le foie et la vésicule biliaire, organes plus exposés du fait de l'alcool et de l'alimentation, puis le colon droit souvent gros et spasmodique conséquence d'un stress permanent.

Enfin, on arrive à l'examen gynécologique, une part importante de l'examen clinique. Les femmes se laissent facilement examiner par les hommes alors qu'il est beaucoup plus difficile pour une femme médecin d'examiner les parties génitales d'un homme. Je souris lorsque je le vois pour la première fois effectuer un toucher vaginal, il regarde ostensiblement la ligne qui sépare le plafond du mur en posant la rituelle question : « Est-ce que je vous fais mal ? ». Nous faisons tous pareil car il est difficile de regarder la patiente dans les yeux quand on pratique ce geste. Je me souviens d'une amie que j'avais accompagnée aux urgences de l'Hôtel Dieu à Paris pour une suspicion d'appendicite et qui au moment de la rituelle question avait répondu à l'interne : « ça me ferait plutôt du bien » ; le pauvre interne en avait été totalement destabilisé. J'aime bien examiner les dos et je m'étonne qu'Idris ne le fasse pas systématiquement. La pathologie du rachis est ici saisonnière, pendant l'hivernage à cause de l'humidité et du travail très dur physiquement que nécessite la culture du coton.

Voilà l'examen clinique que pratique systématiquement Idris, il le fait rapidement avec méthode et précision, cet examen n'est pas très différent de celui que je fais. Maintenant que nous avons vérifié que nous parlions tous les deux le même langage, nous allons pouvoir commencer à discuter...

Idris Konaté

Idris se présente comme un homme heureux. Que ce soit sur le plan familial ou dans son travail, c'est lui qui a décidé de sa vie, en tenant compte de ses racines. Il sait où il va. Cela fait de lui un homme posé, réflexif : je ne l'ai jamais vu s'énerver. Il parle volontiers de sa vie, - de la vie -, il donne toujours un « sens » aux choses. Tous ses raisonnements, même si le sujet est grave, se terminent par un grand éclat de rire. Il s'entend bien avec tout le monde,



notamment avec les responsables de l'ASACO⁽¹⁾, l'association communautaire qui gère le centre de santé, ce qui crée autour de lui une ambiance agréable. Avec ses patients, il a « la neutralité bienveillante » qui est le fondement même de toute bonne relation médecin/malade.

Idris en famille

Les « Konaté » sont d'origine Solinké et de descendance royale. Le grand-père d'Idris est venu s'installer en pays Sénoufou près de Sikasso, Idris n'en connaît pas les raisons - secret de famille - ; son grand-père était marchand ambulant ; son père à lui est devenu marchand sédentaire dans la périphérie de Sikasso. Mais Idris ne l'a pas connu, parce qu'il avait trois ans quand son père est mort de tuberculose. Il a été élevé dans la famille élargie. Il me dit : « En France, vous ne connaissez pas la famille élargie ; pour vous la famille est « nucléaire » ». Cette expression me plaît beaucoup car je l'associe à l'image d'une terrible explosion.

La famille élargie, c'est bien, mais ça n'a pas que de bons côtés : chez ses parents adoptifs, c'est une femme - sa tante - qui a le pouvoir. « Ce n'est pas bon, me dit-il, quand dans une famille c'est la femme qui commande ». Et cette femme là était méchante avec Idris, elle le faisait travailler tant et plus : faire le feu le matin, s'occuper des bébés, nettoyer la voiture trois fois par jour, car il y avait une voiture dans la famille, aller chercher l'eau... si bien qu'Idris mettra deux ans de plus que ses camarades pour avoir son bac. Cela n'a aucune importance, sa décision est prise depuis longtemps : il sera médecin.

Il a épousé par amour Aya, une jeune Burkinabé de la région de Bobo-Dioulasso, assez proche de Sikasso. Idris est monogame mais il a du signer un contrat de polygamie sous la pression de sa famille élargie car, dit-il, « l'homme malien n'est pas tout à fait maître de sa destinée ». Sa femme d'origine paysanne est analphabète. Ils sont tous deux musulmans pratiquants, leur petite fille Valvelssa a deux ans et Aya est enceinte.

Elle doit accoucher fin juin quand Idris sera en France, cela ne semble pas leur poser de problèmes. La femme du docteur Adama Keita (correspondant de Christian Flessier à Kayes) se trouve dans la même situation, elle viendra accoucher à Paris pour que son bébé ait la double nationalité : bien du plaisir à Sarkozy pour sa politique de retour au pays des Sarakolés de Montreuil !

Idris a de la suite dans les idées, il est médecin de campagne et il le restera dans sa vie. Il veut faire un peu bouger les choses : on ne peut pas être médecin 24h sur 24h et il faut quand même se dégager un peu de la famille élargie. C'est pourquoi il se construit une maison à Sikasso hors des murs à quelques distances du quartier de sa famille ; quand il aura un infirmier diplômé d'état pour le seconder au centre médical, il y installera sa famille (Sikasso, c'est mieux pour les écoles), et lui viendra les rejoindre pour les week-end. C'est comme ça qu'Idris voit son avenir.

La vie dans la concession

La famille Konaté habite une assez vaste concession que l'ASACO a mise à leur disposition. Il la partage avec son gérant - le responsable du dépôt pharmaceutique -, celui-ci est bigame et a trois enfants. Dans la concession vit aussi, pour six mois, un jeune adolescent de quatorze ans, au visage ouvert et rieur ; il vient d'un village voisin, et il se fait quelque argent en s'occupant des animaux ; il rentrera chez lui avec un vélo neuf et de beaux habits.

La concession est largement ouverte sur l'extérieur, comme le veut la tradition. La case qu'occupe Idris est prévue pour une famille polygame : elle se compose de trois chambres indépendantes qu'un rideau sépare de la véranda (pièce commune). J'ai disposé pendant mon séjour d'une chambre individuelle avec éclairage par panneau solaire et ventilateur alimenté par batterie : le grand confort !

La case se prolonge par le « hangar », tonnelle de bambous qui protège de la chaleur le jour et de la fraîcheur relative du soir. Sous le hangar,

(1) ASACO :
Association de
santé
communautaire.

Échange entre médecins de campagne maliens et français

se trouve un mobilier hétéroclite : hamac, fauteuil métallique tissé de fils de plastique genre scoubidou, de nombreux *walaré*, ces tout petits tabourets faits d'un seul morceau de bois et qui permettent juste aux fesses de ne pas se poser par terre. Tout autour, il y a différents greniers et cuisines couverts pour l'hivernage, et dans un coin la salle d'eau et sanitaire à laquelle on accède par un curieux labyrinthe circulaire, ce qui permet de signaler sa présence.

C'est dans la cour que se passe vraiment la vie, et quelle vie ! Il y a les moutons et la basse-cour c'est le domaine, c'est leur domaine ; les femmes sont là présentes du matin jusqu'au soir dans un « mouvement brownien » d'activité : aller chercher le bois, faire le feu et l'entretenir, faire la cuisine, donner le sein aux enfants, et surtout balayer la cour trois fois, quatre fois, cinq fois par jour... cela dépend de l'Harmattan, ce vent de sable qui souffle de l'Est. Les femmes entre elles ne se font pas de cadeaux : un jour, on frappe à la porte juste avant le lever du jour ; Idris et moi nous nous levons pensant à une urgence, ce sont les deux femmes du gérant qui viennent chercher Aya parce que le fait d'être enceinte de six mois ne la dispense pas de son travail d'épouse, c'est-à-dire le matin de préparer le feu et d'aller chercher l'eau pour le bain.

Les hommes, leur domaine, c'est le hangar, c'est là où ils mangent - bien qu'Idris et moi nous ayons droit à un régime privilégié, le repas en tête-à-tête dans la véranda -, le hangar c'est le lieu du palabre mais c'est surtout là où le soir le quartier se retrouve autour de la télévision en couleur alimentée par batterie. Ça commence par un feuilleton américain « Secrets de famille » - genre Dallas -, où l'on voit de belles américaines pulpeuses conduire d'énormes décapotables pour se rendre sur des plages idylliques où elles se mettent en bikini pour se faire bronzer, ce qui fait éclater de rire tous les enfants puis vient l'heure d'ATT², (président actuel du Mali) qui doit avoir un don d'ubiquité car on le voit dans la même journée à Tombouctou pour inaugurer un nouveau puits, à Niono couper le ruban de la future piste Niono-Nara et à Bamako pour recevoir le président Kadhafi « son cher cousin ». Viennent les informations sur la guerre d'Irak que j'attends tous les jours avec impatience : peu de faits de guerre mais

un commentaire sur l'opinion des différents pays arabes divisés sur le sujet ; ce qui est clair, c'est qu'au-delà de la guerre, l'histoire va se jouer dans le monde arabe entre les Chiites et les Sunnites, peu importe les Américains. C'est du moins ce que pense la télévision malienne.

Nous discutons encore un peu après la fin des émissions, en prenant notre dernier thé à la menthe. Nous allons dormir car une nuit sur deux nous sommes réveillés par des coups forts frappés sur la porte métallique : c'est « un accompagnant » qui vient nous signaler l'arrivée d'un nouveau malade.

Idris au travail

Je suis venu faire de la médecine rurale pour être au plus proche de la population. Dans les centres urbains, les gens ont facilement accès à une médecine de qualité, alors qu'en campagne ce n'est pas le cas, bien que 80 % de la population malienne réside à la campagne. L'idée était qu'à la campagne les gens aient aussi accès à des soins de bon niveau. Il s'agit d'une médecine plus proche des patients dans des villages souvent déshérités, c'est ce qui a déclenché ma vocation : venir aider ces gens à la campagne.

Étant moi-même issu du milieu rural je sais ce que ces paysans ont comme problèmes de santé : principalement, l'accès aux soins, la sensibilisation à l'hygiène et l'éducation sanitaire. Ce qui me plaît le plus, que ce soit dans le soin ou la prévention, c'est d'être toujours en contact avec mes malades.

Il y a cinq ans, le village de Fama et les villages alentour décidèrent de créer une ASACO (groupement d'intérêt villageois) afin de se doter d'un CESCO³ dirigé par un médecin. C'est ainsi qu'Idris a été recruté ; ça l'intéressait parce que c'était dans sa région mais pas dans son quartier natal.

La population de référence du CESCO est d'environ neuf mille habitants, le seul village de Fama comptant pour deux mille sept cent cinquante. Cela représente l'aire d'activité d'Idris. Le montage est classique ; le médecin s'engage à réaliser « son paquet minimum

(2) ATT : Seyllou Amadou Toumani Touré, président actuel du Mali.

(3) CESCO : Centre de Santé Communautaire.



d'activité » ; en contrepartie, il est rémunéré par l'ASACO d'une manière fixe (cent quarante mille CFA⁴ par mois en l'an 2002) ; seule la rémunération des actes de consultations urgentes et de chirurgie est partagée à moitié entre le médecin et l'ASACO.

L'organisation des soins est très performante : le malade arrive à la consultation, toujours amené par un « accompagnant ». Après l'avoir examiné et posé un diagnostic, Idris rédige une ordonnance. Le patient va se la faire délivrer à la pharmacie communautaire ; les médicaments sont génériques et on ne donne que le nombre de comprimés correspondant au traitement ; sur le sachet le gérant indique par de petits traits au stylo bille le nombre de comprimés à prendre par prise. Idris a la clé du dépôt ce qui lui permet de servir les gens la nuit (à La Ciotat, les patients doivent d'abord se présenter au commissariat pour avoir les médicaments). Il peut garder aussi le patient et le mettre sous perfusion dans l'une des deux salles d'observation. Le prix moyen de « l'acte médical » ainsi réalisé (consultation + traitement) est de trois mille cinq cents francs CFA en moyenne.

Idris voit environ vingt patients par jour, il pratique une médecine « tout venant », comme moi, sauf que les pathologies sont différentes ; 70 % de ses consultants sont des femmes et des enfants. Le « gros » de la pathologie tourne autour des problèmes fébriles ; l'art est de ne pas tout étiqueter paludisme, cela demande sens clinique et discipline. Beaucoup de pneumopathies et de gastro-entérocrites avec déshydratation, sans compter toutes les pathologies chroniques classiques : hypertension, diabète et bronchite asthmatiforme. En plus, il y a les pathologies saisonnières : la méningite, à la fin de la saison sèche, quand souffle l'Harmattan, ou la recrudescence du paludisme pendant l'hivernage. Pendant mon séjour, nous n'avons pas beaucoup parlé chirurgie, et visiblement Idris ne pousse pas à la roue dans ce domaine-là.

Idris est à l'aise dans son cabinet pour travailler, il limite les visites au maximum : « Nous aimons les faire, mais nous les réservons aux patients qui sont grabataires ; tu vas faire la visite et souvent ce qu'on t'a raconté du patient ne correspond pas à la réalité et tu es obligé de

rebrousser chemin pour aller chercher d'autres médicaments. C'est pourquoi plutôt que de faire un double trajet, s'il y a un véhicule dans le village, je demande qu'on m'emmène le patient ».

Un jour, nous avons eu la visite de l'équipe du Programme Santé Mali Suisse d'évaluation. Tous les trimestres, ils viennent à trois : (médecin, gérant, sage-femme), évaluer le centre de santé et ils font des recommandations. Tout de suite je ne les ai pas aimés, ils m'ont fait penser au contrôle de la sécurité sociale que nous avons de plus en plus souvent. L'idée d'une évaluation des activités est en soi séduisante mais elle est rapidement « plombée » par tous les tracas administratifs qu'elle engendre. Idris passe un jour par mois pour remplir ces fameux dossiers (un vrai catalogue à la Prévert). Voici les recommandations qu'ils ont faites ce jour-là à Idris :

- Écrire sur le registre la thérapeutique à côté du motif de consultation : Idris leur a répondu que sur ces cahiers dignes de l'administration française du temps de la colonisation, les trois quarts de la ligne est occupé par l'état civil et qu'il n'y a plus de place pour les commentaires médicaux ;
- Insister sur les problèmes de décontamination : tout passer à l'eau de javel et faire bouillir (il n'y a pas de Poupinel) ;
- Que la matrone dispose d'au moins deux boîtes d'accouchement ;
- Que les latrines soient mieux entretenues ;
- Étudier la possibilité de défrayer les membres de l'ASACO qui viennent en mobylette des villages lointains pour lutter contre l'absentéisme.

Une fois qu'Idris a fini tout ce travail de consultations commence un autre volet de son activité, sa vraie motivation, le travail de sensibilisation : « Le travail qui nous tracasse le plus est celui de la sensibilisation. Les populations ne font pas un lien causal entre l'hygiène et l'insalubrité et les infections. Par exemple, la plupart des cas de diarrhées sont dues à la mauvaise qualité de l'eau ; de nombreuses dermatoses de l'enfant sont dues au fait que les mères n'ont pas l'habitude de laver très tôt les enfants ; l'enfant est laissé à

(4) CFA : franc des anciennes colonies françaises en Afrique noire.

Échange entre médecins de campagne maliens et français

lui-même, traîne dans la boue. Du matin jusqu'au soir, vraiment la propreté est dégueulasse ».

C'est ainsi que l'après-midi nous allons nous promener dans les quartiers, Idris avec son aura de médecin et son bâton de pèlerin pour sensibiliser les populations : il s'arrête au bord d'un puits et parle avec les femmes ; il commente l'absence de margelle et déplore que les seaux confectionnés avec de vieux pneus traînent dans la boue. Plus loin, il s'arrête devant une petite fille qui joue dans la terre, les fesses nues à même le sol, et explique à la mère que sa fille va ainsi attraper des infections et que pour éviter ça, elle devrait lui mettre une culotte. Il y croit, Idris, à la vertu de ses tournées, et moi aussi, parce qu'il vit au milieu des gens, qu'il est connu et qu'il est respecté. Ça sera long, mais ça viendra. J'ai beaucoup aimé et beaucoup appris au travers de ces balades improvisées dans les quartiers.

J'ai dit qu'Idris était d'un grand calme, qu'il ne se mettait jamais en colère mais c'est un peu faux. Il y a quelque chose qui l'énerve, c'est le problème des médicaments : au marché, il était furieux devant les étals de comprimés de toutes les couleurs vendus à la sauvette. Ce n'est pas à moi de faire quelque chose, mais au Gouvernement : c'est par la tête que pourrit le poisson. Et c'est vrai que cette pratique est une vraie catastrophe. Elle peut avoir des conséquences mortelles. Et puis, il y a les médicaments en DCI⁵ qui lui posent quelques problèmes : souvent il y a des ruptures de stocks, et quelques fois ils sont inefficaces. Lui qui a des moyens financiers pour son dépôt aimerait disposer de quelques médicaments en spécialité (hypertension et diabète par exemple), ça coûterait moins cher à la population plutôt que d'envoyer les gens les chercher individuellement à Sikasso.

Voilà comment Idris voit l'avenir de son centre : pour le personnel, il lui faut un infirmier diplômé d'Atat pour le seconder, et puis aussi une sage-femme pour élever la qualité des soins au sein de la maternité. Il rêve d'un laboratoire qui lui permettrait d'étayer ses diagnostics, il espère bien que Santé Sud sera sensible à sa demande.

Là où Idris est visionnaire c'est quand il dit : « Il faut que les populations comprennent que le centre leur appartient. Si le centre va de l'avant, c'est pour leur bien. Il faut qu'ils comprennent que la cotisation qu'on leur demande, ce n'est pas un impôt mais leur participation au fonctionnement du centre. Un centre de santé n'est pas fait pour faire des bénéfices. C'est donc la population elle-même qui, si elle comprend l'importance des problèmes de santé, assurera le développement du CESCO ».

Rencontre avec l'anthropologue Seydou Diarra

Nous savions qu'il allait venir et nous l'attendions avec une certaine curiosité, qu'allait-il faire entre nous alors que nous avons déjà commencé à nous connaître ? Il allait analyser notre relation avec ses propres outils, il venait nous voir comme « objet d'étude », c'est ce que nous avons compris à Bamako quand nous l'avons rencontré pour la première fois et cela nous déconcertait un peu.

Il est arrivé sur la fin d'un petit soir, à la nuit tombée. La première chose qu'il a voulu, c'est que nous lui indiquions la direction de l'Est afin d'orienter son tapis de prière. J'étais étonné, j'imaginai que les Maliens connaissaient par instinct les quatre points cardinaux ; mais Seydou Diarra est un homme de la ville. C'est un anthropologue qui travaille dans l'équipe de l'institut de recherche sur le paludisme à Bamako, dirigé par notre ami Ogo. L'objet de sa recherche porte sur le concept de la représentation culturelle du paludisme dans les différentes ethnies composant le Mali.

« Système de représentation », le grand mot était lâché, il allait modifier la relation entre Idris et moi. Au cours des repas que nous avons partagé tous les trois dans la véranda - toujours servis par Aya, la femme d'Idris -, il s'est passé quelque chose entre nous. Idris et moi, nous nous étions bien entendus sur un plan professionnel, nous parlions le même langage, celui de la clinique, et nous avions plein de choses à nous raconter. Mais quand nous

(5) DCI :
Dénomination
commune
internationale.



parlions de nous, de nos vies, nous avions un peu de mal à trouver nos marques ; la parole avait du mal à circuler, nous étions dans une observation mutuelle. Seydou a simplement joué le rôle de « passeur culturel » entre nous. Il m'a d'abord expliqué que les vellétés que je manifestais pour aider Aya à desservir la table n'étaient pas bienvenues. Je signifiais par-là à Idris que je trouvais que sa femme ne faisait pas bien son travail. Quand il est parti, nous savions un peu mieux nous parler et surtout nous écouter. De temps en temps, j'avais même droit à une bière Castel bien fraîche sur la table.

Seydou est intarissable sur la notion de représentation culturelle de la maladie. Il nous a d'abord parlé du rôle maléfique attribué aux albinos : « Il fallait toujours un rouquin pour les sacrifices »... Puis de la représentation collective de la rougeole attribuée au pouvoir des vieilles femmes jalouses ; le meilleur moyen de s'en prémunir est de répandre la bouse de vache sur les murs des cases... Ce sont les griots porteurs de la tradition orale - le vrai fleuron de la culture malienne -, qui nous permettent de connaître tout cela. Un vieillard qui meurt est une bibliothèque qui brûle.

Le professeur Jean Benoît nous dit : la maladie, le malade et le soin sont trois concepts qui se déclinent et s'articulent différemment selon les cultures, et on ne peut prétendre s'en approcher que si on en comprend leurs significations dans le milieu où cela est vécu. Quand j'étais encore « puceau » c'est-à-dire vers la fin de mes études de médecine, j'avais eu l'occasion de travailler en Inde dans la petite ville de Gwalior près de Bénarès. Et là j'avais vu qu'une colique néphrétique par exemple n'était pas traitée de la même manière si elle survenait chez un brahmane ou chez un paria. Le paria, il fallait le laisser souffrir et lui-même ne trouvait rien à redire à cela bien au contraire ! « Adieu mon pucelage » : il y avait de part le monde d'autres représentations du bien et du mal que celle proposée par la morale judéo-chrétienne qui avait bercé mon enfance.

Devant l'enthousiasme de Seydou sur la problématique de représentations culturelles, je me laisse aller à aborder un sujet « bateau » pour les Occidentaux rationalistes et morali-

sateurs que nous sommes : celui de l'excision des petites filles. Seydou semblait n'attendre que cela : la circoncision et l'excision font partie de la culture malienne depuis la nuit des temps. La pratique de ces rituels permet au petit garçon de s'identifier au monde des hommes et à la petite fille à celui des femmes.

Sauf que la circoncision est pratiquée par un médecin alors que l'excision est faite par une exciseuse traditionnelle de la caste des forgerons. A partir de là, chacun sait « garçons ou filles » ce qu'il doit faire dans la vie. Lorsque nous apprenions en embryologie, à la faculté, la différenciation des caractères sexuels, on nous disait que le prépuce se formait à partir de tissus féminins et que le capuchon du clitoris l'était à partir du tissu masculin. Étonnante convergence de la science et de la tradition : on enlève chez l'homme ce qu'il y a de féminin et chez la femme ce qu'il y a de masculin.

Idris nous dit qu'on ne lui a pas demandé son avis pour pratiquer l'excision de sa petite fille alors qu'elle avait quinze jours. Seydou répond que de toute façon un homme ne voudrait pas d'une femme non excisée parce que considérée comme impure. « Tu comprends me dit-il, il n'est pas possible que, dans notre société patriarcale, au moment de la pénétration le pénis de l'homme puisse rentrer en contact avec un autre organe érectile ».

Moi, je veux bien « mais quand même » comme on dit à Marseille lorsqu'on acquiesce alors qu'on est pas vraiment d'accord. « Ces pratiques font partie de nos racines » conclue Seydou.

Les racines : cela me rappelle que nous avons reçu pour un « jeudi de Santé Sud » un journaliste croate de Sarajevo, pendant la guerre en Bosnie ; il avait terminé en disant que les racines c'est important puisque plein de gens passent leur temps à en chercher, il faut seulement qu'elles ne soient pas trop lourdes sinon on finit par s'entre-tuer. L'homme a autre chose à faire dans la vie que de reproduire ses racines.

Alors que nous discutons, une musique de balafon émanant d'un des quartiers de Fama arrivait jusqu'à nos oreilles. Pratiquement tous les soirs, il y avait du balafon et nous allions de

Échange entre médecins de campagne maliens et français

temps en temps écouter cette musique ininterrompue et très rythmique. Avec l'anthropologue ce fut différent, il se mit à danser et moi je l'ai suivi, j'ai même eu droit au foulard posé par une femme sur mes épaules. Seydou était ravi : je pénétrais dans la culture Sénoufo.

Sur le chemin du retour, j'ai eu un fou rire que je n'ai pu expliquer à mes amis. J'ai fait mon service militaire comme infirmier psychiatrique chargé du rapatriement des militaires qui pétaient les plombs. J'ai ainsi ramené chez lui à Pondichéry un sergent réformé pour mutisme alors que c'était un simulateur. Pour me remercier, son père m'emmena dans un salon de thé où se trouvait de ravissantes jeunes filles indiennes en sari. En fait, c'était une maison de passe et il avait choisi pour moi la plus belle. Heureusement, j'ai eu la bonne idée de faire tomber tout ce que j'avais dans mes poches en ôtant ma veste et j'ai passé tout le temps imparti - très court - sous le lit pour les récupérer. Mon hôte était tout dépité : ce qu'il avait retenu de la culture française ce sont « les tractions avant, l'alcool et les bordels ».

Quel énorme travail pour passer du cliché culturel au concept de représentation culturelle. J'étais tout d'un coup plein d'admiration pour la passion de notre ami l'anthropologue Seydou Diara.

Consultations

● Naissances

Cette nuit-là, trois urgences se présentent en même temps : un bébé fiévreux et déshydraté, une vieille femme qui a eu un malaise et une jeune femme qui vient pour accoucher. Idris dit qu'il va s'occuper des deux premiers patients et me demande d'examiner la femme enceinte pour voir où elle en est du travail. Je me lance dans une discussion avec des gestes. Je crois comprendre qu'elle a rompu la poche des eaux. Je l'examine, je trouve un col dilaté à trois doigts et au bout je sens une masse molle et sanglante. Je vais prévenir Idris, il examine à son tour la femme, il en tire les mêmes conclusions. Il me dit : « Ca c'est grave, c'est peut

être un placenta praevia (bas implanté) ou un hématome rétro placentaire ».

Nous voilà partis dans son bureau pour consulter l'excellent ouvrage de Médecins sans frontière : Accoucher en brousse à l'usage des non professionnels. Et là ça ne colle pas : un placenta praevia ça ne fait pas mal et la femme souffrait au niveau du bas ventre, quant à l'hématome rétro placentaire on n'entend plus les bruits du cœur, alors que nous les avions parfaitement entendus. Nous décidons de réveiller la matrone à qui nous expliquons l'histoire. En examinant la femme, elle part d'un grand éclat de rire : ce que nous sentions n'était que le bouchon muqueux et la patiente n'avait pas encore perdu les eaux ! J'avais mal compris et Idris n'avait pas remis ma parole en doute. Une fois la poche des eaux rompue, l'accouchement s'est déroulé tout à fait normalement.

J'ai eu l'occasion d'assister à de nombreux accouchements, et à chaque fois j'ai été fasciné. Bien sûr, j'ai vu des accouchements en France mais l'ambiance n'est pas du tout la même. A Fama, la femme reste silencieuse, elle a l'air absente, étrangère à ce qu'il se passe pendant que la matrone s'active avec une précision et une dextérité étonnantes. Les moutons bêlant et la basse-cour se pressent derrière la fenêtre ouverte pour récupérer tout ce que la matrone balance au dehors. L'enfant finit par sortir mélangé à l'urine et aux excréments. Tout ça se déroule dans une chaleur étouffante ; la mère n'a pas crié, elle ne demande pas à voir le bébé. La sage-femme s'en empare et le trempe sans ménagement dans une bassine en plastique où elle le savonne vigoureusement avant de jeter l'eau par la fenêtre - j'ai compris là ce que voulait dire l'expression « Il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain » -. J'ai toujours été amusé de voir ces bébés africains venir au monde tout rose et noircir en quelques heures. Lorsque je retourne voir le bébé pour constater ce phénomène la mère et l'enfant sont déjà repartis dans leur village.

Cette force colossale et dévastatrice de la vie naissante à Fama, je l'ai ressenti dans mes tripes. Dans les pays industrialisés, à force de tout vouloir médicaliser nous perdons un certain sens transcendant de la vie. Chez nous, c'est le



confort qui domine et le confort est mortifère. J'ai lu pendant mon séjour un livre de Paul Auster *L'invention de la solitude*.

Dans un passage, il décrit son effroi lorsqu'il a réalisé que chaque éjaculat est porteur de plusieurs milliards de spermatozoïdes, soit à peu près la population de la planète. « Ce qui signifie dit-il que chaque homme contient en lui-même cette population en puissance. Tout homme est ainsi porteur de la mémoire de l'humanité entière ».

● Consultation de femmes

Elles sont là, Bambaras, Sénoufos ou Peuls, reconnaissables à leur parure, au milieu de leurs gosses, à attendre leur tour de consultation, en pleine chaleur sous la tôle ondulée. Difficile, sauf pour les plus jeunes, de leur donner un âge. Seules les Peuls connaissent leur date de naissance. Les autres, quand on le leur demande, disent l'année de leur mariage et le nombre d'enfants qu'elles ont (qu'il faut multiplier par deux, dit Idris à cause des fausses couches).

« J'ai du mal à marcher depuis quelques jours », est un motif de consultation qui revient souvent. Idris sait ce que cela veut dire. Il fait monter la patiente sur la table d'examen et lui demande de soulever son pagne afin de pouvoir examiner le sexe. Idris fait la grimace et me montre une grande lèvre coupée et tuméfiée qui saigne à l'examen. Idris traduit ce que lui raconte la femme : « C'est mon mari qui m'a prise avec beaucoup de force il y a deux jours ».

Celle-là est toute jeune, à peine seize ans, elle se plaint que depuis la naissance de son bébé, elle a toujours le vagin mouillé. Idris l'examine : fistule vésico-vaginale. « Ca arrive, me dit-il, quand la femme a son premier bébé, alors qu'elle vient juste d'être formée, les tissus sont fragiles, ils manquent d'élasticité, ils se déchirent. Maintenant, cette jeune femme va avoir toute sa vie des fuites urinaires, et je ne sais même pas si à Bamako ils sauraient faire quelque chose... Et puis qui paierait ? ».

Quand Idris s'approche d'une autre patiente pour pouvoir installer son spéculum, il a un mouvement de recul à cause de l'odeur. Il ap-

puie sur le bas ventre, s'écoule alors du vagin un liquide jaune blanchâtre, pestilentiel. Je suis pris d'un haut le cœur et je suis obligé de sortir de la salle de consultation. IST (Infection sexuellement transmissible) ancienne non traitée : « mais pourquoi viennent-elles toujours trop tard ? » déplore Idris...

Elle arrive en marchant les jambes écartées. Idris fait le diagnostic avant même de l'avoir examinée : prolapsus du col. En effet, le boubou soulevé, l'utérus tout rose semble posé sur la toison comme une orange. « Stade 4, commente-t-il brièvement, je vais la référer à l'hôpital de Sikasso, ils pourront arranger ça ».

Je m'interroge à la vue de tous ces cas sur ce que peut être la vie sexuelle de ces femmes. Le docteur Adama Keita (correspondant du docteur Christian Flessier Kayes), me dit que souvent les femmes n'ont jamais vu leur mari tout nu et vice-versa. Ca se passe la nuit ; l'homme dit : « Femme, j'ai besoin de toi », et les femmes peuvent aussi exprimer leur envie : elles tapotent avec les doigts sur l'épaule du mari, trois coups et le mari doit s'exécuter trois fois pendant la nuit. « C'est dur pour l'homme polygame car les épouses sont là à écouter. Heureusement, ajoute un peu cyniquement Adama Keita, les Sarakolés de Paris ont créé un trafic de Viagra... ».

D'accord, toujours des « histoires de représentation » dira mon ami anthropologue... Je sais bien que quand on est médecin, on a une vision toute déformée de ce qu'est vraiment la vie... J'ai eu, bien involontairement, une heureuse réponse à mon questionnement. Le dernier soir, avant de rentrer dans le local de Santé Sud à Bamako. Là, réveillé de très bonne heure, j'ai traversé le salon pour aller boire à la cuisine et par la baie vitrée, sur la terrasse, dans la faible lumière bleutée du jour qui se levait, j'ai entre-aperçu les ébats d'un des gardiens de nuit avec sa copine : ça avait l'air plein de joie et de tendresse. Hubert Balik, avec qui j'ai discuté le jour de l'assemblée générale de Santé Sud, de cette question de la sexualité m'a assuré que mon impression était fautive. « Les Maliens, me dit-il, mettent beaucoup de poésie dans ce domaine ». Il est probable que culturellement je ne pouvais pas y être sensible.

Il y a des salauds partout

Ce soir-là, avec Idris nous traversons le quartier des forgerons et des ébénistes pour aller discuter avec le chef traditionnel du village dans le quartier animiste. Une femme nous interpelle pour nous demander d'aller visiter un homme au fond d'une toute petite case. Nous découvrons là un vieillard tout nu assis par terre à même le sol avec des longs cheveux et une barbe blanche, les yeux hagards. Il a une jambe normalement pliée mais l'autre repose sous lui à plat totalement inerte.

Il nous raconte que juste à la fin de la saison du coton, il est tombé dans son champ et il n'a plus pu se relever. Ses enfants l'ont ramené à sa case et l'ont laissé ainsi en emportant l'argent du coton sans prévenir le médecin. A la palpation, on sent la tête fémorale probablement sortie du cotyle à moins qu'il ne s'agisse d'une fracture « engrenée ». Cela fait pratiquement trois mois qu'il vit ainsi par terre au milieu de ses excréments, nourri par le voisinage... Que faire ? Je suggère de le faire transporter à l'hôpital de Sikasso. Idris me dit que pour un problème comme celui-là, il faudrait aller jusqu'à Bamako et que de toute façon qui paierait... S'en suit une discussion où Idris explique au vieillard qu'il ne peut rien pour lui. Il n'a qu'à attendre la fin de ses jours dans cette petite case nauséabonde. Il nous demande seulement de lui procurer quelques antalgiques pour ne pas trop souffrir.

Je pense à un de mes amis, le docteur Jean Testat, que j'avais connu en Centrafrique. Je trouvais qu'il avait spontanément un rapport juste avec la population africaine. « La plupart des coopérants arrivent en Afrique avec des idées préconçues - toujours la représentation des modèles chère à l'anthropologue -. Ils sont vite déçus parce que la réalité est trop différente, et ils se reconstruisent aussi vite d'autres idées toutes aussi préconçues mais totalement négatives. Je trouve qu'à Bangui, disait-il, il y a comme ailleurs, des gens sympathiques et généreux et ouverts mais il y a aussi des sales cons. Il faut se garder de toutes idées simplistes et choisir ses relations ».

La femme de la ville

Nous rentrons en moto d'un village après une séance de vaccination. Sur la piste, dans un nuage de latérite, nous croisons un couple également en moto qui revient du centre de santé, désireux d'une consultation pour la jeune femme. Il est comme ça Idris, il ne dit jamais « non » à un patient.

Nous voilà partis tous les quatre vers le centre. En chemin, il me dit : « As-tu remarqué l'élégance du boubou de cette femme ? En plus c'est une jeune mariée, je le sais par le pagne à rayures qu'elle porte autour de sa taille ». Lorsque nous sommes installés dans le cabinet médical, le mari explique que sa femme ne mange plus, qu'elle a souvent mal à la tête et présente des malaises inexplicables. Avant de l'examiner Idris fait sortir le mari et demande à la femme de se déshabiller. Elle porte des sous-vêtements « modernes », uniques sous-vêtements qui me seront donnés à voir au cours de mon séjour. Idris l'examine et ne trouve rien. Il parle longuement avec elle, puis me traduit : « cette femme est effectivement jeune mariée, elle a toujours vécu dans la grande ville de Bamako et maintenant elle vit dans un tout petit village loin de Fama dans une concession avec sa belle-mère et elle ne s'y habitue pas ». Idris lui prescrit des vitamines et un peu de métoclopramide et lui donne un rendez-vous pour la semaine suivante. C'est la première fois que je le vois faire ça. C'est un début de psychothérapie chez cette jeune femme déprimée.

La méningite

Le diagnostic est évident. Le gosse, dix à douze ans, est sur le lit de la salle d'observation entouré des ses accompagnateurs apeurés. C'est tard dans la nuit. Râlant, les yeux révulsés, agité de mouvements incoordonnés, il vient de vomir. Idris touche son front : brûlant, il essaye de soulever la tête mais sans succès à cause de la raideur. « A toi » me dit-il simplement et j'examine à mon tour l'enfant. Depuis quand est-il dans cet état ? demande Idris. Ca a commencé ce matin répond l'accompagnant. Faux, ce sont



des menteurs me dit Idris, pour être dans cet état clinique la maladie a commencé il y a au moins trois jours. Mais comme ce gamin est un ouvrier agricole employé dans une concession loin de son village d'origine, personne ne veut payer pour lui et maintenant ils sont tous là penaud parce que la méningite fait peur à tout le monde. « A Fama nous sommes un poste de stratégie avancé dans la ceinture de contagion de la maladie. Cela a été terrible en 2001 ». Pas de temps à perdre. Idris connaît le protocole de l'Organisation mondiale de la santé : il faut commencer par injecter en intramusculaire 1,5 grammes de chloramphénicol. Mais ce produit est très huileux et si on a pas une seringue en verre et un trocart c'est très difficile à aspirer, nous perdons plus de la moitié du produit. On enveloppe l'enfant avec un boubou mouillé, nous lui passons une sonde gastrique. L'ambiance est plus calme, nous allons dans son bureau pour discuter.

La dernière épidémie de méningite l'a visiblement traumatisé. Je le laisse raconter : « La méningite c'est l'Harmattan qui l'amène ; quand le vent de sable s'arrête et que les gosiers sont desséchés alors nous craignons de voir la méningite se réveiller ». Curieux : aux îles du Cap Vert, bloqué en voilier par ce vent de sable, on m'avait dit que l'Harmattan signifiait en arabe précisément le vent qui guérit parce qu'il est sec. « La méningite, continue Idris, c'est terrible, le diplocoque encapsulé (le microbe) s'introduit dans l'organisme par les fosses nasales, il reste là un moment en se mélangeant à la flore saprophyte. Petit à petit il se rapproche de la lame criblée de l'ethmoïde et à la première occasion il passe dans les méninges qui sont pour lui un vrai champ de coton au moment de l'hivernage. Mais heureusement tous les enfants de l'aire de Fama ont été vaccinés après la dernière épidémie ».

Je suis noué car je ne suis pas vacciné. Et j'imagine le diplocoque tranquillement installé au fond de mon cavum en attendant le moment propice pour s'installer dans mes méninges. « Pas de problème me dit Idris, je vais te vacciner. Puisque nous sommes en poste sentinelle je dispose de trente doses de vaccin ». Comme le vaccin est conditionné en vrac et que

c'est un vaccin « vivant atténué » cela freine un peu nos ardeurs. Idris me dit que de toute façon même vacciné, lui, il va prendre l'Orelox, l'antibiotique que je lui ai amené et il me conseille d'en faire autant. Je lui fais remarquer que l'Orelox n'est pas réputé pour franchir la barrière hémato-méningé mais à son avis il faut bloquer le méningocoque pendant qu'il se trouve dans l'arrière gorge, et puisque je ne suis pas vacciné, il me conseille de prendre en plus de l'ampicilline qui lui, franchit la barrière hémato-méningé. C'est ainsi que pendant dix jours je me suis absorbé deux comprimés d'Orelox plus quatre comprimés d'ampicilline 500 par jour.

Deux jours après, l'enfant était toujours dans un coma profond, le rachis tendu comme un arc bandé, signe de décérébration, commente Idris. Je m'attends à ce qu'il recommence une injection de chloramphénicol comme le préconise l'Organisation mondiale de la santé ; Idris préfère continuer avec l'ampicilline. « Je ne peux pas me permettre d'utiliser un cinquième des doses juste pour un seul malade ; on peut nous signaler d'autres cas ». Je lui suggère alors de le référer à Sikasso, « que feront-ils de plus et qui va payer ? ». D'un seul coup, mon confrère et néanmoins ami, Idris Konaté, de médecin de famille qu'il était, s'était métamorphosé en médecin des grandes endémies responsables de la gestion d'un programme !

Le jour du départ, à l'aube, je suis retourné voir ce gamin toujours dans le coma mais beaucoup plus calme ; ses accompagnants le veillaient en silence.

Idris qui m'a rejoint, me dit qu'il y a deux ans, il a vu des gamins comme ça rester très longtemps dans le coma et un jour se réveiller. Quittant Fama avec cette image je me demandais si mon désir profond d'essayer de comprendre n'avait pas fait que je n'avais rien compris du tout.

Ma modeste contribution

J'avais remarqué qu'Idris avait une certaine prévention pour l'examen clinique de tout ce

qui concerne l'oto-rhino-laryngologie. Je ne sais absolument pas si cela est personnel ou culturel. Toujours est-il que les enfants de Fama comme tous les autres gosses du monde aiment à jouer avec leurs narines ou leurs oreilles en y introduisant des objets hétéroclites tel que cailloux, morceaux de bois, perles, grain de riz, qu'il faut bien aller rechercher. C'était ma spécialité. Généralement c'est assez simple avec un otoscope et des pinces fines arrondies mais il faut être très prudent, cela peut-être très difficile, voire impossible. Je racontais à Idris qu'une fois à La Ciotat une femme pourtant bien instruite, alors qu'elle était en escale sur un voilier un soir de 14 juillet, s'était introduit dans les oreilles du chewing-gum en guise de boules Quiès parce qu'elle ne supportait pas les flonflons de la fête. Et le lendemain on avait dû batailler dur pour retirer le chewing-gum...

Ma grand-mère qui était un peu snob disait qu'une fille se devait d'être élégante de la tête aux pieds sans oublier le nombril. C'est pourquoi à la naissance elle plaquait sur l'ombilic de ses petits enfants une pièce de monnaie qui était maintenue par une petite bande velpau, et ceci pendant un mois. Dans sa bassine de plastique bleu, le bébé d'un mois environ, que vient d'avoir la deuxième femme du gérant, est adorable dans son petit boubou à fleurs. Quand sa maman le prend pour le mettre au sein je remarque l'énorme excroissance de son ombilic. Idris raconte l'histoire de ma grand-mère à la maman qui est d'accord pour essayer cette thérapeutique. C'est ainsi que chaque soir pendant la télévision entre la fin de l'émission « Secret de famille » et le one-man-show d'« ATT » (Le Président du Mali), Idris et moi fixons rituellement une rondelle de carton sur l'ombilic du bébé. Au bout de quinze jours on pouvait déjà constater la diminution de l'orifice. Vu le nombre incroyable d'enfants porteurs d'ombilic proéminent, je ne serai pas étonné, lorsque je retournerai à Fama, de voir plein de bébés avec leur petit rond de carton bien fixé sur l'ombilic.

Au-delà de l'anecdote, nous étions d'accord, Idris et moi, pour reconnaître que souvent en médecine nous sommes obligés de bricoler.

Fin de vie

Dimanche. Je sens Idris tout excité à l'idée d'aller me faire visiter sa ville : Sikasso, ce qui curieusement en Sénoufo veut dire « la maison du doute ». Après avoir salué comme il se doit sa famille élargie qui occupe à elle seule tout un quartier de Sikasso, il m'emmène à l'extérieur de la ville pour visiter les anciennes fortifications, les fameuses « tata » ; là, il s'installe tranquillement à l'ombre d'un mur en ruine et me raconte l'histoire de Sikasso.

Ces fortifications, érigées vers 1880 par le célèbre Tiéba, entourent la ville sur neuf kilomètres de long. Seules en subsistent les fondations, énormes masses de latérite et de pierre, larges à leur base de plus de cinq mètres. Ce mur mesurait six mètres de haut et était protégé à l'extérieur par de profonds fossés. Ainsi protégée, Sikasso a effectivement résisté à la convoitise de ses voisins.

A telle enseigne que lorsque le grand conquérant Samory Touré entreprit de s'en emparer, les assiégeants se lassèrent avant les assiégés. Durant quinze mois, les troupes de Samory s'efforcèrent de réduire la ville à la famine ; mais derrière son fameux « tata », Sikasso cultivait tranquillement ses champs de mil... Après la mort de Tiéba, c'est son frère Babemba qui le remplace ; celui-ci est violemment nationaliste et refuse la présence de tout résident français à l'intérieur de Sikasso. Le général Faidherbes lui dépêche un moine en émissaire pour négocier. Babemba le lui renvoie après lui avoir fait des scarifications rituelles sur le visage et l'avoir circoncis. Évidemment cela n'a pas plu à Faidherbes qui a lancé une vaste attaque contre Sikasso et les Français entrèrent dans la ville, semble-t-il par trahison. Babemba refusa de devenir « le captif des blancs », il demanda à l'un de ses fidèles Tiekourou de le tuer. Ce suicide entraîna celui de tous les autres chefs et même celui des Grands Griots, mais nul ne sait ce que devint le corps de Babemba : il était capable, même après sa mort, de se soustraire à ses ennemis. Ce fut la fin du royaume de Kéné Dougou.



J'avais écouté Idris sans l'interrompre, je sentais que l'histoire du pays de Kéné Dougou l'habitait et qu'il était fier de me la raconter.

Nous sommes rentrés en silence. Nous sommes tranquillement installés sur nos hamacs en repensant à l'histoire de Sikasso, quand arrive un « accompagnant » : « Vite, c'est urgent, c'est une femme, et elle est très mal ». On l'a déjà installée sur la table d'examen. Elle est toute déshydratée, agitée de soubresauts, brûlante de température et complètement inconsciente. Idris pose le pavillon du stéthoscope sur la poitrine, écoute longuement. Il me dit simplement : « J'ai écouté la vie qui s'en allait ». C'est le silence, le silence du corps. Pour nous médecins qui passons notre temps à écouter « les bruits du corps », ce soudain silence fait partie du mystère de la vie. De retour sur nos hamacs, nous parlons des différents rituels de la mort chez les musulmans et chez les animistes. Idris me raconte que la femme célibataire qui meurt en couche (et cela arrive assez souvent), est enterrée comme ça, dans son boubou du jour, sans lui faire de toilette. Pour sortir de la concession, on ne la fait pas passer par l'entrée mais on la jette par-dessus le mur comme un vulgaire paquet.

Le lendemain - loi des séries -, c'est moi qui écoute « la fuite de la vie » chez un tout petit enfant que la mère vient de débiller sur la table. Idris le dit tout simplement à la maman qui remballer son bébé mort dans le boubou. Elle n'a pas crié, elle n'a pas dit un mot : le silence. Je la regarde partir sur le porte bagages de la mobylette, avec son accompagnant, dans l'indifférence générale des autres femmes qui attendent pour la consultation.

Il y a quelque temps, mon père est décédé. Il était usé et fatigué. Il tenait à cette vie et il ne voulait pas la quitter. Ce soir-là, une de mes sœurs était arrivée de Bourgogne avec un plat de champignons : des trompettes de la mort. Nous avons mangé à côté de lui. Ce fut son dernier repas. Après, il a commencé à geindre doucement puis à gémir et enfin à crier au milieu de spasmes respiratoires comme s'il menait un dernier combat contre cette vie qui

s'en allait. Nous avons une expression pour décrire cela c'est : « agonir d'injures ».

L'école buissonnière : rencontre avec le docteur Bakary Gniré Sanogo

Ce matin-là, nous avons déjà fait quatre ou cinq consultations quand Idris me dit : « Aujourd'hui on va se balader, on va aller rendre visite à un copain à Nongon. Tu verras, c'est un centre très actif où Santé Sud a installé un laboratoire et j'aimerais avoir le même et puis à Nongon ils ont créé une vraie mutuelle qui permet de prendre en charge le coût des consultations ». Il est ainsi Idris, un petit côté fantasque et imprévisible. Il laisse la consultation au gérant, à l'aide soignant et à la matrone, et nous voilà partis sur sa moto Yamaha 100 superbement entretenue.

Moi, depuis que je suis gosse, j'ai toujours aimé l'école buissonnière, l'impression délicieuse de lézarder quand les autres travaillent et je suis ravi.

Nous roulons d'abord sur une grande piste de latérite assez rectiligne dans la direction de l'est. Je remarque un certain alignement d'arbres au feuillage bien fourni sur le côté septentrional de la piste. Idris m'explique : « C'est une ancienne piste royale et le roi, qui voyageait en hamac à porteurs, avait fait planter ces arbres, les cailcedrats, connus pour leur bel ombrage ». Devant ces arbres vieux de plus de deux cents ans, j'imagine la scène, et bercé par la moto, dans la savane immense et désolée, je laisse vagabonder mon esprit. Je me dis que chaque civilisation, à un moment ou à un autre de l'histoire, exprime « ses lettres de noblesse » : les Grecs au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, l'Italie à la Renaissance, l'Angleterre au moment de la révolution industrielle. Maintenant c'est le temps de la loi du marché et de la mondialisation. Pourquoi l'Afrique qui dans le passé a connu de très belles civilisations n'aurait pas, à son tour, la possibilité d'exprimer ses « lettres de noblesse » : une société où l'homme serait habité par une énergie vitale qu'il ne maîtriserait

Échange entre médecins de campagne maliens et français

pas mais qui le transcenderait ; une société où l'économie serait remise à sa juste place, nécessaire mais pas suffisante.

Nous avons quitté la piste royale. Idris dirige avec dextérité sa machine au milieu d'un dédale de toutes petites pistes qui se croisent et se recroisent, Idris me dit : « Au moment de l'hivernage, il n'y a plus rien ici que de l'eau et de la boue ».

Nous arrivons enfin au village de Longon. Le médecin, copain d'Idris, est en formation à Sikasso, et nous sommes accueillis par deux étudiants de sixième année en médecine qui effectuent le remplacement de médecin. Ce qu'ils font les passionne, écoutons ce que dit le docteur Bakary Gniré Sanogo : « La médecine de campagne, pour moi, c'est une bonne chose, les médecins sont dévoués et sont toujours disponibles à la population. Le médecin commence à huit heures le matin et tant qu'il y a des patients il travaille et même la nuit, à minuit ou « 0 heure », il est disponible. Dans les villes il y a beaucoup d'examens complémentaires ; à la campagne, le médecin est obligé de faire travailler sa cervelle pour faire son diagnostic. Par exemple pour la typhoïde, à la ville ils ont l'hémoculture, la coproculture et le test d'Hémel, alors qu'à la campagne nous n'avons que la clinique, c'est pourquoi dès le début de mes études de médecine j'ai aimé la médecine de campagne, parce qu'à mon sens c'est la vraie médecine, et en plus, plus qu'à l'hôpital ou en ville, nous pouvons avoir un rôle de sensibilisation de la population par rapport à l'hygiène et aux problèmes de santé publique. Moi je suis d'origine paysanne à Kafala où il y a un médecin de campagne, mais je ne voudrais jamais y travailler car si je voulais faire évoluer la mentalité, les vieux me diraient : « On t'a vu naître, ce n'est pas à toi de venir nous dire que ça c'est pas bien, bien avant ta naissance cette chose existait déjà, et si ce n'était pas bien tu ne serais pas aujourd'hui ce que tu es. Nul ne peut être prophète dans son pays ».

En l'écoutant, j'étais fasciné : la médecine de campagne au départ était conçue pour donner du travail à des jeunes médecins au chômage. Elle suscite aujourd'hui de réelles vocations. Au départ, c'était un pari, que de jeunes médecins intellectuels acceptent de quitter la

vie confortable de Bamako pour vivre en brousse sans aucun confort. Après quinze ans d'existence, ce pari est gagné.

Les femmes sont l'avenir du développement durable

Je ne pouvais pas terminer ce récit de voyage sans évoquer la vie de ces femmes à la campagne, dans la région de Fama, qu'elles soient Sénoufos, Bambaras ou Peuls. J'ai eu le bonheur de les voir vivre au quotidien pendant quinze jours ; je dis bonheur car elles m'ont beaucoup émues, et que je crois à l'émotion comme moteur de la vie.

Les statistiques démographiques de 2001 sont édifiantes. A la campagne, 90 % des femmes sont excisées ; la moitié des filles ont eu leur premier rapport sexuel dès l'âge de quinze ans ; la moitié d'entre elles sont mariées à seize ans et c'est entre seize et dix-neuf ans qu'elles ont leur premier enfant, elles en ont en moyenne huit avec des grossesses trop rapprochées ; plus de 70 % d'entre elles disent connaître des méthodes contraceptives modernes ou traditionnelles, mais elles sont seulement 15 % à les utiliser, compte tenu de l'opposition de la famille élargie ; 70 % des femmes à la campagne n'ont aucune instruction... tout se tient.

Un dicton malien parlant des femmes dit : « Les premières levées, les dernières couchées », pour décrire la mosaïque de toutes les activités qu'elles doivent assurer au cours de la journée.

Moi qui suis un mécréant aimant la vie, la philosophie de la réincarnation me séduit car je crois que tout se passe sur terre. Mais vraiment je n'aimerais pas dans une vie future me retrouver dans la peau de l'une de ces femmes... Et pourtant, ce sont elles qui, petit à petit, transforment cette société rurale.

Il y a quelques temps, en écoutant France Inter l'après-midi au cours de mes visites, j'ai entendu une sociologue algérienne, dont j'ai oublié le nom, parler des conditions de vie de la femme en Afrique : elle la comparait à ce qu'était la vie des paysannes françaises sous l'Ancien Régime ; la même soumission, le



même asservissement. La Révolution française de 1789 qui a opposé le monde rural pauvre et exploité aux privilégiés (noblesse et clergé) a permis l'émergence d'une classe moyenne peu fortunée, mais instruite. C'est à partir de là que la condition de la femme en France a commencé lentement à se transformer. Au Mali, c'est cela qui se passe actuellement. La vraie révolution, c'est l'émergence de cette classe moyenne. Les enseignants et les médecins - dont Idris - qui acceptent de s'installer à la campagne en sont les pionniers ; les femmes aussi jouent un rôle essentiel avec leurs différentes associations de solidarité et de développement. Cette révolution se fera sans doute, sans violence. Les femmes savent intrinsèquement que ce n'est pas avec de la mort que l'on crée de la vie. C'est un long processus d'évolution qui concerne toute la société rurale. Comme le dit Erik Orsenna, « en Afrique il est impossible d'être seul, l'Afrique est religieuse dans le sens étymologique du mot, car vous êtes constamment reliés aux autres : ne plus l'être, c'est être mort ». C'est pour cela que les femmes, même si elles sont de moins en moins d'accord, laissent encore exciser leurs filles. Pourtant c'est grâce à leur travail militant et anonyme que, par exemple, les chiffres de la mortalité infantile vont diminuer au Mali : aujourd'hui un enfant sur cinq ne dépasse pas l'âge de cinq ans.

Cos et Cnide

Dernier jour, nous sommes dans le car qui nous ramène à Bamako. Idris me raconte le paysage : la savane immense, désolée, un peu triste dans la lumière à peine voilée par un reste d'Har-mattan. C'est juste après la pluie des mangues et avant que ne commence l'hivernage. La nature est là, en attente, prête à exploser dès qu'il va commencer à pleuvoir. On se déplace sur des kilomètres et le paysage ne change pas. Ce qui se dégage c'est un certain abandon de l'espace par rapport au temps. L'homme qui vit là, dans le silence, est plongé dans une dimension cosmique. Il a en lui-même le résumé de la totalité des êtres et des choses, comme cela se dit en Bambara : il est « un grain du monde ». Ces grands espaces me rappellent la Russie. Ce qui se dégageait de la steppe était une impression de drame humain fait de déchirures et de nostalgies. En fait, c'est toujours une histoire de nomades sédentaires.

Tout en discutant avec Idris, je pense à la Grèce ancienne au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, à la mer Égée. La République du Dodécanèse abritait deux écoles de médecine fort renommées, mais très différentes par leur enseignement. A Cos, Hippocrate enseignait dans son

asclépias une médecine holistique. Pour comprendre un malade il fallait connaître son environnement, sa vie, son tempérament et même analyser le rapport qui s'établit entre le patient et le thérapeute... *primum non nocere*. A Cnide on était scientifique, ce sont eux qui ont construit le phare d'Alexandrie. Ils ont inventé la notion de syndrome, ensemble de symptômes reproductibles qui permettent de définir une maladie. C'est dire qu'à Cnide on intervient rapidement sur la partie du corps en souffrance.

Cos et Cnide ne sont séparées que par un bras de mer d'une quinzaine de kilomètres, mais ça ne les empêchaient pas « d'échanger » en permanence par voie maritime. Ils se respectaient dans leur différence. Si bien que lorsqu'on demanda à Hippocrate d'aller soigner le philosophe fou qui se riait de tout - Hippocrate le trouva d'ailleurs sain de corps et d'esprit - c'est au médecin de Cnide qu'il confia la direction de son école en son absence. A l'époque pas besoin de fax ni de courriel. Les Grecs étaient les maîtres de la dialectique. Maintenant nous sommes informés, surinformés mais nous ne savons plus nous écouter. L'érudition augmente mais la réflexion s'appauvrit. Nous vivons sous le règne de « la pensée dominante ». C'est particulièrement vrai en médecine depuis Claude Bernard et l'introduction de la médecine positive. On aurait pu envisager un débat entre Socrate et Hippocrate puisqu'ils sont presque contemporains. Qui de l'un a précédé l'autre : la médecine ou la philosophie ?

C'est dans cet état d'esprit, mais très modestement, qu'Idris et moi avons vécu à Fama cet échange de « médecin de campagne » et j'espère que cela continuera quand Idris sera chez moi à La Ciotat. Nous avons d'abord fait le constat que notre référentiel de travail était le même : la clinique. Nous sommes tombés d'accord pour dire que le terme de médecine libérale est inapproprié. Nous ne faisons pas ce que nous voulons. Nous répondons à une demande de soins exprimée par la société dans laquelle nous exerçons notre métier (cf. le référentiel du médecin généraliste communautaire au Mali).

Nous avons comparé nos outils de travail et

analysé comment nous les utilisons. Nous avons parlé de nos « petites cuisines » loin de l'enseignement théorique de la faculté. Ce n'est pas facile : le pragmatisme qui est essentiel dans notre métier ne s'apprend nulle part. Je l'avoue, pendant mon séjour à Fama je me suis petit à petit identifié à Idris. J'étais énervé par les patients qui viennent toujours trop tard. J'étais déterminé dans le travail de sensibilisation. J'étais triste devant l'impossibilité de référer un patient faute d'argent, mais surtout, comme lui, j'étais fier de l'efficacité de son travail. En le voyant travailler j'ai compris quelque chose qui m'a apaisé, j'avais un complexe par rapport à bon nombre de mes copains qui sont dans le monde de la création. Nous sommes seulement des accompagnateurs, mais nous pouvons si nous le voulons être des acteurs de la transformation sociale et culturelle. C'est là notre création.

Je pense à Santé Sud qui est à l'origine de toute cette histoire. Santé Sud ne s'inscrit dans aucun registre qu'il soit scientifique, philosophique ou anthropologique. Santé Sud, c'est un peu tout ça à la fois, c'est une alchimie qui se nourrit de plus de paramètres possibles. Avec nos partenaires - agir sans se substituer - nous gardons toujours le patient au cœur de nos actions et le patient est un homme avant d'être un malade. Belle aventure que celle de ces échanges de médecins de campagne. Il y aurait encore beaucoup de choses à dire sur le sujet.

Ce travail c'est ce que j'ai toujours appelé « la parole de Santé Sud ». C'est cela qui me passionne. ●



La Maison de la santé Saint-Paul à Yaoundé

Histoire d'une fin de projet

.....

« J'ai envie de créer une structure du même type que la vôtre chez moi à Yaoundé. Vous m'aidez ? ». C'est en répondant oui à cette proposition que des travailleurs de la maison médicale Esseghem se sont embarqués dans la création de la maison de santé Saint-Paul à Yaoundé.

.....

Le 20 octobre 2003, quatre travailleurs de la maison médicale Esseghem à Jette s'envolent vers Yaoundé pour rejoindre une toute dernière fois les travailleurs de la Maison de la santé Saint-Paul située dans un des quartiers populaires de la capitale du Cameroun.

Une dernière fois ? Oui, malheureusement pour nous et heureusement pour le projet. Mais commençons par le début.

En 1988, un étudiant camerounais de deuxième candidature en médecine vient en stage à la maison médicale Esseghem dans le cadre d'un cours à option de médecine sociale. Après son stage, à la fin de l'année, il arrête la médecine pour se diriger vers la licence en éducation pour la santé. Et le voilà en 1993 travaillant à son mémoire relatif à la santé dans les grandes villes en Afrique. Cela l'amène à revenir nous voir pour nous annoncer : « J'ai envie de créer une structure du même type que la vôtre chez moi à Yaoundé. Vous m'aidez ? ».

Et nous voilà partis dans une aventure de dix ans à laquelle nous mettons aujourd'hui le point final.

Les premières étapes du travail

1993 : création de l'asbl Maison de la santé Saint-Paul. C'est le nom que Raymond Aba'a Evoundou, promoteur du projet a choisi de donner à l'association en mémoire de certains noms de son enfance.

1995 : grâce à un premier soutien du bourgmestre de la ville de Mouscron, Raymond se rend au Cameroun et j'ai le bonheur de l'accompagner. C'est son premier voyage après douze longues années d'étude et de travail en Belgique sans être retourné au pays. Quelle émotion pour lui de retrouver les siens mais aussi quel trouble devant les changements importants dans le pays et dans les mentalités.

Quelle émotion aussi pour moi de découvrir pour la première fois l'Afrique, non par le biais d'une agence de voyage, mais bien en vivant au jour le jour avec Raymond et sa famille. Les retrouvailles au village, les traversées de la ville inconnue, les odeurs, les couleurs, les sons du jour et de la nuit. Tant et tant de découvertes. On m'avait parlé du choc de l'Afrique, je l'ai vécu intensément.

Ce voyage nous permet de faire reconnaître l'asbl créée selon la législation belge au Cameroun et d'obtenir pour elle les autorisations nécessaires à son fonctionnement par le ministère de la Santé. Ces démarches qui, en Belgique, auraient coûté trois lettres, cinq documents et quelques semaines d'attente ont été réalisées au Cameroun grâce à une lettre, un projet, de nombreuses heures d'attente dans les couloirs du ministère, des appuis de personnes amies et quelques moyens financiers adéquatement utilisés.

A l'époque, le Cameroun était classé premier pays au monde quant au règne de la corruption. C'était une jeune démocratie et elle n'avait pas encore eu le temps de mettre en place des

*Marc
Hombergen,
coordinateur de
la maison
médicale
Esseghem.*

La Maison de la santé Saint-Paul à Yaoundé Histoire d'une fin de projet

modèles concrets de développements administratifs.

Le retour en Belgique nous amène à collaborer avec le Service laïque de coopération au développement (SLCD) qui nous aide à établir un projet de demande de subsides à l'Agence générale de coopération au développement.

C'est malheureusement ce moment que choisit le Gouvernement belge pour redéfinir une liste de vingt-cinq pays qui pourront dorénavant bénéficier de l'aide belge au développement. Le Cameroun ne fait pas partie de ces pays et notre espoir de subside s'éloigne. Il faudra donc se battre sur fonds propres.

1996 : deuxième voyage, cette fois avec deux autres travailleurs de la maison médicale. L'asbl

belge reconnue, il faut lui donner un conseil d'administration au Cameroun, trouver le lieu d'implantation de la Maison de la santé et réaliser les démarches vers le propriétaire de la maison convoitée.

Tout se passe pour le mieux et nous repartons vers Bruxelles avec l'espoir de voir notre projet vivre bientôt.

1998 : c'est le grand départ de Raymond et de sa famille vers le pays en vue d'ouvrir rapidement la Maison de la santé et de permettre au projet de prendre forme définitive.

Durant deux ans, nous avons travaillé à la recherche de moyens financiers en vue de trouver le minimum de matériel, d'accessoires et de médicaments nécessaires à son démarrage. L'Agence européenne pour le développement et la santé (AEDES) nous soutient par l'achat de médicaments, la maison médicale Essegghem et le CPAS de Mouscron nous aident pour la collecte de matériel et la Commission communautaire française (Cocof) nous subsidie pour l'envoi de l'ensemble en container vers Yaoundé.

1999 : la maison fonctionne et reçoit des patients. Le projet est maintenant devenu réalité. Raymond coordonne le travail, son épouse tient la pharmacie, des infirmières, un médecin, un dentiste et une accueillante complètent l'équipe de soins et travaillent en équipe au profit de la population de Yaoundé et des environs.

La Maison de la santé Saint-Paul et la maison médicale Essegghem : comparable ?

Si l'on prend les principes qui sous-tendent l'action des maisons médicales en Belgique, on peut constater que certains sont transposables mais que d'autres ne le sont pas du tout. Allons-y pour une comparaison.

Équipe pluridisciplinaire

Pas de problème à Yaoundé. La place de l'infirmière en Afrique est même primordiale dans le système de soins de santé. Les patients





passent bien souvent d'abord chez elle avant de, parfois, être vus par un médecin. La subsidiarité n'est pas un vain mot et nous aurions bien des leçons à en retirer.

Équipe autogérée

C'est aussi le cas puisque l'initiative est privée et ne fait allégeance à aucun parti politique ni aucune autorité locale.

Équipe non-hiérarchisée

Ici la différence se marque pour des raisons culturelles. Il y a une réelle nécessité de hiérarchie dans le projet si le promoteur souhaite qu'il tienne la route à long terme. Sans cette hiérarchie, les conflits seraient très rapides. Sans doute ce principe pourra-t-il être testé dans quelques années une fois que l'équipe en place sera plus stable.

Équipe pratiquant des soins de santé primaires

Bien entendu. Même si la notion de soins de santé primaires est quelque peu différente de la nôtre. De la médecine générale, des soins infirmiers, de la dentisterie, mais également une pharmacie et des lits d'hospitalisation.

Soigner les patients et ne pas leur permettre de trouver sur place des médicaments adéquats serait stupide. De même, le placement d'une perfusion ou l'accouchement sont des actes courants et qui sont réalisés en confiance au sein de la maison.

Équipe pratiquant de la santé communautaire

Aujourd'hui cette action de santé communautaire reste à réaliser. Elle faisait partie du projet initial avec une volonté claire de descendre dans les quartiers pour y travailler à l'assainissement des conditions de logement notamment. Mais, comme en Belgique, pour réaliser ce type de travail il faut des moyens et ceux-ci manquent encore.

Des soins globaux

A se demander si ce n'est pas une notion de pays riche tant il est vrai que là-bas un des principes majeurs du travail médical est lié à la survie du patient qui arrive souvent dans un état de maladie grave. Si on ne soigne pas le symptôme ou l'organe, on peut très vite faire monter les statistiques de mortalité.

Des soins intégrés

L'intégration de la prévention et de l'éducation pour la santé est prise en compte de manière importante par l'organisation de campagnes de vaccinations notamment ou encore un travail d'information continu aux patients sur divers problèmes de santé.

Des soins continus

Tellement continus que la Maison de la Santé est ouverte la nuit. Le malade s'adresse au gardien et peut alors entrer et recevoir des soins de l'infirmière présente et qui s'occupe de la surveillance des patients hospitalisés.

Des soins accessibles

Géographiquement et culturellement ils le sont. Malheureusement, financièrement, le problème reste plus important. Tout est question de choix et les patients qui souhaitent se faire soigner trouvent bien souvent auprès de la famille ou d'amis les moyens financiers nécessaires à leur traitement.

Nous pensons toutefois que le montant de la consultation reste encore trop élevé pour permettre à l'ensemble de la population d'y avoir accès. Il est pourtant nécessaire que la Maison obtienne des moyens suffisants afin de lui permettre de payer son personnel de manière convenable. Sans quoi, les infirmières iraient rapidement travailler en d'autres lieux ayant plus de moyens.

Vers l'autonomie

Comme on le voit, la Maison de la santé a adapté à son pays les principes que nous tentons d'appliquer en Belgique. Mais reprenons le fil des événements.

2001 : notre promoteur Raymond Aba'a décède. La mort n'épargne personne et la méningite en Afrique est encore difficile à soigner si elle n'est pas détectée à temps. C'est une catastrophe pour le projet et l'épouse de Raymond ainsi que le dentiste qui s'occupait également un peu de la gestion nous demandent de les rejoindre en vue de redéfinir, avec eux, les circuits de décision au sein de la maison.

Pour rappel, c'est toujours l'asbl belge qui a

La Maison de la santé Saint-Paul à Yaoundé Histoire d'une fin de projet

reçu l'autorisation de travailler au Cameroun et donc le conseil d'administration ici en Belgique a encore en main la gestion du projet. De plus, à Yaoundé, les jalousies commencent à voir le jour et des phénomènes courants là-bas se mettent en place. On tente d'enlever à la veuve le projet de son mari, le frère du défunt essaie de prendre le pouvoir... On assiste donc à une déstabilisation totale et dangereuse de l'équipe en place.

Notre voyage nous permet de redéfinir l'équipe de base à Yaoundé et, chacun s'y retrouvant, le projet peut redémarrer de manière positive.

2003 : année de la fin du projet... à tout le moins en ce qui nous concerne. Nous avons longuement réfléchi à la suite à donner à notre action pour constater que nous avons le devoir de remettre définitivement le projet aux travailleurs du pays.

En effet, depuis maintenant de nombreuses années, ils le gèrent de manière autonome et sans aucune aide financière ou logistique de notre part. Nous ne voulions pas rester les « administrateurs » d'un projet qui ne nous appartient plus et pour lequel nous avons simplement été des facilitateurs provisoires.

L'autonomie est également un concept important des maisons médicales et nous voulons aujourd'hui rendre à ce projet réussi son entière autonomie.

Nous pourrions vous en dire plus à notre retour en novembre. ●



Seraing - Potosi : mêmes combats ?

.....

Des liens privilégiés de solidarité se sont tissés entre le centre de santé Bautista Van Schowen à Seraing, dans la province de Liège, et le centre de promotion El Molino, province de Potosi, dans les hauts plateaux boliviens. Nous nous proposons ici de décrire ce projet, son histoire, avec ses richesses et ses limites.

Nous évoquerons aussi brièvement d'autres formes ponctuelles de partenariat Nord-Sud au centre de santé...

.....

contestation de certaines valeurs comme l'école, la famille, la consommation » ; il s'insurgeait contre « ... L'organisation très hiérarchisée avec des rapports de domination du médecin sur les patients et entre les travailleurs de la santé » ; « des critiques portaient également sur... les multinationales du médicament... ». « Le centre de santé Bautista Van Schowen fait partie de ce courant des groupes de base qui dans bien d'autres secteurs, tels que l'enseignement, le droit, la culture, la coopération au développement... luttent pour une société plus égalitaire, sans exploitation de l'homme par l'homme » ; « Le centre de santé recherche la collaboration avec le courant régional, national, international... qui poursuit les mêmes objectifs : ... changement de société » ; « Il développe une ouverture de travail avec des structures sociales, politiques ou culturelles... ». Enfin, « ayant pris la mesure des problèmes de santé, le centre de santé estime qu'ils sont à dimension mondiale, se posant avec plus d'acuité dans le Tiers-Monde. Dès lors, il veut se relier avec des initiatives à buts semblables dans le Tiers-Monde, comme partenaire. Il se rend compte que pour elle-même, une des manières de rester créatrice est de s'ouvrir et de solidariser ».

André Meert,
médecin
généraliste au
centre de santé
Bautista Van
Schowen.

Ces valeurs et cette analyse, nous les faisons encore nôtre aujourd'hui, en équipe.

Le centre de santé Bautista Van Schowen à Seraing

Comme d'autres, le centre de santé Bautista Van Schowen est né dans la mouvance de Mai 68. Il est installé à Seraing, dans la banlieue industrielle de Liège. Ses trente ans d'existence furent bien entendu marqués par l'évolution du contexte socioéconomique national et international : les vagues d'immigration ouvrière de l'après-guerre, la fermeture des mines de charbon, les crises successives de la sidérurgie, etc.

Dès sa fondation, le centre de santé se définit, au travers de sa charte politique, à la fois comme un prestataire de soins de santé, mais aussi comme un acteur de changement de société. Citons brièvement les textes de l'époque : le centre s'inscrit, « dans un mouvement de

Le centre de promotion campesinos El Molino (Bolivie)¹

Le projet *El Molino* est situé en Bolivie, plus particulièrement dans la partie des hauts plateaux (*alti plano*), dans les campagnes (*le campo*), dans la province de Potosi.

Potosi, une ville minière, et son fameux *Cerro rico*, à plus de quatre mille mètres d'altitude, montagne légendaire, dont les Indiens ont extrait, souvent au prix de leur vie, en mâchant les traditionnelles feuilles de coca, des milliers de tonnes d'argent, lequel a jadis fait la richesse de l'Espagne colonisatrice. Actuellement, les mines ont été largement privatisées sous l'impulsion du Fonds monétaire international (FMI) et seules persistent encore quelques coopératives qui extraient principalement de l'étain.

(1) Site : < www.solidaritebolivie.org >

Seraing - Potosi : mêmes combats ?

Les communautés villageoises des campagnes environnantes sont implantées sur un sol particulièrement pauvre, et dans un climat assez hostile. Les ressources sont l'élevage (lamas, moutons) et une maigre agriculture : pommes de terre (qui rappelons-le, viennent de là-bas, via M. Parmentier), maïs, quinoa (une céréale riche en protéines), fèves... Pour survivre, beaucoup de paysans immigrent à la ville pour trouver du travail entre autre dans les mines, ou vendent leur bras dans du travail saisonnier en Argentine, ou encore « émigrent » en Bolivie même, dans des zones tropicales de production (hélàs plus rentable) de la coca...

Le centre de formation *El Molino* existe en Bolivie depuis 1966. Le projet est piloté par un prêtre belge progressiste, inspiré par la « théologie de la libération ». Un relais est prévu dans les années à venir par un agronome bolivien. Il s'agit d'un projet intégré s'articulant simultanément autour de plusieurs axes : un volet santé (formation de promoteurs de santé, soins de santé primaires, santé communautaire, adduction d'eau potable, aménagement de voies de communications, pharmacies de base, relais vers la deuxième ligne dans la ville de Potosi, centre de traitement de la tuberculose, campagne de vaccinations, nutrition, hygiène, promotion de la santé avec des media comme le théâtre), un volet agriculture et élevage (poules, moutons, lamas, serres, potagers, ...), un volet micro-économie (magasin artisanat), promotion féminine, alphabétisation...

Les échanges Nord- Sud à l'échelle d'un centre de santé : richesses, limites...

- **Potosi - Seraing, une culture commune de lutte sociale... dans un semi-désert économique, une solidarité financière Nord-Sud**

Liège « la rouge ! », et « Seraing la très rouge ». Le centre de santé Bautista Van Schowen est plongé, corps et âme, dans un contexte où les mouvements de luttes sociales et syndicales sont très présents. Ce climat entre en résonance forte avec l'équipe, ses travailleurs, et... ses patients. Le centre de santé est fier d'avoir été,

avec d'autres, pionnier dans l'aventure du forfait. Il se revendique du modèle autogestionnaire. Il s'enorgueillit également du partenariat actif avec la *coopérative des patients* (qui a deux sièges à l'assemblée générale) et avec *El Molino*. A travers l'intergroupe liégeois des maisons médicales, le centre de santé Bautista Van Schowen est membre d'ATTAC - Liège.

Le nom de notre centre de santé « Bautista Van Schowen », est celui d'un militant du Mouvement de gauche révolutionnaire (MRI) Chilien, assassiné lors du coup d'état militaire de Pinochet contre Allende. Ses dernières paroles, à l'encontre de ses bourreaux, furent : « Vous ne savez pas pourquoi vous me torturez, moi je sais pourquoi je meurs ».

L'axe de solidarité Nord-Sud, notre centre de santé le vit chevillé au corps, à plus d'un titre. A travers son nom (la transmission par le nom, dans les institutions comme dans les familles, c'est quelque chose de très fort). A travers aussi l'histoire d'un membre de l'équipe qui a vécu personnellement la douloureuse et aussi exaltante expérience chilienne sous Allende. A travers enfin le parcours professionnel de près d'un tiers des travailleurs de l'équipe qui ont travaillé dans le Tiers-Monde.

Potosi, comme Seraing, est un terrain actif de lutte sociale ! Il faut savoir que la Bolivie a été, jusque dans les années quatre-vingt, le pays au monde qui avait connu le plus grand nombre de coups d'état militaire ! Qu'il s'agisse de lutter contre les dictatures militaires, ou plus récemment contre la politique désastreuse de privatisation poussée par le Fond monétaire international, les forces vives boliviennes furent essentiellement composées des mouvements des syndicats des mineurs et des *campesinos* (paysans), régulièrement soutenus par l'Église catholique qui, en Amérique latine, est souvent du côté des exploités...

Seraing et Potosi ont donc en commun cette culture de lutte sur fond de démantèlement socio-économique et culturel...

Concrètement :

- Il y a une vingtaine d'années un travailleur du centre de santé a bénéficié d'un héritage familial important. Considérant que tout hérita-



● **Collaboration avec l'Institut de médecine tropicale (IMT) d'Anvers**

Depuis plusieurs années, nous recevons régulièrement au centre de santé des étudiants étrangers qui font une formation en santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Leur séjour de quelques jours à Seraing est toujours l'occasion d'échanges très riches et parfois très interpellants pour l'équipe. Leur mission est d'observer, étudier, évaluer un centre de santé intégré, pratiquant les soins de santé primaires. Cette rencontre nous invite à nous recentrer activement sur notre Projet.

ge est une injustice, cette personne et son conjoint ont reversé cette somme au centre de santé. Cet argent a permis à l'asbl d'acquérir ses locaux. Mais le contrat prévoyait en outre, d'en faire bénéficier en cascade des projets dans le Tiers-Monde, sous forme de soutien financier.

- Plus tard, alors que nous avons « fini » de rembourser la somme reçue sous forme de dons au Tiers-Monde, l'équipe s'est ré-interrogée sur le sens de « cette dette morale et financière et de cet engagement » et elle a choisi, très logiquement, de poursuivre son soutien ; ce choix a été l'occasion pour les nouvelles générations de travailleurs de se réapproprier cette volonté de solidarité avec le Tiers-Monde.

- Par ce biais, divers projets ont été soutenus financièrement par le centre de santé. Actuellement, depuis dix-sept ans, nous soutenons *El Molino* plus particulièrement dans son volet « formation de promoteurs de santé ». L'idée est, à l'échelle de notre petite institution, de réaliser cet engagement jamais tenu de la part des pays riches de verser x % de leur produit intérieur brut (PIB).

- Un médecin de l'équipe qui a travaillé quatre ans en Bolivie est allé re-visiter le projet sur place et garde des contacts réguliers avec le projet.

● **Contrats de travail de membres du personnel du centre de santé dans le Tiers-Monde**

Avant leurs contrats au centre de santé, divers travailleurs (six médecins, une infirmière, un kinésithérapeute) ont travaillé, parfois plusieurs années dans le cadre d'organisation non-gouvernementale comme Médecins sans frontières, collaboration médicale pour le Tiers-Monde (CMTM), SOS-Prisonnier de guerre, Médecus Mundi Belgium, Action française contre la faim, Handicap international, *Esperanza...* que ce soit en Amérique Latine, en Afrique, en Europe de l'Est ou en Asie.

Durant leurs contrats au centre de santé, plusieurs travailleurs (trois médecins, une infirmière) ont eu l'occasion de repartir dans des contrats de quelques semaines à un an. Nous considérons que la structure centre de santé est propice à ce type d'échange.

● **Aide ponctuelle de la banque de médicaments de la « coopérative des patients »**

La « coopérative des patients » du centre de santé gère une banque de médicaments (échantillons, tris de médicaments récupérés des pharmacies familiales...). Cette banque de

Seraing - Potosi : mêmes combats ?

médicaments à plusieurs fois été sollicitée par des patients qui « partaient en missions » ponctuellement dans le Tiers-Monde. Il s'agit d'une forme de solidarité à petite échelle mais pertinente dans la mesure où elle mobilise et conscientise l'équipe et les patients...

● Échange de revues médicales

Un travailleur envoie régulièrement des revues médicales dans un projet auquel il a participé.

● Projet d'échange de personnel du Tiers-Monde qui viendrait au centre de santé.

Hélas, à notre niveau, ce projet ne s'est pas encore concrétisé. Et pourtant, nous sommes convaincus qu'il serait source d'enrichissement pour les deux parties. Divers obstacles, essentiellement de type organisationnels, n'ont pas encore pu être levés à cet égard.

● Eco-consommation équitable

Même si nous avons fait au sein de l'institution de gros progrès dans la notion de respect de l'environnement et de l'éco-consommation (gestion de papier, d'éclairage, de lumière, de politique de paiement des frais de transport, gestion des déchets recyclables, etc.), il reste du chemin à parcourir, peut-être en investissant dans le domaine du *Fair Trade*² que ce soit pour le café de la salle d'attente, ou celui de la salle de réunion d'équipe.

Une petite goutte d'eau dans la mer de la solidarité mais source de conscientisation individuelle et collective ! « Penser globalement, agir localement » comme disait l'autre...

● Soutien au candidats réfugiés politiques, aux sans-papiers

Le centre de santé offre ses services de soins à cette population fragilisée. Il est sur la place sérésienne connue et reconnue à cet égard, que ce soit par les relais publics (CPAS, Hôpital, etc.) et ceux du monde associatif.

Le projet *Bienvenue*, soutenu par la fondation Roi Baudouin en 2002, a été l'occasion de suivre en équipe trois modules de formation à la communication interculturelle, avec M. Ben

Dris, centre de santé mentale de Laeken, M^{me} Hanife Catalkaya, Centre interdisciplinaire de formation de l'université de Liège (CIFUL) et M^{me} Francine Di Cesaere, professeur en Centre d'éducation et de formation en alternance (CEFA) et plus concrètement, de réaliser des documents de présentation et de mode d'emploi du centre de santé traduits en plusieurs langues.

Les soignants recourent ponctuellement au service du Centre régional pour l'intégration des personnes étrangères (CRIPEL) (ou d'origine étrangère de Liège) qui assure des traductions pendant certaines consultations.

L'équipe est également partenaire de l'« Accueil Inter-culturel » (un service communal émanant des contrats de sécurité et de citoyenneté).

En outre, le centre de santé a, il y a quelques années, interpellé les pouvoirs politiques communaux par le biais de l'organisation d'une rencontre à laquelle étaient conviés des sans-papiers, des membres du comité de vigilance, des membres de l'équipe et du réseau associatif, des membres du pouvoir communal, des juristes...

Perspectives d'avenir

En ce qui concerne le projet *El Molino*, l'équipe a regretté récemment que son soutien soit limité à un aspect essentiellement financier, tout en soulignant que nous n'avons peut-être pas les moyens d'être sur tous les fronts en même temps... L'équipe envisage donc de réorienter son soutien vers des formes de partenariat plus diversifié et interactif à l'avenir...

Dès l'origine, le centre de santé s'est engagé sur la voie de la solidarité avec le Tiers-Monde. Nous poursuivons cet engagement notamment par notre participation active à des mouvements alter-mondialiste comme ATTAC, par nos alliances avec des mouvements comme les syndicats, nos collaborations avec des partenaires du réseau, etc.

Les thérapeutes et les patients du centre de santé bénéficient de ces échanges Nord-Sud à plus d'un titre, notamment dans le contexte sérésien. Nous sommes convaincus que notre ouverture

(2) *Fair trade* : commerce équitable.



à la dimension interculturelle, notamment dans notre contexte de travail, est facilitée par cette expérience tiers-mondiste. Qu'il s'agisse de notre soutien actif politique et médical au mouvement des sans-papiers, des candidats réfugiés politiques, qu'il s'agisse de la communication avec les immigrants de la deuxième ou troisième génération (Italiens, Turcs, Marocains, Espagnols, Grecs,... très nombreux à Seraing), ou de la première génération de l'Europe de l'Est, ... ou encore de ce qu'il est convenu d'appeler le Quart-Monde dont la culture est probablement parfois tout aussi éloignée de la nôtre.

Nous croyons profondément que cette confrontation à la différence, aux différences, cet échange dans la solidarité et le respect de l'autre et de soi est source de recentrage sur l'Humain, pour toutes les parties.

Face aux désastres économique, écologique et social de l'Economie de Marché, de la Mondialisation, de la Pensée Unique, nous soutenons le mouvement alter-mondialiste, lequel a démontré l'impérieuse nécessité de solidarité tout azimut, de promotion de développement durable et de solidarité, que ce soit au Nord ou au Sud de notre planète Terre... ●

Projets en Palestine

Daniel Dekkers,
ingénieur,
Centrale
sanitaire Suisse
Romande et
Association
belgo-
palestinienne et
Michel Roland,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Santé plurielle et
chargé de cours à
la faculté de
médecine de
l'université libre
de Bruxelles.

.....

Du 1 au 7 septembre 2003, nous avons effectué un voyage en Palestine, afin notamment, d'observer sur place le déroulement des projets soutenus par la Centrale sanitaire Suisse Romande.

.....

Durant cette semaine, les luttes entre Arafat et Abou Azem étaient vives, ce qui a amené à la démission de ce dernier de son poste de premier ministre de l'Autorité palestinienne. L'armée israélienne a continué ses attaques « ciblées » à Gaza et Naplouse principalement, et la construction du mur s'est poursuivie.

C'était aussi la semaine de rentrée des classes, avec les mêmes difficultés de déplacement pour les enfants que pour les adultes, et des fouilles de cartables.

Malgré le bouclage fréquent des villes palestiniennes qui sont régulièrement soumises à des couvre-feux, les buts principaux du voyage ont été atteints grâce à de longs trajets, de nombreux détours... et de la chance !

(1) UPMRC :
Union of
Palestinian
Medical Relief
Committees
(Union des
comités de
secours
médicaux
palestiniens).

(2) UNRWA :
United Nations
Relief and Works
Agency for
Palestine
Refugees (Office
de secours et de
travaux pour les
réfugiés).

Le projet Prévention des maladies chroniques

Les maladies chroniques (diabète, hypertension, cancer du sein, etc.) deviennent de plus en plus fréquentes en Palestine et l'UPMRC¹ s'efforce de les dépister le plus rapidement possible et d'éviter les aggravations car le coût des soins devient rapidement prohibitif.

Pour ce faire, les Palestiniens disposent d'une clinique mobile (dont les travaux sont financés par la Centrale sanitaire Suisse Romande), d'un centre à Ramallah (un cabinet de spécialiste qui a été racheté par l'UPMRC) et ils s'efforcent

maintenant d'intégrer la prévention des maladies chroniques dans leurs vingt-quatre centres répartis dans le pays, et de convaincre les cliniques privées, gouvernementales et de l'UNRWA² de suivre la méthode mise au point ces trois dernières années. L'intégration a commencé à Sinjil (clinique gérée en collaboration avec le Gouvernement et la municipalité), Turmusaiya (collaboration avec le Gouvernement), Abud (collaboration avec Caritas et le Gouvernement) et Deir Ghassaneh.

A noter que le Gouvernement n'ayant pas assez de ressources, il ne fournit que de l'aide matérielle (médicaments). Son personnel est également invité aux cours organisés par l'UPMRC.

Objectifs

Le projet se situe simultanément au niveau de la prévention primaire (modification du style de vie, éducation sanitaire, promotion de la santé, en relation avec les conditions de vie et la réalité de la population cible) et de la prévention secondaire (dépistage précoce des maladies chroniques = *screening*). La prévention primaire se veut agir sur les causes des maladies et diminue donc leur incidence (taux d'apparition), tandis que la prévention secondaire les détecte à un stade initial pour un traitement plus précoce et plus efficace, et diminue donc leur prévalence (taux de présence dans la population). Ces orientations semblent logiques dans la mesure où la prévalence des maladies chroniques est très élevée, que le prix des médicaments les rend souvent inaccessibles pour la majorité de la population, et que les références aux spécialistes ou aux hôpitaux sont problématiques en raison des difficultés de déplacement liées aux bouclages et aux check-points. Le point de vue préventif est donc nettement prioritaire par rapport au point de vue curatif. Il s'agit manifestement d'un choix politique dans le cadre d'une utilisation optimale des ressources disponibles. Les patients (citoyens dépistés positifs pour un ou plusieurs facteurs de risque) sont envoyés pour suivi dans une clinique de l'UPMRC ou chez leur propre docteur, avec toutes les difficultés décrites ci-dessus.



Suivi des patients (indicateurs)

• **Nombre de fois et avec quel intervalle les patients sont-ils examinés en moyenne par l'équipe du projet ?** Difficile de donner une règle générale : certains ont été revus deux à trois fois, certains jamais mais alors un contact a été pris avec leur médecin qui a même éventuellement bénéficié d'une formation.

• **Changements observés dans les comportements ou dans les états de santé des patients ?** Question difficile car on n'obtient pas de résultats à court terme pour de telles maladies. De plus, il est difficile pour les gens de changer leurs habitudes dans les circonstances actuelles ; par exemple il est problématique d'obtenir de la nourriture de qualité. Le stress pousse aussi les gens à fumer plus. Le problème est le problème général en promotion de la santé, particulièrement difficile dans les populations défavorisées.

• **Amélioration du suivi ?** C'est une des tâches à laquelle se consacre l'équipe actuellement. Lors de notre visite à Qarawa, c'était la quatrième fois que la clinique mobile s'y rendait, en se concentrant chaque fois sur vingt-cinq cas prioritaires.

• **Accès aux données médicales établies par les médecins qui prennent en charge les patients ?** L'équipe mobile a de très bons contacts avec les autres médecins, mais ces derniers doivent aussi être formés sur les spécificités des maladies chroniques qu'ils ne connaissent pas toujours.

• **Évaluation des croyances et idées préconçues ?** L'UPMRC essaye de le faire dans le cadre des cours d'éducation à la santé. Par exemple, combattre l'idée que quand on préconise de diminuer la consommation de sel, cela ne veut pas dire qu'on peut prendre du sucre.

• **Collaboration avec les autres institutions ?** L'UPMRC a des contacts continus avec les autres institutions : par exemple à Ramallah, tous les six mois, se tiennent des meetings pour les protocoles auxquels tous participent. La situation et les bouclages rendent souvent ces contacts difficiles.

• **Programme national ?** L'UPMRC espère que son programme sera repris au niveau national, ce qui n'est pas encore le cas. Il faut dire que l'UPMRC vise la qualité plutôt que la quantité des examens. Avec l'UNRWA ils sont davantage sur la même longueur d'onde.

Modèle de prise en charge des maladies chroniques

Le modèle est le modèle préventif avec un accent particulier sur la prévention primaire et secondaire (voir ci-dessus). La prévention tertiaire (prévention des complications des maladies lorsque celles-ci sont connues) est moins développée : ses coûts sont beaucoup plus importants et elle se place plutôt dans le champ curatif. De plus, ce choix stratégique est tout à fait correct vu la haute prévalence (fréquence) des facteurs de risque cardiovasculaires modifiables : obésité, tabagisme, hypertension, diabète de type 2, hypercholestérolémie. C'est le genre de stratégie que recommandent toutes les instances nationales ou internationales dans le domaine de la santé publique (exemple : Organisation mondiale de la santé). De plus, les références choisies pour



les différents paramètres étudiés et pour leurs valeurs cibles sont celles des publications les plus récentes.

L'UPMRC participe aux travaux nationaux d'unification des protocoles, mais malheureusement c'est le modèle vertical (spécialisations sans liens latéraux) prôné par la Banque mondiale sur avis de l'Organisation mondiale du commerce, et, hélas, repris doucement par l'Organisation mondiale de la santé elle-même qui prévaut actuellement, alors que l'UPMRC préconise le modèle horizontal qui tient compte de tous les facteurs, qui s'appuie sur les soins de base et les ressources de la population, et qui est celui préconisé par les écoles de santé publique et les spécialistes en planification, progressistes.

Avec l'équipe de la clinique mobile à Qarawa

Nous arrivons à Qarawa sans problème (pas de changement de véhicule à des barrages militaires). C'est suffisamment rare actuellement pour le mentionner. Nous passons néanmoins par des passages de route défoncés et munis de portails qui en d'autres circonstances peuvent être fermés.

Ce village de trois mille habitants a une école de garçons et une de filles. Il y a quelques petits magasins et pour survivre, les habitants ont de petits jardins. Comme toujours, avant d'envoyer une clinique mobile, de nombreux contacts avec les diverses autorités, professeurs, associations du village ont eu lieu au préalable pour connaître les caractéristiques de la population concernée. Cette fois, c'est la quatrième visite, centrée sur le contrôle des vingt-cinq cas les plus graves dépistés lors de visites précédentes. L'accent est donc mis sur la qualité des soins plutôt que sur la quantité des examens.

L'équipe est composée de deux médecins, d'une travailleuse de santé, d'une laborantine et du chauffeur. Il n'y a pas de médecin en permanence dans le village, mais quand il y en a, l'équipe mobile lui fournit les données relevées sur papier (et mises sur ordinateur ensuite).

Le projet de promotion de la santé dans les jardins d'enfants

L'un des buts du projet était de créer, en collaboration avec les autorités locales, des infrastructures pour un environnement sain et sûr pour les jardins d'enfants. A cause des fréquents bouclages des villes palestiniennes, les modifications nécessaires ont pris plus de temps que prévu, mais maintenant elles sont faites et nous avons pu visiter deux jardins d'enfants ayant bénéficié du projet.

En nous rendant au jardin d'enfants Al Hanan à Kobor, à nouveau nous avons de la chance : c'est avec le même véhicule, muni néanmoins de drapeaux indiquant qu'il s'agit de personnel médical, que nous arrivons ici.

Le village a trois mille cinq cents habitants. Il a été envahi par l'armée israélienne et vingt-cinq habitants ont été emprisonnés ; certains le sont toujours à l'heure actuelle. Il y a une clinique du Gouvernement, mais elle ne reçoit la visite de médecins que trois fois par semaine

Le jardin d'enfants appartient à une coopérative. Il accueille septante enfants répartis en trois classes, avec trois enseignants plus une bénévole. Les parents payent 100 USD par an et par enfant, sauf 10 à 15 % qui n'en ont pas les moyens.

Le projet de l'UPMRC a fourni l'équipement pour une salle y compris du matériel médical, l'installation de la cuisine et la réhabilitation des toilettes, le revêtement de la cour de récréation et son toit, et enfin la formation des enseignants.

Un médecin vient au moins une fois par mois. Il faudrait encore de l'équipement (photocopieuse, ordinateurs) et la formation des enseignants devrait être poursuivie.

L'école de l'UPMRC

Il s'agit d'une école formant des « travailleuses de santé communautaire » (*community health workers*). Les cours s'étalent sur quatre périodes



de six mois et abordent de nombreux chapitres de la médecine et de la santé publique, en insistant essentiellement sur les aspects de prévention et de promotion de la santé. Les étudiantes sont sélectionnées dans leur propre milieu de vie, par leur communauté, en fonction de leurs qualités personnelles, ce qui constitue un gage de reconnaissance et de confiance. Parfois, il faut assez longtemps pour convaincre les parents de laisser leur fille aller étudier à la ville. De retour dans leur communauté, les travailleuses effectuent un travail de terrain au quotidien. Notons que cette formation qui a été mise sur pied pour répondre à un réel besoin identifié est actuellement reconnue par un diplôme (« travailleur communautaire » constitue même une nouvelle profession en Palestine). Il n'existe qu'une seule école de ce type dans tout le Moyen-Orient et elle est vraiment considérée comme une expérience pilote.

Newe Shalom - Wahad al Salam (Oasis de Paix)

Ce village près de Latrun et de la « ligne verte » est à une demi-heure de Jérusalem en bus. Depuis trente ans, Juifs et Palestiniens israéliens y cohabitent sur un terrain loué au monastère voisin de Latrun. Il y a actuellement quarante-cinq familles, mais ils ont l'autorisation d'accueillir nonante familles supplémentaires.

Les membres de ce village veulent démontrer que la coexistence de Juifs et de Palestiniens (musulmans et chrétiens) est possible, en développant une communauté sociale culturelle et politique fondée sur l'acceptation mutuelle, le respect et la coopération dans la vie quotidienne.

A noter que malgré les difficultés d'accès et les interdictions diverses, les Palestiniens des territoires occupés continuent à faire de longs trajets par de petites routes pour participer à ces activités. C'est surtout avec des Palestiniens de la région de Naplouse qu'ils collaborent.

Il y a aussi dans ce village une crèche, un jardin d'enfants et une école qui sont fréquentés par environ deux cent cinquante enfants de la région.

Conclusions

Comme l'année passée, la vie des Palestiniens est rythmée par les heures de suspension des couvre feux et dépend du bon vouloir des soldats aux check points. Plusieurs amis Israéliens ont reconnu que ces check points ne servent pas à améliorer la sécurité des Israéliens, mais à pousser les Palestiniens à bout.

Les Israéliens ont peur des attentats en Israël et on les comprend, mais la cause principale de ces attentats est la vie imposée aux Palestiniens par l'armée et le Gouvernement israélien. Ils seraient à notre avis moins en danger en Cisjordanie qu'ils le croient, mais ils n'osent pas - en général - braver l'interdiction d'entrer dans les territoires occupés et ne font rien à notre connaissance pour que cette interdiction soit levée. Seuls ceux qui participent à des actions unissant les deux communautés, tels que les médecins de *Physicians for Human Rights* (PHR), ont une idée de la vie dans les communautés palestiniennes...

Les étrangers sont de moins en moins acceptés : l'entrée en Israël en particulier fait l'objet de nombreux et longs interrogatoires. De plus, notre nationalité belge ne plaît nettement pas aux militaires des check points. Il faut néanmoins continuer à aller en Palestine pour témoigner de la situation et informer l'opinion de notre pays.

Le morcellement de la Cisjordanie par la construction du mur fait apparaître de plus en plus que si État palestinien il y a (en 2005 ou plus tard), il ne sera pas viable tant qu'on ne démantèle pas ce mur ainsi que les colonies. D'où l'idée d'un État binational sur tout le territoire de l'ancienne Palestine qui récolte de plus en plus d'adeptes, car on est actuellement dans une impasse.

En tous cas, une solution au Moyen-Orient ne sera trouvée que si la communauté internationale s'y implique : à nous de faire comprendre à nos élus et en particulier aux membres du Parlement européen, qu'ils doivent s'y mettre. ●

Un saut en Bulgarie

*Pierre Drielsma,
médecin
généraliste au
centre de santé
Bautista Van
Schowen.*

.....
*Avant d'organiser la santé, il faut la
financer...*
.....



A la demande du Syndicat des employés, techniciens et cadres de Belgique (SETCa) de la Fédération générale du travail de Belgique (FGTB), votre humble serviteur a accompagné une délégation syndicale pour un court séjour en Bulgarie. Il s'agissait d'entretenir les bonnes relations fonctionnelles entre le Syndicat des employés, techniciens et cadres de Belgique et le syndicat bulgare de la santé.

On se souviendra que la Bulgarie est un petit pays (huit millions d'habitants) qui a appartenu au bloc de l'Est et qu'il n'en fut pas un des moins zélés, au point que certains considéraient la Bulgarie comme une république soviétique. Là-bas comme ailleurs, la chute du mur a fait naître des espoirs immodérés, voire irréalistes. Les experts ultralibéraux des organismes internationaux promettaient une croissance à deux chiffres à ceux qui pulvériseraient le plus vite leurs services publics et leurs régulations d'État. On a bien sûr obtenu exactement le contraire, la grande majorité de la population a vu son standard de vie se dégrader, en particulier les plus modestes. Le service de santé est en plein chamboulement. Le syndicat bulgare de la santé n'est pas convaincu par une privatisation à tous crins. Par contre, le système bulgare était très hospitalo-centrique. Il s'agit d'améliorer l'organisation des soins ambulatoires et au domicile du patient. Il s'intéresse donc fortement aux expériences concrètes en Belgique. Un représentant des centres de soins à domicile et moi-même avons pu, soit en anglais soit par le truchement d'une interprète, exposer la situation belge, ses faiblesses et ses forces. J'ose croire que cela les a intéressé et que cela pourra alimenter leur réflexion pour leurs orientations futures.

Réciproquement, nous avons visité des lieux de soins bulgares, en particulier une maison de repos pour personne âgées. Que dire, sinon que les locaux et le mobilier sont vétustes. Mais cela n'est pas le plus important, les relations entre les vieillards et le personnel semblent chaleureuses ; apparemment, il y a de longues files d'attente pour entrer dans cette maison. Le problème reste toujours le même : quelle est la part de richesse qui est injectée dans les services sociaux, comment faire payer les riches pour alimenter les dit services, enfin et seulement enfin, comment organiser au mieux ces services. ●



Accords de coopération en Tunisie

.....

En décembre 1999, un membre de la Fédération des maisons médicales fut invité par le département de Médecine communautaire de l'université de Monastir (Tunisie)¹. La rencontre fut l'occasion d'un échange et d'une réflexion sur les rôles et l'organisation de la médecine générale ainsi que sur la formation des soignants. Nous vous présentons quelques extraits du rapport de mission.

.....

Le changement de paradigme de la médecine générale au niveau international

La médecine générale a connu ces dernières années une modification radicale des concepts et des pratiques. Ce phénomène n'a pas débuté partout en même temps et n'évolue pas dans chaque pays à la même vitesse. Si on suit M^{me} Vandormael², les initiateurs de cette révolution copernicienne seraient les médecins généralistes anglais qui ont établi un cadre nouveau pour leur pratique. Ils ont bénéficié d'un cadre institutionnel favorable : le *National health service*³, soucieux d'efficience, donnait un rôle spécifique aux généralistes.

La médecine générale s'est d'abord définie par... ce qu'elle n'était plus, c'est-à-dire une médecine unifiée, intégrée et globale qui comprenait tous les aspects actuellement séparés et qui constitue la médecine spécialisée. La médecine générale est donc dans un premier temps une profession résiduaire. D'autre part, le cursus médical possède un tronc commun qui n'est autre que la médecine générale ; les spécialités se greffent sur ce tronc, ce qui

implique que les spécialistes sont aussi et d'abord généralistes. Cela est tellement vrai que les candidats spécialistes, en Belgique, pratiquaient la médecine générale durant leurs études de spécialité. La médecine générale était donc aussi inférieure et subordonnée.

La différence entre l'omnipraticien et le spécialiste était seulement quelque chose que la spécialité possède en plus. Ce processus historique correspondait à un besoin, la médecine suivait l'évolution des sciences et des techniques ; l'accumulation des connaissances rendait indispensable la division verticale du travail. Mais alors que dans les sciences de base, on n'a assisté à la création d'aucune profession résiduaire, la médecine a connu un écrémage progressif vers la spécialité, sans politique prévisionnelle, sans stratégie.

Enfin, la médecine générale, ainsi dépouillée, était au surplus aliénée, c'est-à-dire que les généralistes allaient chercher leur modèle dans la médecine spécialisée ; ce qui ne pouvait qu'accroître leur désarroi et leur frustration. Le modèle spécialisé est en effet totalement inaccessible et, surtout, inadapté à la pratique générale.

Pour comprendre la recomposition d'une pratique, il faut d'abord se rendre compte qu'elle n'était pas écrite dans les astres. Il existait d'autres options qui coexistent d'ailleurs encore concurremment au modèle d'une médecine générale intégrée dans les soins de première ligne.

● L'option médecine interne

Pour certains, la médecine unifiée du XIX^{ème} siècle se scinderait en chirurgie générale, médecine interne et gynéco-obstétrique auquel se surajouteraient des sous-spécialités rattachées à chacun de ses grands corps. L'histoire a montré que, là encore, la spécialisation poursuivait son cours inéluctable et la médecine interne générale se trouve dans un état encore plus mauvais que la médecine générale tout court : actuellement en Belgique, on ne forme plus d'internistes généraux. La chirurgie générale est dans un état à peine meilleur et la fragmentation est à son comble avec le développement de sous-spécialités chirurgicales de plus en plus pointues. La position de la gynéco-obstétrique

Pierre Drielsma,
médecin
généraliste au
centre de santé
Bautista Van
Schowen.

(1) Cette mission rentrait dans le cadre d'un accord de coopération entre la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale et le ministère de la Santé tunisien.

(2) « La modernité des soins de santé primaire », Santé conjugulée juillet 1997, pp. 38-42, Fédération des maisons médicales (Bruxelles).

(3) service national de santé britannique.

n'est guère plus simple. En France la gynécologie médicale a bien failli disparaître, elle n'existe à ma connaissance pas ailleurs. Il faut ajouter que la frontière entre médecine et chirurgie est en train de s'estomper : cardiologie interventionnelle, cathétérisme, dilatation, radiologie interventionnelle, chirurgie endoscopique, etc.

● L'option fragmentée

La médecine assumerait sa désagrégation et inviterait les patients à consulter suivant leur symptomatologie. Le modèle organisationnel est la polyclinique, un cabinet associatif regroupant un grand nombre de spécialités qui couvrent autant que faire se peut l'ensemble des problèmes de santé. La gestion de ce modèle est complexe : de nombreux patients véhiculent un cortège de symptômes pluriorganiques qui supposeraient un passage rapproché chez de nombreux médecins de la polyclinique, alors que certaines maladies organiques sont multisystémiques, que certains symptômes sont à distance de la cause : dyspnée du cardiaque, pollakiurie du diabétique, sans parler des troubles fonctionnels etc. La tendance organiciste est forte, absence ou présence faible de la psychiatrie. La tendance « graviste » aussi (par tendance graviste, il faut entendre le fait de sur-diagnostiquer des maladies graves, plutôt que des bénignes ; trop de faux positifs, cette tendance est le fruit de la formation en hôpital qui concentre les cas les plus graves). Les patients en général redoutent cette fragmentation et recherchent l'unité.

● L'option médecine générale intégrée aux unités de soins de première ligne (équivalents des centres de santé de base tunisiens)

Cette option, développée par l'Organisation mondiale de la santé depuis Alma Ata, suppose un échelonnement entre première et deuxième ligne. Elle favorise la délivrance d'une majorité de soins au premier niveau par le travail d'équipes pluridisciplinaires, grâce à une grande accessibilité tant géographique, qu'horaire ou culturelle. L'échelonnement suppose une division claire des tâches entre les deux lignes et des règles transparentes de référence (renvoi à l'autre ligne) et contre référence.

Situation spécifique de la Tunisie

Par rapport au modèle décrit ci-dessus, la Tunisie se distingue par deux traits fondamentaux.

Tout d'abord, et c'est un facteur fondamental très favorable, la structure de soins de base est d'ordre juridique et une planification des centres et de leurs fonctions est réglée par une direction des soins de base au sein du ministère de la Santé. Alors que dans les pays occidentaux, l'hospitalocentrisme est la règle et les soins de bases en général insuffisamment réglementés et encouragés.

Cet avantage a une conséquence moins heureuse : il existe une dominance de l'administration, cette dominance s'exprime de deux manières :

1. La concentration du pouvoir dans les circonscriptions et les centres de santé de base est aux mains de personnes compétentes, certainement, mais peu au fait des problèmes pratiques de la dispensation des soins et des relations médecins malades.
2. La préséance des programmes nationaux (verticaux) sur une approche intégrée horizontalement.

Cette dominance administrative se surajoute au prestige des spécialités pour maintenir la médecine générale dans une position subordonnée. Cette position peu enviable, et comme prise entre deux feux, a des effets délétères sur l'estime de soi, la créativité, l'initiative de la première ligne.

Il faut ajouter que le système tunisien vit aussi une double mutation qui implique que l'éventuelle réforme de la formation de base et continuée des généralistes prenne en compte cette situation. D'une part, la Tunisie termine sa transition démographique, ce qui suppose que les problèmes de vieillissement, de maladies chroniques vont se développer, tandis que l'importance relative des questions de la naissance et de la petite enfance se réduiront progressivement. D'autre part, le système de sécurité sociale est en train de changer radicalement : l'on passe d'une distribution quasi



gratuite de soins dans des services publics caractérisés par le salariat des agents (financement à priori) à une mise en concurrence des médecins publics et privés avec un remboursement a posteriori. Cette dernière réforme risque de compliquer le développement du rôle communautaire des centres de santé de base.

Le mode de paiement à la fonction (centre de santé de base de Tunisie) et le mode de paiement à l'acte (médecin généraliste privé) peuvent cohabiter sans encombre car il s'agit de deux systèmes de paiement ouvert à toutes populations. En fait, on peut théoriquement limiter la zone d'activité d'un centre de santé de base sur une base géographique (mais le lien thérapeutique pouvait transcender ce type de limitation).

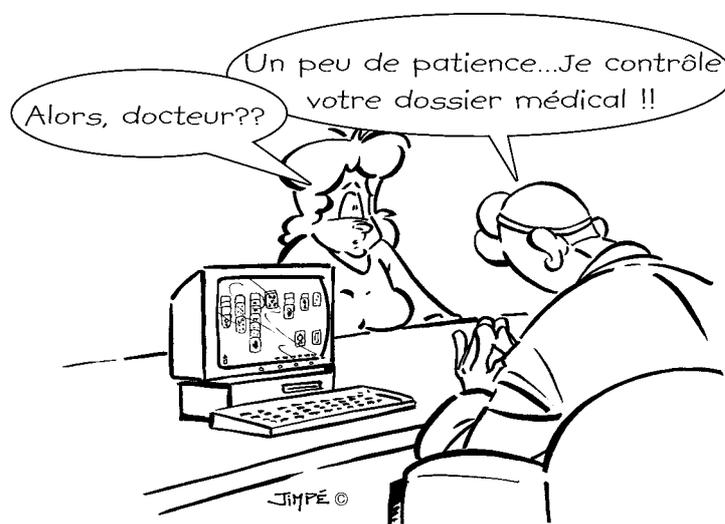
En Tunisie, il n'existe pas de société scientifique pour la médecine générale, le syndicat des médecins de centre de santé de base défendrait des revendications purement financières, l'ordre est mixte (généraliste et spécialiste) et ne semble guère se préoccuper de la promotion de la médecine générale. On peut estimer que l'ouverture du département de médecine communautaire du professeur Abdallah Bchir à la médecine générale procède du même raisonnement qui a vu des professeurs de santé publique belges⁴ soutenir les soins de santé de base au début des années 70. Il apparaît donc urgent que se constitue une instance scientifique autonome de médecine générale. Celle-ci pourrait créer et diffuser l'information nécessaire à une prise de conscience des immenses chantiers qui s'ouvrent à cette discipline. Les membres d'une telle association devraient pouvoir participer à des activités et des rencontres au-delà des frontières : par exemple WONCA⁵, Coopération tuniso-belge, Syndicat de la médecine générale et le Secrétariat européen des pratiques communautaires en France, etc. Des rencontres semblables ont un double effet, sur le contenu, elles apportent des informations pertinentes pour l'établissement du corpus théorique. Mais elles améliorent aussi la propre image du médecin généraliste qui devient un partenaire international (comme le spécialiste !) au lieu de rester confiner au centre de santé de base. Le généraliste sort aussi de sa dépendance informative vis-à-vis du spécialiste ou de l'administration.

Monastir

La circonscription de Monastir compte soixante-quatre mille habitants, dont vingt-huit mille quatre cent septante-six jeunes et quatorze médecins généralistes. Tous les responsables de centres se plaignent de leur rôle passif en matière pharmaceutique. En effet, c'est l'Établissement public de soins (EPS), comparable à nos centres hospitaliers universitaires, qui suit un grand nombre de chroniques et leur prescrit des médicaments qui ne sont pas forcément approuvés par les centres de santé de base (en particulier pour ce qui concerne l'efficacité). Médicaments plus chers choisis par l'Établissement public de soins versus produits moins chers prescrits habituellement au centre de santé de base. Cette situation absorbe les deux-tiers des moyens pharmaceutiques des centres de santé de base. On pourrait évidemment séparer la pharmacie du centre de santé de base par deux budgets distincts. Cependant, la présence d'une pharmacie intégrée donne aux médecins de première ligne une information précieuse sur l'observance thérapeutique. Cette situation est d'autant plus mal vécue que la deuxième ligne informe peu la première de ces diagnostics et propositions thérapeutiques. A cela s'ajoute une insuffisante délimitation des tâches entre première et deuxième ligne : celle-ci s'arrogeant des tâches de première ligne sans autres raisons que le choix du malade et le lien thérapeutique créé à l'hôpital.

(4) Pierre Mercenier et Harrie Van Baelen.

(5) WONCA :
World
Organization of
National
Colleges,
Academies and
Academic
Associations of
General
Practitioners.



Nous avons visité le centre de santé de base de Stah Jabeur qui dessert neuf mille personnes, les moins de six ans sont pris en charge dans un autre centre (protection maternelle et infantile). Ce petit centre de santé de base vient d'être agrandi et a quasi doublé de volume. Plusieurs faits sont à noter. Les consultations sont réalisées par deux thérapeutes qui n'ont pas forcément la même attitude thérapeutique. Par contre une patiente extérieure au centre se fait soigner auprès d'un médecin à cause d'un lien thérapeutique. Cette pratique me paraît excellente car elle manifeste une tendance à la personnalisation de soins. Cela présage d'une tendance favorable en vue de réformer le service public.

Nous nous sommes également rendus au centre de santé de base C2 où se trouve une consultation des enfants biens portants, excellent initiative centrée sur quelques priorités : dépistage répété de la luxation congénitale de la hanche (prévu quatre fois), de l'ectopie testiculaire, évaluation vaccinale, courbe staturo-pondérale, etc. Consultation des chroniques : toujours le problème de divergence thérapeutique : une hypertension artérielle traitée (d'emblée ?) par un bêta-bloqueur, cher de surcroît. La petite discussion avec les internes montre à suffisance que la formation de base est inadaptée aux soins primaires (Quelles mesures hygiéno-diététiques pour l'hypertension artérielle ? Comment ?).

Comment revaloriser la médecine générale ?

Après ces visites, nous eûmes une réunion avec les membres de l'Unité de médecine communautaire (UMC). La discussion a porté sur le programme de l'Unité, comment revaloriser la médecine générale (de santé publique ?), comment améliorer l'auto-estime des médecins généralistes. Un petit débat s'ensuit sur l'origine des changements en Belgique. Le GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) est une institution d'emblée plurielle centrée non sur le médecin généraliste mais sur la santé publique et la définition d'une politique de santé. Le GERM ne défendait pas la médecine générale en soi, mais comme instrument ad hoc pour une politique de santé (l'échelon-

nement, la globalité, l'intégration, la continuité, l'accessibilité tant géographique que financière). Les maisons médicales ne se sont pas formées pour défendre la médecine générale mais pour défendre les patients contre la machinerie hospitalo-spécialisée. On ne peut s'ouvrir à l'autre que si on est sûr de ce que l'on est, rétorque le D^r Bchir. Certes, mais la profession n'est pas tout l'homme. Il y a aussi les valeurs, ce dans quoi on croit ! La santé publique, le bien-être des citoyens, la justice sociale. Un professionnel, quel qu'il soit, même techniquement peu au fait, peut s'ouvrir à des informations techniques s'il détermine sa valeur sur d'autres critères que des mesures techniques, par exemple sur des mesures éthiques. Il n'y a d'ailleurs qu'une contradiction partielle entre les deux points de vue. Car pour l'Unité de médecine communautaire, il y a un rôle de pionniers en Tunisie, voire en Afrique du Nord, à construire un nouveau modèle de médecine générale.

Je cite le sociologue des organisations Henry Mintzberg⁶ : « *Il y a un sens de la mission. C'est-à-dire le sentiment que le groupe s'est constitué pour former quelque chose de nouveau et de passionnant. C'est un phénomène commun à beaucoup de nouvelles organisations pour un certain nombre de raisons. Les membres fondateurs partagent fréquemment un certain nombre de croyances de base très fortes. Ce qui compte avant tout dans de telles organisations, c'est la mission, c'est-à-dire un ensemble d'efforts qui doit être typique, clair et bien ciblé. Ce qui forme le ciment de cette organisation, c'est-à-dire qui fournit son mécanisme de coordination, est la standardisation de ses normes, en d'autres termes, le partage d'un ensemble de valeurs et de croyance par tous ces membres.* »

Si on admet le point de vue de Mintzberg, on comprend que des groupes professionnellement hétérogènes peuvent mener à bien une mission par exemple centrée sur la santé publique. Au fur et à mesure de l'affinement du projet et des méthodes, la spécificité de chaque professionnel se dégagera, mais en fonction de critères d'analyse communs.

L'ensemble des intervenants regrette l'absence d'une société scientifique de médecine géné-

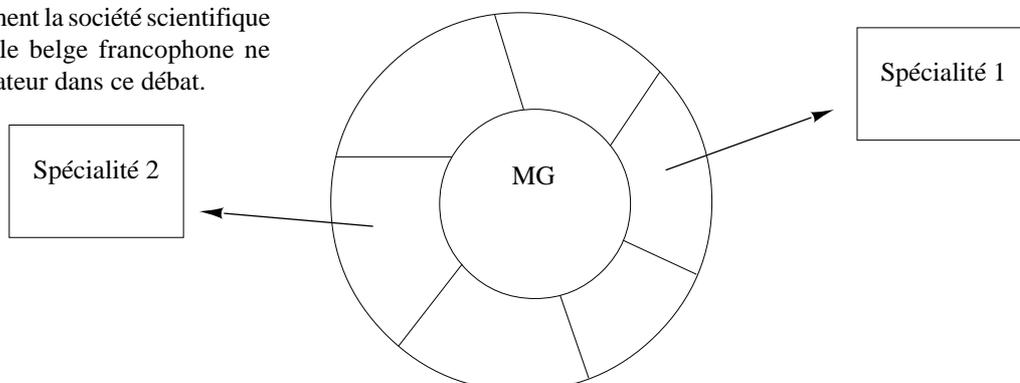
(6) Henry Mintzberg, *Le Management*, page 324 et suivantes, Éditions d'organisations, 2^e édition, 1998.



rale, alors que chaque spécialité a la sienne. Il semble que ni le Syndicat des généralistes tunisiens, concentré sur des revendications exclusivement financières, ni l'Ordre tunisien des médecins, où les spécialistes sont présents, ne puissent jouer ce rôle.

En Belgique, les aspects novateurs sont venus du GERM et de la Fédération des maisons médicales. Depuis peu ces idées ont été reprises par les départements de médecine générale, récemment créés. Et par les syndicats de médecins généralistes tant au Nord qu'au Sud du pays. Paradoxalement la société scientifique de médecine générale belge francophone ne joue pas un rôle novateur dans ce débat.

interlocuteur, il est souhaitable que chaque département spécialisé de la faculté (cardiologie, neurologie, etc.), crée un cours adapté aux généralistes, le cours de cardiologie pour le généraliste, par exemple, pouvant à terme être donné par un généraliste qui aurait étudié auprès des cardiologues et aurait dégagé la partie utile de la matière. Cette conception permet de rendre compte du schéma simplifié de la médecine générale.



Et la formation ?

Au lendemain de cette discussion, nous eûmes un entretien avec le directeur général de l'Unité de médecine communautaire. Quelle collaboration possible ? Formations des cadres, des formateurs ? Formation continue des médecins ?

Discussion autour des modèles médecin de famille, médecin généraliste. Pour le D^r Marc Jamouille, ancien médecin généraliste en maison médicale, le terme médecin de famille représente un progrès par rapport au terme médecin généraliste : les aspects communautaires y seraient plus présents. Pour le Syndicat (français) de la médecine générale, le terme médecin de famille est régressif et renvoie au bon docteur avec sa petite trousse à la main, tandis que le mot général garantit la globalité de la prise en charge. Personnellement, j'évite de rentrer dans ce débat sémantique qui, à l'heure qu'il est, me paraît stérile.

Un autre débat s'engage sur les structures d'enseignement : est-il normal que le département de médecine communautaire se charge de la formation des généralistes ? Pour notre

Mais elle n'envisage pas des aspects novateurs de la profession : gestion, médecine communautaire, dépositaire du dossier médical, coordinateur des soins, santé publique, épidémiologie, etc.

Le directeur régional de la Santé propose d'impliquer l'Institut de formation continue des personnels de santé qui devrait devenir concepteur de programme, non seulement pour les auxiliaires de soins, mais aussi pour les infirmières et les médecins.

Notre autre interlocuteur considère que les médecins des centres de santé de base s'attribuent improprement le titre de médecin de santé publique. En particulier, il juge qu'une formation complémentaire en santé publique leur serait nécessaire. ●

L'éclairage réciproque des systèmes de santé ou celui des modes de formation des soignants est une source riche de réflexions... que nous vous invitons à poursuivre dans notre contexte belge⁷.

(7) Et pour varier l'éclairage sur le versant tunisien, nous vous invitons à vous reporter à deux articles parus dans le numéro 22 de Santé conjugulée (« De la santé communautaire à l'opposition politique... », Patrick Jadouille, page 26 ; « Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins », Moncef Marzouki, page 29) (ndlr).

Sud, Nord, même combat mais à armes inégales!

Paul De Munck, ancien médecin généraliste à la maison médicale du Nord en Belgique, médecin de santé publique dans un projet de coopération au Niger.

(1) Il s'agit du chiffre officiel du ministère de la Santé publique et la Lutte contre les endémies du Niger pour l'année 2000 concernant le secteur public. Ce chiffre ne comprend pas les médecins travaillant dans le secteur privé, concentrés dans la capitale, dont le nombre n'est pas connu, mais qui, de toute façon, ne dépasse certainement pas celui du secteur public.

(2) Chiffres présentés par le D^r Moussa Rosalie lors de la présentation à Abidjan en mars 2000 des résultats de la recherche sur les besoins obstétricaux non couverts réalisée au Niger entre 1999 et 2000.

(3) La mortalité maternelle est estimée à 7 % et ce chiffre est probablement sous-estimé.

(4) Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., Ed Karthala, 2003. p 272.

.....

Au Niger, un peu plus de deux cents médecins sont censés offrir des soins de qualité à dix millions d'habitants¹ ! En Belgique, il y a près de quarante mille médecins pour le même nombre d'habitants. Jusqu'à quand mentirons-nous, une fois de plus, à l'Afrique et aux Africains ?

Quelle contribution pour les maisons médicales belges au changement urgent et nécessaire ?

.....

Au Niger, trois femmes sur quatre en moyenne (neuf sur dix dans certaines régions) ne bénéficient pas d'une intervention obstétricale majeure (dont plus de 70 % sont des césariennes) lorsqu'elles en ont vraiment besoin, c'est-à-dire lorsque leur propre vie est en danger². Ce qui explique, entre autres, que la mortalité maternelle au Niger³ reste une des plus élevée du monde, si pas la plus élevée.

Ces chiffres, à peine croyables en ce début de 21^{ème} siècle, font pourtant partie de la réalité quotidienne des populations et des professionnels de santé de ce vaste pays de l'Afrique subsaharienne, grand comme trente cinq fois la Belgique, dont le budget des soins de santé est sept cents fois plus élevé que le budget des soins de santé du Niger, budget qui dépend pour plus de 70 % de l'aide extérieure.

Alors que faire ? Que penser après trente ans de coopération belge à Dosso, une des régions du Niger ? Jusqu'à aujourd'hui, plusieurs générations de médecins belges de santé publique ou chirurgiens se sont succédés, certes avec des styles, des logiques et des approches parfois fort différents, mais tous animés du désir de soigner et de développer des services de santé.

Trente années n'auront donc pas suffi, malgré tant de motivation, d'énergie et d'investissement pour qu'aujourd'hui cette région, et le Niger, puisse offrir à sa population au moins un médecin pour mille ou dix mille habitants. Pourquoi ?

Pourquoi ce manque de médecins ?

D'abord parce qu'on a fait croire à l'Afrique qu'on pouvait soigner sans médecins la plupart des maladies avec des infirmiers bien formés. L'utilisation des ordinogrammes en consultation aboutissant à des diagnostics et des traitements standardisés, ce qu'on appelle au Niger les stratégies « plaintes-traitements », était (et est toujours) censée donner satisfaction aux usagers et aux soignants. En réalité, les ordinogrammes sont surtout un moyen pour les services de santé de rationaliser la prescription des médicaments et éviter ainsi les gaspillages. Cette stratégie, d'autant plus justifiée que les ressources sont limitées, ne favorise malheureusement pas l'émergence d'approches plus centrées sur le patient. Même si ces dernières tentent une timide percée, elles mettront encore du temps à être reconnues et enseignées dans des milieux encore fortement imprégnés par la culture biomédicale, héritage, entre autres, d'une médecine coloniale bureaucratique peu remise en question, voire accentuée dans la période post-coloniale, et « productrice d'indifférence »⁴ à l'égard des patients et de leur entourage.

On pensait à l'époque que, dans des contextes aux ressources limitées, on pourrait faire l'économie de médecins, beaucoup plus coûteux en formation et en moyens de fonctionnement que des infirmiers formés en trois ou quatre ans et censés traiter 80 % des problèmes. Force est de constater aujourd'hui l'échec de cette stratégie.

Peut-être aussi que les systèmes de santé et les bailleurs de fonds avaient moins de mal à contrôler des infirmiers que des médecins plus exigeants, donc potentiellement plus revendicatifs ?

Toujours est-il qu'on ne fera plus l'économie



JIM PÉ ©

de médecins pour soigner les malades, en ville ou en brousse, partout où l'on a construit et équipé des hôpitaux, des centres de santé ou des maternités qui risquent d'être bien souvent réduits à l'état de coquilles vides avec des taux de fréquentation très bas et stagnant d'année en année. Véritable casse-tête des bailleurs qui continuent à se demander pourquoi les malades dédaignent leurs structures de soins. Je ne prétends pas que le manque de médecins en est l'unique cause, bien entendu, mais je prétends qu'il en est une des causes fondamentales et trop souvent trop vite évacuée. Un médecin qui soigne, qui a de la compassion (terme qu'on n'ose presque plus utiliser), qui opère une hernie ou une urgence abdominale ou obstétricale, qui est gentil et respectueux du malade, est le meilleur investissement qu'on puisse faire dans un hôpital pour gagner la confiance de la population, avant la disponibilité en médicaments et l'accessibilité financière. Je l'ai vécu personnellement il y a quelques années dans un hôpital de district du Sud du Niger.

L'Afrique a donc besoin de médecins autant que d'infirmiers car comme aimait le rappeler à ses étudiants un de mes maîtres en santé publique⁵ : un bon médecin ne fera jamais un bon infirmier et vice et versa. Les deux métiers sont complémentaires, pas interchangeable, ce qui semble une évidence mais manifestement pas pour tout le monde, et en tous cas pas, semble-t-il, pour

ceux qui sont chargés de planifier le développement des ressources humaines, à Washington ou à Bruxelles !

Ensuite, parce qu'avec l'instauration des programmes d'ajustements structurels imposés aux pays du Sud dans les années 80, les gouvernements ont sacrifié, entre autres, leur personnel de santé sur l'autel de l'économie et des contrôles des dépenses publiques, avec les conséquences désastreuses que l'on sait, reconnues aujourd'hui par de hauts responsables de la Banque mondiale elle-même.

Autre cause de déficience en médecins : la fuite des intellectuels africains vers des lieux plus cléments⁶ et le détournement des plus compétents par les projets et programmes de développement, pour en faire des médecins de santé publique, plus administratifs et gestionnaires qu'à l'écoute des malades à leur chevet ou dans les salles de consultation. Autant de médecins perdus à vie pour la clinique et pour les malades.

Enfin, des causes plus profondes, qui trouvent sans doute leurs racines dans le type de sociétés développées au Sud, peuvent certainement expliquer en partie pourquoi le métier de médecins, à l'instar d'autres professions universitaires, n'est plus aussi recherché et respecté⁷. Ce qui fait qu'une jeune fille nigérienne aujourd'hui cherchera plutôt à marier un douanier ou un « porteur de tenue », comme on dit au Niger, qu'un médecin à l'avenir incertain et qui ne pourra pas lui offrir un nouveau pagne à chaque cérémonie de baptême ou de mariage dans la famille ou dans le quartier.

Donc, non seulement on ne produit pas assez de médecins⁸, mais le peu qu'on produit s'en va ailleurs ou ne soigne plus de malades.

L'Afrique manque donc cruellement de médecins qui soignent. Les États africains se désengagent progressivement des hôpitaux favorisant leur transformation en Établissement public à caractère administratif (EPA) ou Établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) (avant de les privatiser tout à fait ?). Faute de ressources, les universités de l'Afrique

(5) Pierre Mercenier, ancien professeur à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

(6) Lire à ce sujet l'article de Dominique Frommel dans Le Monde Diplomatique d'avril 2002 : « Quand le Nord débauche les médecins du Sud ». (voir extraits dans l'encadré).

(7) Lire sur ce thème l'excellent ouvrage : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, de Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., Ed Karthala, 2003.

(8) Depuis sa création en 1974 jusqu'en 1999, c'est-à-dire en vingt-cinq ans (!), la faculté des Sciences de la Santé de l'université Abdou Moumouni de Niamey a formé quatre cent cinquante-sept médecins dont trois cent quatre vingt un nigériens alors qu'il était prévu d'en former cent par promotion ! Rapport d'évaluation externe de la FSS de Niamey, OMS, Août 1999.

de l'Ouest ne peuvent plus remplir leurs obligations de formation et de recherche avec un minimum de qualité et les écoles de formation des infirmiers et sages-femmes ne produisent plus des professionnels capables de répondre aux besoins sur le terrain.

Bref, si rien ne se passe très vite, certains pays de l'Afrique de l'Ouest vont devoir gérer de plus en plus d'hôpitaux sans médecins, donc sans malades et on risque de se retrouver un peu partout, de plus en plus, dans des situations de quasi-urgence humanitaire à la moindre épidémie ou saison peu favorable aux cultures.

Je suis de ceux qui pensent que dans des contextes comme ceux de l'Afrique subsaharienne, on ne fera plus de sauts qualitatifs dans les services de santé sans augmenter significativement le nombre et la qualité des médecins ainsi que leurs conditions de vie et d'exercice dans des zones difficiles mais où vit plus de 85 % de la population.

Comment inverser cette tendance ?

En envoyant une armée de bonnes sœurs et de missionnaires au Niger ? Ou en confiant les hôpitaux à des spécialistes permanents de l'action humanitaire ? Politiquement, difficilement acceptable et, de toute façon, des bonnes sœurs, il n'y en a plus beaucoup !

Plus sérieusement...

D'abord, en gardant confiance dans les capacités du personnel de santé à améliorer la qualité de son travail et des soins qu'il est censé offrir à son patient. Une récente recherche-action menée dans six pays de l'Afrique de l'Ouest avec l'équipe de Bruno Dujardin de l'université libre de Bruxelles et la Coopération technique belge prouve que c'est possible. En gardant confiance aussi en la possibilité de faire évoluer un service public coincé dans des logiques bureaucratiques et tributaire des politiques imposées par les grandes institutions financières internationales (Fond monétaire international, Banque mondiale) vers un service public d'un type nouveau capable de s'adapter aux changements et véritablement au service du public.

Ensuite en demandant aux bailleurs et responsables des programmes de coopération bilatérale (de pays à pays) et multilatérale (Organisation mondiale de la santé, Unicef, Banque mondiale, etc.) de revoir leur stratégie en matière de politique d'engagement du personnel dans la fonction publique. On ne peut plus accepter de politique qui interdit aux pays pauvres très endettés d'engager les personnels dont ils ont besoin. Les programmes de réduction de la dette ne doivent pas servir qu'à investir dans des infrastructures (écoles ou centre de soins) qui ne serviront à rien sans le personnel qualifié et motivé pour y travailler.

Parallèlement, il faut donner aux universités et autres écoles de formations africaines les moyens de former ses médecins et ses autres personnels de santé en nombre et en qualité suffisants. La situation des universités se dégrade de toutes parts. La situation est alarmante⁹. Les universités du Nord ont un rôle prépondérant à jouer dans un nouveau type de partenariat et doivent réinvestir massivement dans la coopération avec les universités du Sud et pas uniquement en offrant des bourses de formation en Europe ou en participant à des recherches en Afrique. Il faut donner aux universités africaines les moyens de former elles-mêmes leur propre élite intellectuelle.

Il faut coûte que coûte trouver les voies et moyens pour redonner à la médecine curative, particulièrement en milieu rural, ses lettres de noblesse afin de rendre cette médecine attractive pour de jeunes médecins. Il faut créer les conditions pour que, demain, un jeune médecin puisse choisir de faire une carrière de médecin généraliste en milieu rural (ou en ville) sans avoir besoin de trouver le plus vite possible une bourse de santé publique afin de travailler pour un projet de développement ou une bourse de formation en chirurgie pour exercer dans une clinique privée ou installer son cabinet en ville, situation beaucoup plus rentable que soigner des malades dans un hôpital de brousse. Il faut faire en sorte que les médecins aient envie de travailler là où l'on a besoin d'eux. Pour cela, il faut, entre autres, leur offrir de bonnes conditions de vie et de travail. Les programmes de coopération, dont la Coopération technique belge, ont un rôle à jouer en la matière pour appuyer cette politique.

(9) Lire à ce sujet l'article d'Aghali Abdelkader, docteur en philosophie politique à Niamey, Niger dans le Monde Diplomatique de mars 2002 : *En Afrique, l'enseignement supérieur est sacrifié.*



Et les maisons médicales belges dans tout ça ?

Le centre de santé de première ligne en Afrique est censé offrir un paquet minimum d'activités et assurer des soins globaux, continus et intégrés. Le modèle n'est pas sans rappeler ce que les maisons médicales, véritables pionniers des soins de santé primaires, proposent depuis trente ans. Le lien entre les maisons médicales belges et ce qui devrait se développer en milieu urbain africain demain me semble évident et les perspectives d'avenir me semblent tout aussi prometteuses, même si les premières expériences sont encore timides et limitées. Les maisons médicales belges ont, elles aussi, mis du temps à se développer, à se multiplier, à obtenir le forfait ou à faire passer des idées aussi saugrenues ou suspectes (à l'époque !) que la pluridisciplinarité, le travail en équipe non-hiérarchisée, la coordination des soins, etc. Nul n'est prophète en son pays ! Les centres de santé de première ligne se sont développés en Afrique bien plus vite que là où ils ont été imaginés, et ce pour des raisons évidentes de ressources limitées. Il fallait rationaliser et ce modèle arrivait au bon moment de l'organisation des soins en système à plusieurs échelons, le district sanitaire. Mais en milieu urbain, capitales ou grandes villes, l'offre de soins est de plus en plus problématique. Un haut responsable de la direction de la santé urbaine de Niamey me confiait récemment que les salles de soins privées se développaient à toute allure et que l'État n'avait aucun contrôle sur ce développement anarchique et absolument pas régulé. A côté de ces cabinets privés, un certain nombre de centres de santé intégrés de l'État tente de répondre à une demande dans un contexte beaucoup plus complexe qu'en milieu rural. Qu'en est-il de l'accès aux soins pour les moins nantis ou les plus défavorisés en milieu urbain, malgré cette relative pléthore de salles de soins privées ? Mystère ! Qu'en est-il de la qualité des soins qui y sont prodigués ? Mystère !

Il y a place, en Afrique, en milieu urbain, pour des expériences pilotes de maisons médicales, sorte de centres de santé privés à finalité sociale, viables économiquement et pratiquant des tarifs accessibles aux populations les plus démunies. Ces maisons médicales pourraient servir de

modèle de cabinet privé au ministère et lui fournir l'occasion de commencer à réguler l'offre privée. Un partenariat entre ces maisons médicales et les maisons médicales belges pourrait garantir un échange d'expérience entre Nord et Sud, un regard croisé sur la santé et sur l'organisation des soins et une occasion de plus pour les collègues africains d'avoir des contacts privilégiés avec des collègues européens, ce qui n'est pas la dernière des bonnes raisons de créer des synergies entre maisons médicales belges et africaines. Car beaucoup de nos confrères africains, progressistes et lucides, ont besoin d'être soutenus dans leur combat pour le changement, matériellement sans doute mais aussi et surtout moralement. Les maisons médicales, collectivement ou individuellement, peuvent très certainement apporter leur contribution sur ce plan sous forme d'appui au démarrage de certaines structures voire de partenariat avec des structures existantes à chercher.

J'ai passé presque quinze années de ma vie à la maison médicale du Nord et bientôt sept années en Afrique. Les problèmes évoqués par les malades ou par les professionnels de santé sont du même type, mais évidemment avec des acuités et des degrés différents. L'espérance de vie au Niger n'est toujours que de quarante huit ans à la naissance, ce que l'Europe connaissait plus ou moins au Moyen-Age. La mortalité infantile et maternelle, la malnutrition, l'analphabétisme, le revenu moyen par habitant sont sans commune mesure avec ce que nous connaissons en Belgique, bien sûr, mais ce qu'un paysan nigérien attend de nous, médecins, infirmiers et sages-femmes, ce n'est rien d'autre que ce qu'un employé de la poste de Schaerbeek attend de mes collègues de la maison médicale du Botanique ou de celle du Nord : une écoute bienveillante, un réconfort et des soins qui répondent à ses souffrances ou à ses angoisses.

Sud, Nord, même combat mais à armes inégales !

« La question principale de la santé en Afrique pourrait bien être de créer des contre-pouvoirs auxquels la « santé publique » serait redevable.

Quand le Nord débauche les médecins du Sud

L'émigration... résulte avant tout du sentiment que les pays du Nord offrent aux professionnels qualifiés un mode de vie et un déroulement de carrière à la hauteur de leur savoir. L'instabilité du paysage politique, les préventions ethniques, les insatisfactions professionnelles (pesanteur de la bureaucratie, rémunérations ajournées, mandarinat, isolement), le décalage entre ce que l'on a appris et ce que l'on peut accomplir, la vie familiale représentent souvent des facteurs plus décisifs que l'attrait d'avantages matériels

Non seulement ils nous piquent nos médecins...

...mais je suis sûr qu'ils les paient avec les contenus de nos mines !

...on aura tout gagné!



(...) Face à ces disparités, les organismes internationaux chargés de définir les grandes lignes des politiques de santé et de lutter contre les inégalités sociales font preuve d'un singulier mutisme. Depuis 1979, ni l'Organisation mondiale de la santé ni le Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) n'ont publié d'analyses portant sur les conséquences de ces transferts de compétence sur la santé des populations ainsi désavantagées. Curieusement, la Banque mondiale, pourtant prolifique en études célébrant les bienfaits de l'ouverture des marchés, n'a pas présenté d'évaluation des flux financiers générés par les échanges de capital humain.

(...)...l'Organisation mondiale de la santé a mandaté une commission « Macroéconomie et santé » destinée à proposer un plan novateur d'investissement. Dans leur rapport, les commissaires récusent l'argument habituel selon lequel la santé s'améliore inmanquablement avec la croissance économique. Ils soulignent, à l'inverse, qu'une meilleure santé est déterminante pour le démarrage économique et le progrès social dans les pays à faible revenu.

(...) la profession médicale peine à répondre effectivement aux besoins des populations du Sud parce qu'elle a été formée selon le modèle universaliste d'une médecine curative et scientifique qui, jusqu'à il y a peu, considérait l'enseignement de santé publique comme marginal. (...) une rupture quasi idéologique avec les programmes d'études

légus par l'Occident s'avère nécessaire. Une telle réforme donne la priorité à la préservation de la santé sur le traitement de la maladie, revendique une attention portée à la communauté plutôt qu'à l'individu, prescrit un travail en équipe, sur un mode multidisciplinaire, pour concilier les activités curatives et de prévention. Enfin, elle exige de ne plus considérer l'hôpital - qui ne bénéficie qu'à une minorité - comme l'unique lieu des soins médicaux de qualité.

*Dominique Frommel, Le Monde Diplomatique, avril 2002, p 28 et 29 (citations)
<http://www.monde-diplomatique.fr/2002/04/FROMMEL/16333>*



On ne peut aller de l'avant si on continue à considérer les populations seulement comme des « cibles » de l'action humanitaire¹⁰ ».

Sans vouloir prétendre importer en Afrique un nouveau modèle ou une quelconque forme de révolution, les maisons médicales peuvent apporter leur contribution à ceux et celles qui luttent pour plus d'équité et de qualité dans les soins destinés à des populations dépendantes des politiques de santé et où la notion même d'indigent ou de démunis ne peut être définie tant les besoins sont grands pour le plus grand nombre.

En développant des synergies et de vrais partenariats, en partageant leurs savoirs réciproques, des soignants de première ligne du Sud et du Nord seront plus forts pour plaider la cause des systèmes de santé et du service public africains en pleine déliquescence, partout où ce sera utile. Développer des maisons médicales, peut-être dans un premier temps de type « privé à finalité sociale », en milieu urbain en Afrique ne s'inscrit pas dans la logique de privatisation des soins mais dans la perspective d'un renforcement de la lutte pour une médecine plus proche des communautés et pour un service public au service du public ! ●

10. État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne. Van Lerberghe W. et de Brouwere V. *Afrique Contemporaine. Numéro spécial. La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis.* N°195 juillet-septembre 2000 175-190



Politiques de santé et attentes des patients Vers un nouveau dialogue

Bruno Dujardin
Préface de Pierre Calame

Au Sud comme au Nord, le développement n'en finit pas de poser question. Les bénéficiaires critiquent des projets de développement qui ne correspondent ni à leurs attentes ni à leurs besoins et les donateurs reprochent aux bénéficiaires une certaine passivité. Depuis plusieurs années, un dialogue de sourd s'est installé, décourageant les différents acteurs du développement.

Dans le domaine spécifique de la santé, Bruno Dujardin, dépassant la simple description du « mal être » du monde du développement, s'attache à en comprendre les causes profondes et à proposer des solutions adaptées. Il fait reposer son propos sur l'analyse de nombreux exemples d'actualité, issus de sa pratique des systèmes de santé du Sud, et montre avec quelle puissance les modèles de référence de la santé développés dans le Nord au début du XX^{ème} siècle déterminent encore aujourd'hui les priorités et le fonctionnement des systèmes de santé du Sud comme du Nord. Il démontre qu'il faut impérativement dépasser ces modèles et adapter les politiques de santé aux besoins des professionnels et aux attentes des patients, et fait ainsi de son ouvrage un manifeste en faveur de la création d'un réel espace de dialogue entre les différents acteurs des systèmes de santé.

Prix de vente : 20 euros.

Bon de commande : Éditions Charles Léopold Mayer, 38, rue Saint-Sabin, 75011 Paris France. Tél/Fax : 33 (0) 1 48 06 48 86, ou par carte bancaire, ou diffusion@fph.fr.

Le livre est également disponible en librairie : diffusion Karthala.