



Enfance vulnérable

Les enfants sont les premières victimes du sous-développement et lui paient un lourd tribut : morbidité, mortalité, abandon, handicap sont souvent les conséquences de la précarité économique et du sous-développement sanitaire, mais ils résultent aussi parfois du poids des traditions ou du manque de formation.



Cependant des structures d'accueil existent, des acteurs de terrain se mobilisent, des politiques se mettent en œuvre, des projets sont menés, avec des résultats tangibles. Ce numéro « spécial enfance » en témoigne.

Améliorer la condition des enfants abandonnés et orphelins

p 2 à 5

- **Maghreb : Mieux accueillir l'enfant abandonné et faire reconnaître ses droits**
 - Un contexte délicat : comment, dans des sociétés où l'abandon est souvent nié, des associations partenaires de Santé Sud se sont mobilisées pour améliorer l'accueil des enfants.
 - Algérie : Le combat de l'AAEFAB
Un interview de M. Mourad Preure.
 - Tunisie : En pouponnière
Le témoignage des assistantes maternelles des Associations la Voix de l'Enfant à Nabeul et Errafik à Sfax.
- **Centrafrique : Améliorer la condition des orphelins du Sida**
16% des enfants centrafricains sont orphelins, la moitié d'entre eux suite au décès du sida de leurs parents. Un programme élaboré par le Ministère des Affaires Sociales de la République Centrafricaine pour leur venir en aide a été confié à Santé Sud.

Prévenir la mortalité infantile

p 6 et 7

- **Mauritanie : une action efficace**
Le Dr Jean-Claude Madelin, pédiatre, a effectué deux missions pour Santé Sud dans la région de Néma où un enfant sur 5 meurt avant l'âge de 5 ans. Il témoigne des difficultés rencontrées et des progrès accomplis en partenariat avec les professionnels de santé de la région.

Le cœur et la tête

L'idée de la souffrance des enfants est insupportable. Comment refuser de «faire un geste» pour leur venir en aide ? Aussi est-il tentant de jouer sur la sensibilité des donateurs. On voit ainsi fleurir, sur les enveloppes d'appel aux dons, des «accroches» dramatiques, sur les sites, des images d'enfants décharnés... car «ça marche» ! Les «fund-raisers» vous le diront : un message «tragique» rapporte cinq fois plus qu'un message «soft»...

De l'appel à l'émotion à la manipulation pure et simple, il n'y a qu'un pas, l'actualité récente vient de nous en fournir la preuve.

Face à cette dérive, chacun a sa part de responsabilité : ONG pour qui la fin justifie les moyens, media qui privilégient une information-spectacle, axée sur l'urgence, simplificatrice à outrance, donateurs peu enclins à investir dans «le long terme» : prévention, formation des acteurs locaux... peu spectaculaires, «tangibles», gratifiantes émotionnellement.

Certaines ONG, dont Santé Sud, s'interdisent d'utiliser des images contribuant à donner une fausse vision des pays du sud : non, tous les enfants africains ne sont pas faméliques, la plupart sont correctement nourris, bien habillés et très joyeux. Non, les pays africains ne sont pas des déserts qui attendent leur salut des aventuriers «blancs» de l'humanitaire... mais des lieux où de nombreux acteurs, attachés à leur pays, luttent pour améliorer les choses, avec des résultats.

Nous les connaissons bien à Santé Sud : ce sont nos partenaires, ce sont eux que dans une perspective de développement durable, nous avons choisi d'aider, dans le respect des politiques et des cultures locales, afin qu'ils puissent mieux aider les femmes, les hommes et les enfants en difficulté dans leur pays. Car ils sont les mieux placés pour le faire. Ce sont eux dont nous voulons faire entendre la voix.

Le Président, Guy FARNARIER

Les plus vulnérables des enfants sont ceux qui ne bénéficient plus de la protection familiale, que leurs parents aient été emportés par la maladie ou que la détresse de leur mère ait entraîné leur abandon.

Lorsque la solidarité familiale ou sociale ne joue plus ou mal, les services publics et les associations prennent le relais.

Au Maghreb, pour les enfants abandonnés, comme en République Centrafricaine, pour les orphelins du sida, Santé Sud travaille en partenariat avec des acteurs locaux pour améliorer la qualité de la prise en charge des enfants.

Maghreb : Mieux accueillir l'enfant abandonné et faire reconnaître ses droits

Un contexte délicat

Le poids de la tradition

La tradition en Algérie et en Tunisie réprime les relations « hors mariage » condamnées par la religion. L'enfant né de ce type de relations est considéré comme un déshonneur pour la famille et n'a pas de statut juridique.

En Tunisie, 700 à 800 enfants sont abandonnés chaque année. Les enfants abandonnés à la maternité sont généralement recueillis par l'Institut National de la Protection de l'Enfance (INPE) basé à Tunis. Il s'agit d'une unité de vie de 220 berceaux. Depuis 15 ans des pouponnières associatives telles celles qui ont été créées par la Voix de l'Enfant, ou Errafik, partenaires de Santé Sud, s'organisent pour les accueillir dans des structures plus petites.

En Algérie, on estime le nombre d'abandons à environ 5 000 par an. Parallèlement aux structures publiques, L'AAEFAB (Association Algérienne Enfance et Familles d'Accueil Bénévoles) qui se bat pour la reconnaissance des droits de l'enfant abandonné et l'amélioration de sa prise en charge joue un rôle très important.

Hormis en Tunisie, l'adoption en tant que telle, avec sauvegarde de la filiation, n'existe pas dans les pays où l'Islam est religion d'Etat. En Algérie, notamment, il n'existe que la *Kafala* qui correspond à une tutelle ou une délégation d'autorité parentale prenant fin à la majorité de l'enfant. La *Kafala* n'est pas assimilable à l'adoption, mais dans le vocabulaire algérien le mot adoption est utilisé par les parents qui ont un enfant en *kafala*.

Une formation peu développée

Dans les deux pays, les enfants accueillis en pouponnière courent le risque de carences affectives graves se traduisant par des signes d'« hospitalisme » et des handicaps souvent réhivitoires pour leur adoption, si on ne leur offre pas des soins et un contexte affectif appropriés.

La prise en charge des nourrissons abandonnés est donc délicate. Elle comporte des exigences techniques (hygiène, aseptie) mais également psychologiques (éviter les carences affectives).

Une prise en charge pluri-disciplinaire est nécessaire.

Or, il n'existe pratiquement aucune formation adaptée dans les pays du sud de la Méditerranée.



En Tunisie, il n'y a pas de formation initiale d'auxiliaire de puériculture. En Algérie, la seule formation pour la prise en charge des nourrissons (0-2 ans) est dispensée par l'AAEFAB.

Accompagner les associations

Depuis 1994, Santé Sud appuie le travail des associations accueillant des nouveaux-nés abandonnés ou orphelins, dans le but d'améliorer la qualité et les capacités d'accueil en pouponnières.

Les différents programmes prennent en compte en ensemble d'éléments car il ne suffit pas d'équiper une pouponnière, il faut encore que le personnel soit bien formé, et que l'association d'accueil soit organisée de façon à favoriser une action à long terme.

En Algérie, par exemple, Santé Sud a permis la construction d'une nouvelle pouponnière, Palm Beach, pouvant accueillir 42 nourrissons ainsi que l'installation du chauffage et de la climatisation.

Mais l'intervention repose sur une logique de formation plutôt que de moyens. L'objectif primordial est de former des auxiliaires puéricultrices à même d'assurer un développement psychique et physique équilibré des enfants, afin que ceux-ci puissent être adoptés dans les meilleures conditions.

Dans un troisième temps, l'accompagnement des cadres et dirigeants des associations permet d'améliorer l'organisation de l'association autour de projets associatifs mobilisant les énergies autour d'objectifs pérennes.

Enfin l'objectif des associations partenaires de Santé Sud n'est pas seulement de pouvoir accueillir mieux et plus d'enfants en pouponnière, mais aussi de faire en sorte que les mères célibataires puissent un jour récupérer leur enfant si elles le souhaitent. Ainsi, en Tunisie, la Voix de l'Enfant de Nabeul s'efforce de venir en aide à ces femmes en détresse en appuyant leur réinsertion socioprofessionnelle. C'est aussi aujourd'hui un objectif important pour les autres pouponnières et les mères reprennent de plus en plus souvent leurs enfants compte tenu des évolutions sociales et économiques qui se font jour dans le pays.

Algérie : le combat de l'AAEFAB

Créée il y a 23 ans à Alger par deux parents adoptifs, Temi et Jacky Tidafi, l'Association Algérienne Enfance et Familles d'Accueil Bénévoles a été dès l'origine une association militante, menant un double combat : la reconnaissance des enfants abandonnés et l'amélioration de leur prise en charge. Son action repose sur trois piliers :

- accueil des enfants dans deux pouponnières,
- formation des berceuses dans un Centre de Formation également ouvert à des stagiaires travaillant en pouponnières publiques,
- diffusion des savoirs grâce à un Centre de Ressources ouvert depuis peu.

Les pouponnières accueillent des enfants abandonnés, amenés par des assistantes sociales de la Direction des Affaires sociales. Elles les prennent en charge en attendant leur « adoption » par une famille d'accueil qui ne peut intervenir avant trois mois afin de respecter les droits de la mère biologique reconnus par la Loi algérienne. Actuellement, dans les pouponnières de l'AAEFAB, 30% des enfants sont repris par leur mère. Les parents qui souhaitent adopter un enfant sont de plus en plus nombreux, ce qui révèle un changement de mentalité profond.

La méthode de prise en charge utilisée dans les pouponnières de l'AAEFAB et enseignée au Centre de formation est inspirée de la méthode de Locsy, introduite par les fondateurs. Elle repose sur des principes visant à un développement physique et affectif harmonieux de l'enfant : le bébé est une personne à qui on parle, il a besoin d'avoir des repères matériels et affectifs stables, il est encouragé à l'initiative et à l'autonomie.

En application de ces principes, ce ne sont pas les parents adoptifs qui choisissent l'enfant mais l'équipe de la pouponnière et... l'enfant qui choisissent les parents.

Depuis mars, l'AAEFAB a un nouveau Président : Mourad PREURE, expert pétrolier international, professeur de stratégie et écrivain, père adoptif de Mouni.

En route pour la pouponnière d'Hadjout, 80 km d'Alger, où allait se tenir un « Kafala café », moment d'échanges pour les parents adoptifs, il a livré à Sylvie Nègre et Thérèse Hiebel, membres de Santé Sud, sa vision de l'évolution de l'abandon en Algérie et de l'avenir de l'Association.



D.R.

Comment le problème de l'abandon en Algérie se pose-t-il aujourd'hui ?

« C'est une question difficile, une question tabou encore mal assumée. Avec la fin des années noires, la société respire et devient dans certains cas plus permissive. Les décalages de niveau de vie s'accroissent, la prostitution se développe. Les jeunes filles venues de l'intérieur du pays sont prises dans une spirale qui les conduit à l'abandon.

Par ailleurs des phénomènes marchands se développent. Des bébés sont « vendus » par leur mère, c'est arrivé récemment, presque sous les yeux de nos professionnelles impuissantes. Je me pose la question de l'adaptation de l'AAEFAB à cette évolution.

En quoi l'AAEFAB a-t-elle contribué à l'amélioration de la prise en charge des enfants abandonnés ?

« L'AAEFAB a opéré une révolution en Algérie, en introduisant une approche moderne de la kafala (adoption) traditionnelle. De nombreuses démarches et un travail de communication intense, dans lequel Temi TIDAFI, grand humaniste, a joué un rôle moteur, ont abouti à l'émission, en 1991, par le Conseil Supérieur Islamique d'une « fatwa » qui a permis de faire voter une loi consacrant le droit de l'enfant à porter le nom de son père adoptif lorsqu'un juge prend une décision de « kafala ».

L'inscription sur le livret de famille était également prévue mais cet acquis a été remis en cause. Cela reste un combat à mener. Le caractère irréversible de la décision de kafala en est un autre : Un grand père a réclamé des années plus tard un enfant adopté et il a eu gain de cause !

(Suite en page 5)

Tunisie : en pouponnières

Elles les soignent, les nourrissent, les couchent, les consolent, les éduquent... et ont souvent le cœur serré : Ce sont les assistantes maternelles employées par des pouponnières associatives. mises en place par nos partenaires : la Voix de l'Enfant à Nabeul et à Kairouan, Errafik à Sfax.

Les écouter permet de toucher du doigt la détresse mais aussi l'évolution des enfants abandonnés, l'importance d'une prise en charge de qualité pour leur développement et le chemin accompli grâce à l'évolution de la législation et la formation de ces assistantes qui avaient appris leur métier « sur le tas ».

L'état des enfants

« On rencontre beaucoup de problèmes avec les enfants, quelques-uns sont très agités, surtout ceux qui sont là depuis longtemps : ils se balancent, mangent le bois de leur berceau, refusent la nourriture, le lit... Ils souffrent d'être séparés de leur mère.

Les enfants qui n'ont pas de visite deviennent agités. Ceux qui en ont aussi, si un jour leur maman ne vient pas, ils peuvent tomber malades. Heureusement, le nombre d'enfants qui reçoivent des visites de leur mère chaque jour ou les voient souvent augmente régulièrement ».

Le devenir des enfants

« Nous les gardons jusqu'à deux ans et quelque, ensuite soit leur mère les reprennent, soit ils sont adoptés, soit ils sont pris en charge par les services de l'Etat.



D.R.

La reprise est de plus en plus fréquente. Je pense à un cas où la mère a fait un gros effort pour récupérer sa fille et lui permettre de porter le nom du père, ce que permet la nouvelle Loi. Si l'analyse génétique confirme la filiation, le père est obligé de reconnaître l'enfant, de lui donner son nom et de verser une indemnité. Mais il faut aller devant les tribunaux ».

Le travail des assistantes maternelles et leur relation avec les enfants

« C'est dur d'être assistante maternelle, car nous ne sommes pas les mères mais les enfants nous attendent et s'attachent à nous. Ils reconnaissent l'odeur de leur assistante préférée, tout comme celle de leur mère. Nous constituons leur point de référence, comme leur lit, leurs jouets. Nous aussi nous nous attachons à eux. Mais nous ne nous occupons pas toujours du même bébé, nous travaillons par roulement et nous essayons de préparer l'enfant à sa sortie ».

« On joue beaucoup avec eux, mais on n'a pas toujours le temps. Notre charge de travail est importante, nous avons un gros travail d'observation et de suivi auquel nous avons été formées. Nous remplissons différents cahiers de vie. L'un comporte des feuilles d'alimentation et de soins, l'autre des observations sur les enfants, le troisième est un résumé de tous les événements pendant un mois. Nous échangeons beaucoup sur les enfants, avec la psychologue, avec la Directrice, entre assistantes et en cas de difficulté, on trouve toujours la solution.

L'évolution des enfants

« Chaque enfant est unique. Mohammed est arrivé à l'âge de trois mois, très agité, il ne savait pas téter au biberon, maintenant il va bien, s'est habitué à son nouvel environnement, cherche le regard de sa nurse. Celui-ci est venu à l'âge de cinq mois, il est vite entré en contact avec les nurses et est très actif, mais il a ces balancements qui sont préoccupants. Chacun a son lit qu'il garde de son arrivée jusqu'à son départ et ses propres vêtements. Cela les sécurise ».

« Ils sont très intelligents, ils savent ce qu'ils ont à faire, ils sentent la nervosité de leur assistante. Souvent ils essaient d'attirer notre attention, ils gazouillent, ils prennent notre main pour marcher. C'est nous qui les avons éveillés. Ils sont parfois très précoces pour se mettre debout, pour parler. Certains présentent des retards psycho-moteurs mais lorsqu'ils sont bien pris en charge, il y a une bonne évolution ».

La prise en charge n'a cessé de s'améliorer, grâce aux formations que nous avons suivies mais aussi aux améliorations qui ont pu être apportées dans l'agencement des locaux. Ainsi nous avons récemment créé une salle pour les plus grands, leur permettant de ne pas rester tout le temps dans leur lit et cela a eu un très bon impact sur leur comportement.



D.R.



D.R.



D.R.

République Centrafricaine : Améliorer la condition des orphelins du sida

Une situation dramatique

Avec un taux de prévalence de plus de 15%, la Centrafrique est un des pays les plus touchés par le Sida. Sur 290 000 enfants orphelins (16% des 2 millions d'enfants de moins de 18 ans que compte la Centrafrique), 110 000 le sont suite au décès du Sida d'au moins 1 parent et ce nombre devrait doubler d'ici à 2015.

La solidarité familiale joue à plein (34% des ménages ont au moins un orphelin à charge, 25% des orphelins vivent dans des familles de plus de 10 personnes) mais la société ne parvient plus à prendre en charge ce fardeau croissant.

Conséquence de cette situation : Les orphelins sont, dans une grande majorité, victimes de violations grave de leurs droits, de spoliations, sont mal logés, mal nourris, déscolarisés (pour près de la moitié d'entre eux) et souvent exploités. Ces mauvais traitements incitent les enfants à trouver leur salut dans la rue. Les orphelins doubles (père et mère morts du Sida), suspectés d'être eux-mêmes malades et considérés comme susceptibles de contaminer les autres enfants, sont particulièrement vulnérables.

Une action-pilote

Face à cette situation, un Plan stratégique National a été mis en place. Santé Sud a été choisie en raison de la pertinence de son approche et de la rigueur de sa gestion, par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale de la Centrafrique pour mener à bien un projet financé par l'AFD (Agence Française de Développement) visant à améliorer les conditions de vie des orphelins et enfants vulnérables, en renforçant les capacités des acteurs publics et associatifs locaux.

Santé Sud mènera une action-pilote - confiée à Rajmonda Zajmi, Chef de Projet à Bangui - de prise en charge globale et pluridisciplinaire, allant du diagnostic précoce à l'insertion sociale, de 500 orphelins et enfants vulnérables dans deux quartiers de Bangui.

Les efforts porteront plus spécifiquement sur la réduction de leur vulnérabilité alimentaire, psychologique et sociale, des risques

de contamination qu'ils encourent, des rejets et comportements stigmatisants dont ils sont l'objet ainsi que sur une meilleure intégration familiale.



D.R.

(suite de la page 3)

Quelles sont les orientations de l'AAEFAB pour l'avenir ?

« Augmenter les possibilités d'accueil des bébés de l'AAEFAB n'est pas réaliste. Par contre son potentiel en matière de formation, conceptualisation, diffusion des meilleures pratiques, lobbying est infini. L'AAEFAB doit continuer à être, de manière plus efficiente, un ouvrier de perspectives. L'accueil des bébés dans nos pouponnières qui est notre pôle d'excellence nous permet de parler de la prise en charge, de diffuser nos méthodes, notre savoir faire par des supports, des modules de formation, des approches s'inspirant des dernières avancées du management des connaissances, pour les pouponnières d'Algérie.

Nous souhaitons aussi aider d'autres pays du continent africain à mettre en place des pouponnières, des politiques publiques sur l'enfance abandonnée. Les nouvelles

technologies faciliteront les relations avec des partenaires au Burkina Faso ou au Mali, par exemple. La méthode de Locsy peut être enrichie par l'expérience des pays du Sud.

L'AAEFAB était devenue un organisme de gestion, mais c'est essentiellement une association militante avec une activité opérationnelle qui la tient en alerte. Je sens déjà une dynamique au sein de l'association à travers les « kafala café », les journées du volontariat, les soirées parents. Nous voulons ouvrir notre bureau aux jeunes et les coacher ».

Quel est l'apport de Santé Sud à votre projet et qu'en attendez vous ?

« Santé Sud a accompagné l'Association dans l'élaboration de son projet associatif. Cet accompagnement a favorisé les discussions internes et m'a aidé dans ce que je veux faire. Je suis un militant du

partenariat et pense qu'une association ayant un grand potentiel comme l'AAEFAB peut apprendre beaucoup, dans une relation d'égal à égal, d'un partenaire expérimenté comme Santé Sud.

Je souhaite apporter un état d'esprit conquérant, développeur, générateur d'idées pour l'Algérie et le reste du monde. Nos professionnelles ont des choses à apporter. Elles ne doivent plus douter d'elles mêmes, il faut qu'elles se regardent différemment. Lors du voyage d'étude à Montpellier en 2007, ce sont elles qui ont été écoutées, qui avaient des choses à apprendre aux professionnels français. C'est un renversement de perspectives.

Nous enclenchons un cercle vertueux, les ressources vont venir avec un partenariat international fécond. Durant les années noires l'AAEFAB s'est mise en veilleuse, maintenant elle se réveille ».

Mauritanie : une action efficace

Dans la Région de Néma, un enfant sur 5 meurt avant l'âge de 5 ans.

Mais le programme d'appui aux structures locales mené depuis plusieurs années par Santé Sud, à la demande des autorités locales, avec un objectif spécifique d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant porte ses fruits : formation du personnel, amélioration des structures d'accueil, amélioration du système d'évacuation, travail d'information et de prévention se sont traduits par des résultats tangibles.

Le Dr Jean-Claude Madelin, pédiatre, qui a effectué deux missions à Néma, sous forme notamment d'un compagnonnage avec le Dr Abd-el-Malek, chef du service de pédiatrie de l'Hôpital de Néma, témoigne des progrès accomplis.



Dans la région de Néma plus d'un enfant sur 5 meurt avant l'âge de 5 ans et un sur deux présente un retard de croissance. Quelles en sont les causes ?

Il y a d'abord un problème de dénutrition majeure. En Mauritanie, pays d'Afrique subsaharienne, il n'y a pas de malnutrition. En effet les grandes sécheresses des années 70-80 ont décimé les populations et le bétail dans les régions désertiques. Mais depuis 1980, avec une population moindre, on voit se réinstaller les troupeaux et il y a eu des années assez fastes. Comme les populations sont peu importantes, les capacités de nutrition sont globalement suffisantes. Mais la nutrition présente des caractéristiques un peu particulières. Avec des troupeaux de chameaux, de brebis et de chèvres, l'alimentation est surtout à base de viande et de produits lactés et il y a des carences sélectives : vitaminiques, en fruits et légumes et aussi en fer. Les femmes enceintes sont anémiques par manque de fer et au niveau des bébés, c'est catastrophique. Autre paradoxe : il y a beaucoup de pêcheries, mais le poisson part surtout à l'exportation et n'est pas transporté jusque dans la région très saharienne de Néma.

La dénutrition est aussi liée à la situation mère-enfant. Carencées, de santé fragile, elles donnent souvent naissance à des prématurés qui naissent - parfois à 6 mois - avec des carences sévères et n'arrivent pas à « remonter la pente », tant les séquelles de cette grande prématurité sont graves et ces enfants sont les premières victimes des infections courantes et des épidémies.

Nous avons travaillé avec la maternité de l'Hôpital régional de Néma sur ce problème, mais les femmes viennent y accoucher et repartent 24 h après. Le suivi est difficile. Il y a un très gros projet du Ministère de la Santé qui porte sur la prévention, avec un volet nutrition. Une campagne d'information est prévue sur le thème : « la dénutrition et les petits poids ».

Mais les causes nutritionnelles ne sont pas les seules. Il y a aussi des phénomènes infectieux, essentiellement le paludisme. J'ai vu mourir beaucoup d'enfants de ce fléau, alors qu'on aurait pu les soigner, essentiellement parce que lorsqu'ils arrivent à l'Hôpital, il est trop tard, ils sont en état de coma, dans des situations neurologiques dépassées.

Des moustiquaires ont été distribuées, mais elles ne sont pas utilisées. La mise en place des traitements est aussi trop tardive et ne se fait pas bien. Il y a un problème d'éducation sanitaire.

Il y a une médecine maraboutique de première intention : scarifications, pose de produits : bandelettes, amulettes ... qui fait perdre un temps précieux. Et plus les enfants sont jeunes, plus la mortalité est élevée. Heureusement, il y a maintenant de nouveaux produits, tels que l'ASAQ dont le coût est très faible (0,50 dollars pour un traitement de 5 jours) qui peut révolutionner la situation.

Outre le paludisme, il y a aussi les infections respiratoires qui sont à l'origine de plus de 25% des hospitalisations. Le plus souvent elles résultent d'un défaut d'hygiène. Des vaccinations sont prévues mais elles ne sont pas encore mises en place.

Enfin, il y a des diarrhées, des parasitoses, de la malnutrition qui résultent souvent de certaines habitudes familiales. Ainsi on donne de l'eau aux bébés dès la première semaine même quand la mère les allaite. Or l'eau n'est pas toujours bouillie, c'est souvent de l'eau du marigot qui est infectée. Il vaudrait mieux donner du thé. A l'état digestif chronique s'ajoutent les épidémies. J'ai vu plusieurs épidémies de choléra, qui sont très localisées et qui, en l'absence de mesures de prévention, sont redoutables.

En quoi a consisté votre mission ?

Ma mission s'inscrivait dans le cadre du programme d'appui aux structures locales pour améliorer la qualité des soins mené par Santé Sud dans cette région depuis 2000 à la demande des autorités locales, avec un objectif spécifique d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agissait de former les équipes de l'Hôpital régional et d'améliorer la communication entre cet Hôpital et les postes de santé, afin d'améliorer la prévention et la qualité des soins.

Ma mission a pris la forme d'un compagnonnage avec le Chef du Service de Pédiatrie, le Dr Abd-el-Malek qui en est le responsable depuis de longues années, après une formation de base en URSS.

Pendant plusieurs semaines, je l'ai accompagné dans toutes ses activités, je l'ai observé, nous avons échangé et je lui ai fait des propositions.

Mes conseils portaient sur les soins afin que les évolutions médicales actuelles soient mieux prises en compte ainsi que sur l'organisation du service : place du personnel, très peu formé, matériel : dossiers, pancartes... J'ai été aidé dans ce travail par une infirmière de pédiatrie, Marie-Jo Petitfils qui a effectué une mission complémentaire.

Pouvez-vous nous donner quelques exemples d'améliorations concrètes apportées ?

Au niveau des techniques de soin, les améliorations ont surtout porté sur l'asepsie. Ainsi les poses de perfusion étaient effectuées avec beaucoup de dextérité mais l'hygiène n'était pas toujours respectée et on a travaillé sur la rigueur nécessaire.

Au niveau de l'organisation, la transmission était exclusivement orale et c'était parfois à l'origine d'erreurs graves. Nous avons mis en place un protocole, comportant un petit dossier médical, des compte-rendu. Avant il n'y avait pas de dossier.

J'ai beaucoup travaillé avec le médecin. J'ai montré l'exemple d'un examen très systématique mené toujours avec le même protocole, des pieds à la tête en énonçant à voix haute au fur et à mesure ce qui allait et ce qui n'allait pas, rituel qui permet de ne pas passer à côté de quelque chose. Il a trouvé cette façon de procéder intéressante et l'a reprise. Cette relation de confiance entre confrères sur un même pied d'égalité est très importante : c'est ça le compagnonnage.

J'ai aussi participé à la formation organisée par Santé Sud aux techniques modernes comme la radiographie, l'échographie, la biologie, pour lesquelles des équipements ont été fournis par le Ministère de la Santé et Santé Sud. Ça a été un travail très fructueux.

Parallèlement, d'autres intervenants, médecins généralistes ont fait le tour des postes de santé, dans le cadre de missions de compagnonnage avec les infirmiers chefs de poste. L'objectif étant de favoriser le travail en réseau entre l'Hôpital régional et les postes de santé périphériques, notamment en améliorant les liaisons, grâce à la mise en place d'ambulances équipées de systèmes de transmission, condition nécessaires à des évacuations plus faciles et plus rapides.

Quels ont été les résultats du travail effectué ?

Une évaluation externe a montré que le travail accompli avait eu des résultats tangibles (encart)

Au-delà des faits et des chiffres, j'ai eu le sentiment d'une réelle responsabilisation des partenaires qui ont eu envie d'améliorer les performances sanitaires.

Le Médecin-chef responsable du Secteur sanitaire de la Wilaya, le Dr Ethemane, qui est quelqu'un de tout à fait remarquable a été très content, tant des progrès réalisés au niveau de l'Hôpital régional que de la transformation des postes de santé, dont il rêvait depuis longtemps.



D.R.

Les résultats

Des faits

- Toutes les catégories de personnel ont été formées, avec une incidence positive sur la qualité des soins.
- Les réhabilitations ont permis d'offrir à la population des structures de santé accueillantes et fonctionnelles.
- Grâce à la mise en place d'ambulances et à la formation des chefs de poste et des ambulanciers, le système d'évacuation fonctionne.
- La société civile est mieux informée, grâce à la mise en place de femmes-relais dont l'action préventive est efficace.

Des chiffres (2006)

- Dans les 11 structures sanitaires suivies par Santé Sud :
 - 38% des enfants malnutris (contre 6,4% en 2004) sont dépistés,
 - et pris en charge,
 - 57% des accouchements sont désormais assistés.
- A la maternité de Néma :
 - Le nombre de consultations prénatales est passé de 61 à 757,
 - Le nombre d'accouchements à la maternité a doublé.

Les nouvelles

LIBAN

A l'occasion d'une mission de mission de suivi du programme, Marc Lescaudron, les Drs Monique Brillaux, Yves Bernaud et Hubert Tonnellier ont participé à la réflexion engagée depuis plusieurs mois par notre partenaire, l'UNAPIEI, sur la création d'un centre de diagnostic précoce et d'orientation des enfants autistes et des enfants souffrant de déficiences intellectuelles.

Le film « Chacun sa musique » qui constitue un excellent outil de sensibilisation dans ce domaine sera largement distribué auprès de nos partenaires et des professionnels de la petite enfance.

TUNISIE

Santé Sud accompagnera la mise en œuvre des projets institutionnels élaborés par les associations partenaires : Ibnou Sina, La Voix de l'Enfant de Kairouan et Erabii. Cette action financée par le SCAC, Service de coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France à Tunis, sera menée par Sami Ben Jemaa notre représentant en Tunisie ainsi que trois psychologues tunisiens.

MALI



Le Sénégal, à l'instar de plusieurs pays d'Afrique s'intéresse à l'expérience malienne de médecine de campagne. Une délégation de l'Association des Médecins de Campagne du Mali formée des Drs Nimaga et Konaté accompagnés par les Drs Farnarier, Desplats et Coulibaly de Santé Sud est venue présenter aux professeurs et étudiants en médecine de l'Université Cheikh Anta Diop à Dakar. Cette visite était organisée par le Pr Lamine Gueye, représentant de Santé Sud au Sénégal.

MAURITANIE



● **Une nouvelle recrue** : Santé Sud a choisi Aurore Faivre pour la représenter en Mauritanie. Basée à Nouakchott, elle est chargée de développer nos activités. Elle assurera également le relais de l'équipe de Néma auprès de nos partenaires sur Nouakchott. Titulaire d'un Master en Sciences du développement, Aurore a acquis une solide expérience de gestion de projets et connaît bien la Mauritanie où elle a effectué plusieurs missions.

● **Formation** : Le travail auprès des acteurs de santé de la région de Néma se poursuit : formation en néonatalogie du personnel de l'Hôpital de Néma et des infirmiers chefs de postes et infirmières accoucheuses des postes périphériques ; campagne de sensibilisation communautaire dans l'ensemble de la région sur la prise en charge médico-psychosociale des femmes souffrant de pathologies obstétricales.

MADAGASCAR

Trois médecins français, les Drs Pascale Castelli (Bouches du Rhône), Dominique Blanc (Aveyron) et Alain Richet (Ain) ont effectué une mission de compagnonnage auprès de confrères malgaches.

Ce numéro vous a intéressé

Vous pouvez le télécharger sur le site

www.santesud.org

et l'envoyer à vos amis.

Vous y trouverez également les précédents numéros.

Regards croisés Nord-Sud sur la médecine de proximité

Le colloque organisé à Marseille par l'Union Régionale des Médecins Libéraux PACA et Santé Sud a été un succès.

Les apports très riches de chercheurs en sciences humaines et de praticiens du Nord et du Sud ont permis de mettre en lumière les problèmes rencontrés par la médecine de proximité, mais aussi de cerner les évolutions et d'entrevoir les solutions.

Même si la situation n'est guère comparable au Nord et au Sud (315 médecins pour 100 000 habitants en France, 15 médecins pour 100 000 habitants au Mali) des problèmes communs ont été mis en lumière : inégalités d'accès aux soins, faible attractivité du métier de généraliste, contexte social et économique qui pèse sur les relations soignant-soigné...

Au Mali et à Madagascar, pays pionniers en Afrique pour la médecine de proximité, la figure du médecin généraliste s'impose peu à peu dans un contexte où les soins de première ligne étaient laissés aux mains des paramédicaux.

En France, un nouveau profil de médecin se fait jour : féminine dans un nombre de cas croissant, soucieuse de ne pas sacrifier sa vie personnelle aux exigences d'un métier qui n'est plus considéré comme un apostolat, inventif dans la mise au point de nouveaux modes - plus collectifs - d'exercice de la profession.

Il est apparu clairement que - au Nord comme au Sud - la formation doit évoluer et s'adapter pour répondre aux besoins de soins et de prise en charge des problèmes de santé en première ligne. La solution n'est pas économique et l'inégalité d'accès aux soins s'aggraverait si l'on n'est pas capable d'imaginer de nouvelles formes d'exercice et des approches renouvelées qui soient satisfaisantes à la fois pour les patients et pour les médecins.



Les Drs Coulibaly et Rakazarison, représentants de Santé Sud au Mali et à Madagascar ont - avec le Dr Konaté - témoigné de l'évolution de la médecine de proximité dans leur pays.



Ce document a été réalisé avec l'assistance financière de la Communauté Européenne. Les points de vue qui y sont exposés reflètent l'opinion de Santé Sud, et de ce fait, ne représentent en aucun cas le point de vue officiel de la Communauté Européenne.