

Bulletin des parrainages

Pour une médecine de campagne en Afrique

N° 8 - Juin 2005



A l'occasion de l'Assemblée Générale de Santé Sud qui a eu lieu les 18 et 19 juin derniers, nous avons pu faire le point avec nos deux coordinateurs, les docteurs Yacouba Koné au Mali et Clément Razakarison à Madagascar, venus à Marseille pour cette occasion. Voici leurs réponses à nos questions

Les projets d'installation de médecins de campagne que vous menez respectivement au Mali et à Madagascar se développent-ils de façon satisfaisante ?

Yacouba Koné : Il y a une bonne dynamique qui s'est amplifiée avec la décentralisation et la création des communes rurales. Les maires, de plus en plus, viennent nous voir car ils veulent un médecin pour leur commune. C'est l'exemple de certains chefs-lieux pourvus d'un médecin de campagne qui fait tache d'huile : les gens veulent être soignés par un « vrai » médecin, et de moins en moins par des soignants peu qualifiés. Au niveau des autorités sanitaires, c'est la même chose : les directeurs régionaux de la santé nous sollicitent car ils se rendent compte des effets positifs d'une médicalisation de proximité sur la santé des populations.

Clément Razakarison : le contexte est plus favorable à Madagascar avec le nouveau pouvoir qui veut développer des collaborations entre le public et le privé. Notre concept de médecin « privé-communautaire », c'est-à-dire un médecin qui s'installe en privé dans un village avec une convention d'association au service public, est bien adapté à l'évolution de notre système de santé et commence à être connu. Le bouche à oreille fonctionne et les jeunes médecins viennent nous voir pour s'informer, avoir des précisions. Comme au Mali, les nouveaux maires se mobilisent d'autant plus que le Président les a fait directement responsables du développement de leurs communes, à charge pour eux de trouver les meilleures solutions. C'est ainsi que certains maires, par exemple, mettent à disposition des locaux et font le maximum pour faciliter la venue d'un jeune médecin.

A côté de cette dynamique positive, et qui vient en grande partie des populations ce qui est très significatif, quelles sont vos principales difficultés ?

Clément Razakarison : les mentalités restent difficiles à faire évoluer, aussi bien du côté des autorités qui ne connaissent que la fonction publique sans pouvoir imaginer autre chose que des jeunes médecins qui vivent dans l'attente d'un poste en prenant très peu d'initiatives. La médecine de famille que le projet tente d'introduire, avec un médecin qui prend des initiatives et se déplace, nécessite des changements de comportement qui prendront du temps.

Yacouba Koné : j'ai le sentiment de courir tout le temps, prix entre l'identification des sites, les études de faisabilité, la formation et l'installation des médecins... Cette année, 200 médecins vont être diplômés. Nous ne pourrions pas tous les aider à s'installer dans de bonnes conditions ce qui aura pour effet, comme dans les années précédentes, de déplorer des installations spontanées peu satisfaisantes.

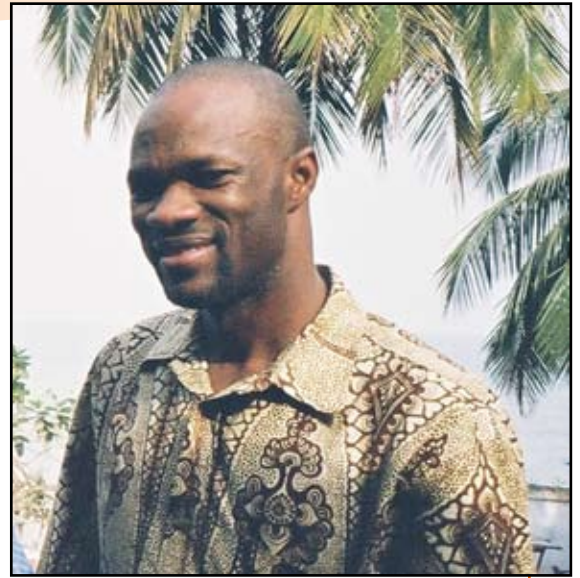


Dr. Clément Razakarison

Quelles sont vos perspectives d'ici la fin de l'année ?

Yacouba Koné : 15 nouveaux médecins de campagne vont être formés en juillet, si bien que nous allons bientôt atteindre la centaine de médecins de campagne au Mali. Avec six médecins Maîtres de stage, nous allons améliorer le suivi et aider l'Association des Médecins de Campagne (AMC) à promouvoir la qualité des soins en développant le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des maladies (épilepsie, hypertension, VIH-Sida).

Clément Razakarison : d'ici la fin de l'année, nous avons prévu d'installer 12 nouveaux médecins, ce qui nous fera une quarantaine de médecins généralistes communautaires. Mon but, c'est qu'ils soient tous bien assis dans leur métier et reconnus, aussi bien par les populations que par les autorités sanitaires.



Dr Yacouba Koné

Témoignage

Le docteur Jean Buge, au côté de son confrère malien le docteur Mamadou Coulibaly, témoigne des difficultés pour mettre en place une évacuation sanitaire.

« Cette jeune femme de 25 ans, enceinte de 3 mois, a déjà consulté il y a 3 jours pour des douleurs abdominales. Ce soir le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue est évident.

C'est tragique car j'avais pressenti le drame et que, dans mes conditions d'exercice, la jeune femme aurait eu dans les heures suivantes une échographie. Comment obtenir une écho en urgence quand le premier appareil est à Fana, situé à 120 km de piste !

Il faut l'évacuer mais personne ne répond aux multiples appels radio de Mamadou à l'hôpital de référence pour obtenir un véhicule d'intervention.

Il arrivera à communiquer avec Dioïla, le chef lieu dont nous dépendons, mais il lui sera impossible d'obtenir que Dioïla contacte Fana par téléphone pour demander l'intervention du véhicule...

La bêtise et l'irresponsabilité administratives sont universelles et ont conduit à ce que cette femme de 25 ans parte à moto, de nuit, avec un risque vital majeur pour 60 km de piste dont je ne suis pas sûr qu'elle ait vu le bout ».



Visite à domicile



Le centre de
santé rural du
Dr M. Coulibaly
à Diébè.



Témoignage

Le Docteur Dominique Bourgeois de Neuchatel (Suisse) s'est rendu en mars 2005 auprès de son confrère malien installé à Péguéna. Il raconte...



J'ai voyagé en bus local sur le « goudron », tout à fait correct, et puis dans un camion pour les 22 km de piste jusqu'à Péguéna.

Le centre de santé est composé de deux bâtiments, l'un pour la consultation, le traitement, l'observation, la pharmacie et le laboratoire, l'autre pour la maternité. Ils sont en bon état. Il existe un double système électrique, d'une part des panneaux solaires avec batteries et éclairage solaire, et d'autre part, un petit groupe électrogène qui permet d'avoir une meilleure lumière et de recharger des batteries (aussi pour le village !).

Le gérant Mamadou reçoit les patients à son guichet, il encaisse le prix de la consultation et ensuite, au retour de celle-ci, il délivre les médicaments prescrits avec le paiement.

Mon confrère, le docteur Moussa Sogoba, consulte, traite, visite les patients hospitalisés, contrôle le travail des matrones et fait quelques analyses dans son laboratoire. Un aide-soignant, un homme « à tout faire » et trois matrones font partie de l'équipe. Ils ont été formés « sur le tas ». Le centre gère la santé de 14 000 personnes issues de plusieurs villages.

Au vu de la simplicité des installations, le Dr Moussa donne des soins de bonne qualité : il est très disponible, il a le sens clinique, il connaît les affections courantes et pratique étonnamment bien la chirurgie (avec un matériel limité). Il connaît ses patients et leurs familles, et il est attentif à leurs problèmes.

En plus des consultations courantes que nous faisons ensemble, nous avons eu plusieurs cas graves, entre autres :

- Une péritonite par perforation de l'intestin grêle sur typhoïde qui a été opérée (les signes étaient ceux d'une appendicite). Il y avait beaucoup de pus. La perforation a été suturée après important lavage péritonéal et un drain

a été posé. Dans les soins post-op, pendant une semaine, perfusions avec antibiotiques. La jeune fille s'en est tirée.

- Une méningite chez un enfant de six mois avec état convulsif, traitée par perfusion et association d'ampiciline / gentamycine (la PL a permis de faire le diagnostic en révélant des leucocytes et des micro-organismes sous forme de coques).

- Un accouchement avec placenta praevia et un important saignement ayant nécessité une césarienne avec enfant mort-né, mais la femme a été sauvée malgré une anémie très marquée.

Pendant mon séjour il n'y a pas eu de transfert de patients à l'hôpital de référence. L'obstacle principal est le financement : il faut payer le transport d'environ 30 000 CFA (45 €), et ensuite tous les soins à l'hôpital qui seront élevés. Heureusement, le Dr Moussa est là pour prendre en charge les urgences.

On aurait probablement dû envoyer à l'hôpital la femme avec le placenta praevia mais on ne connaissait pas au départ le diagnostic, et la famille ne trouvait pas les moyens pour ce transfert. C'est là qu'on voit la nécessité d'une présence médicale continue.

Nous avons longuement discuté de questions financières, le problème principal étant que les malades ont de la peine à payer en dehors de la période où ils reçoivent l'argent du coton. Il existe un projet de mutuelle qui est en cours. Plusieurs personnes sont au courant, mais il est difficile de convaincre les premiers qui adhéreront, ce qui ferait boule de neige. Ce projet est excellent car il permettrait de mieux se faire soigner. Grâce à la présence des médecins de campagne, je pense que la création de mutuelles locales devient possible et apportera beaucoup.



Avec votre concours qui rassemble
149 parrainages

Cents médecins de campagne soutenus par Santé Sud

En janvier 2005, nous avons recensé cent médecins généraliste qui exercent en milieu rural au Mali et à Madagascar regroupés dans trois associations professionnelles partenaires de Santé Sud :

- L'Association des médecins de campagne du Mali (AMC) forte de 77 membres répartis majoritairement dans trois régions : Sikasso, Koulikoro et Kayes.

- L'Association des médecins de campagne de Madagascar (AMC-MAD) avec 13 membres installés dans la Province d'Antananarivo (région d'Antsirabé et Moyen Ouest).

- L'Association TEALONGO comprenant 10 médecins installés dans le Sud de la Grande Ile, autour de Tuléar.

Dans ces deux pays, il existe une structure d'appui à la médicalisation des zones rurales pilotée par un ancien médecin de campagne, à Bamako (Santé Sud Mali) et à Antananarivo (Santé Sud Madagascar).

Il convient de noter, en plus, quelques projets ponctuels réalisés dans d'autres pays : en Côte d'Ivoire, l'installation d'un médecin à Piandrou près de Man, en 2002, qui a dû malheureusement fuir son poste lors des événements ; en Casamance, l'installation d'un médecin dans le centre de santé municipal de Bignona en 2003 ; au Cameroun, la création d'un centre médical communautaire dans le village de Leboudi en 2004. Ces installations test n'ont pas enclenché jusqu'à présent, pour des raisons liées aux contextes, de véritables programmes de médicalisation comme au Mali et à Madagascar. Mais peu à peu l'idée fait son chemin car la médecine de famille correspond à un vrai besoin ressenti par les populations.

Votre soutien est indispensable pour poursuivre notre action et nous vous remercions de nous accompagner dans ce projet.

Savoirs d'Afrique

Dans de nombreux pays d'Afrique, on a vu se développer la « participation communautaire » depuis une quinzaine d'années, une façon politiquement correcte d'imposer aux populations le financement de leurs soins. C'est ainsi qu'au Mali, par exemple, la santé en l'an 2000 était financée à 20% par l'Etat, 14% par l'aide extérieure et... 66% par les ménages eux-mêmes.

Cette participation contributive est indispensable en l'absence de sécurité sociale, mais elle n'a pas entraîné pour autant l'amélioration de la qualité des soins. La conséquence s'observe un peu partout et de plus en plus : les patients ne sont pas satisfaits et le disent.

C'est le début d'un éveil collectif, de ce droit à la santé que les populations commencent à revendiquer. Elles veulent devenir partie prenante des systèmes de soins, à hauteur de leur participation.



Les médecins malgaches réunis pour la première fois en décembre 2004 pour une formation à la pratique de la médecine de famille.

Santé Sud

200 bd National,
Le Gyptis Bt. N
13003 Marseille

Tél : 04.91.95.63.45

Fax : 04.91.95.68.05

E-mail : santesud@wanadoo.fr

Site web : www.santesud.org

Rédaction : Dominique Desplats

Réalisation : Anne Deflorenne