

# IMMERSION EN COMMUNAUTE

## Rapport de Stage



### **GHANA-2005**

Veronica Maspoli  
Isabel Navarro  
Milana Rasic  
Laurent Sandoz  
Arnaud L'Huillier

Yefri Tuabodum pe kapyta taounle  
chiil'i chiini wemfo Kumasi tuo  
bekkudji tomyè sy

Adjefy tuotuotuo kefaçu djodjodjo  
yefo Kumasi tuo yekudi tomyè sy

Ay maay Bemkutu kesoualé memé Kumasi  
souhé yamama  
mani tso

Politsié enkasayé fyom na massukutsoe  
yessesié tuu stowé tuu stowé  
atsiétsié Nesuawar

Memu ko tuadié kutuadié me yanasano  
Tuabodum, Tuabodum

**Prière ghanéenne en dialecte Ewe**

## TABLE DES MATIERES

<b>1. Introduction</b>	<b>4</b>
a) Le Ghana	4
b) Aflao	4
c) L'hôpital	5
d) Notre projet	6
<b>2. Système de santé Ghanéen</b>	<b>7</b>
a) Organisation géographique du système de santé	7
b) Les coûts de la santé	7
<b>3. Santé communautaire</b>	<b>11</b>
a) Vaccination et soins postnataux	11
b) Planning familial et soins prénataux	23
c) Soins dans les communautés aux alentours de l'hôpital	25
d) Soins dans les communautés éloignées	29
<b>4. Moyens de prévention</b>	<b>33</b>
a) Panneaux publicitaires dans la rue	33
b) Posters dans les centres de soins	35
c) Autres moyens de prévention	37
<b>5. Relation médecin-malade</b>	<b>40</b>
a) Ressources, suivi et communication	40
b) La douleur	41
c) La maternité	42
d) La violence	45
<b>6. Conclusion</b>	<b>48</b>
<b>7. Remerciements</b>	<b>50</b>

# 1. INTRODUCTION

## a) Le Ghana

Dans le cadre de notre stage d'immersion en communauté, nous avons choisi de partir à l'étranger, plus précisément dans un pays d'Afrique sub-saharienne. Le Ghana nous a paru être une destination adéquate, étant donné la situation politique stable et les contacts que nous avons pu obtenir sur place et à Genève grâce à l'IFMSA. Aucun de nous n'avait voyagé en Afrique dans ces conditions et nos attentes par rapport à ce stage étaient différentes, mais l'envie de découvrir de quelle façon les sujets que nous étudions dans des livres étaient gérés dans un pays africain était commune à tous.

Le Ghana est un pays situé sur la côte ouest de l'Afrique, entre la Côte d'Ivoire et le Togo. Il compte environ 20 millions d'habitants, qui parlent plus de 75 dialectes différents, l'anglais étant la langue nationale officielle. Le Ghana fut l'un des premiers pays africains à acquérir son indépendance en 1957, après plus d'un siècle de colonisation anglaise. Ses frontières sont en fait le fruit des Européens, y compris celle qui le sépare du Togo, là où se trouvait l'hôpital où nous avons effectué notre stage. En effet, le peuple Ewe se retrouve aujourd'hui des deux côtés de cette frontière et nous avons pu constater à quel point cette barrière politique n'en était pas une du point de vue humain. Aujourd'hui le Ghana est une démocratie plutôt prospère dans le contexte africain, le taux de chômage étant inférieur à 8% chez les adultes, mais le pays continue à vivre principalement de l'agriculture et de la pêche, le taux d'analphabétisme des adultes est de 30% et le nombre de médecins par habitant est de 1/4000.

## b) Aflao

La ville que nous avons choisie s'appelle Aflao. Elle se situe au bord de l'océan Atlantique, dans le district de Ketu, et compte environ 20'000 habitants. Dans notre guide de voyage, elle est décrite comme « ville frontière chaotique » et c'est effectivement ce qui la rend particulière : elle est à cheval entre ces deux pays, le Ghana et le Togo. En fait, si l'on traverse la frontière d'Aflao, on se retrouve dans la capitale du Togo, Lomé, qui, comme toute capitale, offre des perspectives économiques et de développement plus importantes qu'une petite ville de province... Chaque jour, des centaines de Ghanéens traversent cette frontière pour aller gagner leur vie dans la grande capitale togolaise : enseignants, commerçants, hommes d'affaires... puis reviennent le soir dans leurs familles ghanéennes. Ces familles sont d'ailleurs souvent composées des deux nationalités, mais tous parlent la même langue, l'Ewe. Le français (langue nationale du Togo) et l'anglais leur servent à communiquer avec les autres peuples de leurs pays respectifs ou avec les étrangers.

Dans ce contexte, l'hôpital dans lequel nous étions gérait donc aussi bien des patients d'Aflao et du reste du district de Ketu que certains patients Togolais. L'accès aux soins, économiquement et géographiquement, était loin d'être le même pour tous ces patients. Nous avons noté nos observations dans le domaine du fonctionnement économique du système de santé et de la place qu'occupe l'argent

pour le patient et pour le médecin dans les chapitres « **Relation Médecin-Malade** » et « **Système de santé ghanéen** ».\_

### **c) L'hôpital**

Nous avons tout de suite été frappés par l'aspect ordonné et organisé de l'hôpital, ainsi que par l'abondance de personnel comparativement au nombre de patients. En effet, alors que Pascal, notre « guide », nous disait qu'ils manquaient de lits dans tous les secteurs, nous constatons que la plupart étaient en fait vides chez les adultes, alors que dans les secteurs pédiatrie et maternité certains patients étaient couchés à même le sol...



Le sujet principal de notre stage étant la médecine communautaire, nous ne nous étendrons pas sur les aspects cliniques de l'hôpital, mais il est important de préciser qu'il ne comprenait que trois médecins, dont un était affecté à la santé communautaire et n'exerçait donc pas la médecine, et une autre était une obstétricienne cubaine, en mission à Aflao pour 2 ans. Le dernier médecin était le Dr. Asare Bediako, médecin généraliste de formation, en réalité interniste, gynécologue-obstétricien, chirurgien et directeur de l'hôpital. Un homme très occupé...

Le reste du personnel était composé d'infirmières plus ou moins qualifiées, dont la plupart a appris son métier sur le tas et pratique des actes que seuls des médecins diplômés et expérimentés peuvent faire en Suisse. Ce sont elles qui font tourner l'hôpital, la division de médecine communautaire et tout le reste. Dans ce rapport, nous dressons le portrait des personnes-clés de l'hôpital et qui nous ont le plus marqués.

En ce qui concerne la médecine communautaire et les ressources de l'hôpital d'Aflao en la matière, nous développerons le sujet plus avant dans notre rapport.



#### d) Notre projet

Notre projet de départ portait sur le plan de vaccination au Ghana, sa mise en pratique dans l'Hôpital d'Aflao et dans le district entier de Ketu. Notre but était d'observer l'organisation, le déroulement, les résultats obtenus et les éventuelles lacunes de ce plan de vaccination. Nous avons essayé de voir comment cet aspect de la médecine communautaire trouvait sa place dans un pays africain, dans quel contexte matériel, social et religieux il s'inscrivait. A ce sujet nous avons noté autant de différences avec la Suisse que de difficultés communes, et même si le but ici n'est pas d'établir une comparaison, sachant l'énorme écart économique qui existe entre ces deux pays, il nous paraît tout de même très intéressant d'observer quels sont les éléments qui font la différence.

Notre expérience au sein de l'hôpital ne s'est pas limitée aux vaccinations. Nous avons eu la chance de pouvoir participer à plusieurs autres domaines de la médecine communautaire : suivi des mères et de leurs enfants en pré et post natal, visites des nurses dans les villages, cours de prévention contre la malaria, la tuberculose, les MST ainsi que sur les mesures d'hygiène basiques. Ce sont là les principaux sujets que nous développerons dans notre chapitre « **Moyens de prévention** ».

L'étude de la santé dans une communauté va de pair avec l'observation des mœurs de cette société dans sa globalité. La relation développée entre les soignants et leurs patients s'inscrit dans un contexte social et psychologique qui va bien au delà de celle-ci. Dans notre chapitre « **Relation médecin-malade** » nous traitons de ce qui nous a été possible d'observer dans ce domaine, en faisant un parallèle avec d'autres aspects relationnels intéressants de cette communauté.

## 2. LE SYSTEME DE SANTE GHANEEN

### a) Organisation géographique du système de santé

Le pays est divisé en 10 régions et subdivisé en 140 districts. A ce jour, il y a dans le pays 90 hôpitaux de district, dont l'hôpital d'Aflao, mais le gouvernement espère en avoir 140 d'ici 5 ans.

Dans chaque district on trouve plusieurs centres de soins plus petits, axés principalement sur la santé reproductive et infantile. Le district de Ketu, par exemple, en dénombre 12.

On trouve également de plus petits dispensaires nommés CHPS (community-based health planning service) dans les communautés plus éloignées, qui consistent en des établissements très rudimentaires dont le personnel soignant se limite le plus souvent à une seule infirmière (Fig. 1).



Fig. 1

Mis à part ces établissements gouvernementaux, donc publiques, on trouve également un nombre croissant de cliniques privées (5 dans la ville d'Aflao) qui offrent les mêmes prestations et, d'après les personnes que nous avons interrogées, le même niveau de soins, cela malgré des tarifs plus élevés et une attente plus courte.

### b) Les coûts de la santé

Dans ce chapitre, nous allons parler du système de paiement des différentes prestations fournies par les hôpitaux publics. Ce système est actuellement en pleine transition. Nous n'avons malheureusement, pour cette raison, pas pu récolter des informations précises à ce sujet. Néanmoins, après avoir discuté avec différents intervenants dans ce domaine, personnel soignant et responsables de santé publique, nous avons réussi à obtenir quelques renseignements et explications que nous développerons ici.

En premier lieu, il est important de définir cette transition. En effet, jusqu'à récemment, toutes les prestations fournies par l'hôpital étaient entièrement à la

charge du patient. Celui-ci devait payer jusqu'à la dernière petite compresse utilisée lors d'une opération par exemple. Les prix étaient fixés à l'avance et on pouvait les retrouver sur des listes affichées dans les différents services. Cependant, ces prix n'étaient pas les mêmes pour tous les patients, les étrangers payant plus que les Ghanéens. En dehors du fait qu'il s'agit clairement d'une discrimination, c'est également une nette source de gains supplémentaires pour cet hôpital se situant dans une zone frontalière.

Le fait que les patients devaient payer tous les frais de leur propre poche entraînait de graves problèmes concernant l'accès aux soins, ceci étant pour la population une insurmontable barrière financière. Citons quelques exemples ; les futures mamans n'avaient pas de suivi pendant leur grossesse, les accouchements se faisaient à domicile, entraînant des risques de complications graves allant, dans les cas extrêmes, mais non rares, jusqu'à la mort de la maman et de son bébé. La couverture vaccinale des enfants était très basse, ce qui rendait inutiles les plans nationaux de vaccinations pour éradiquer certaines maladies.

Pour ces raisons, et bien d'autres encore, le gouvernement ghanéen avec l'aide internationale de certaines ONG a décidé de rendre gratuite la majorité des prestations pour les catégories particulièrement à risque : femmes enceintes, soins néonataux, vaccination des enfants en bas âge selon le plan de l'OMS, soins des personnes âgées de plus de 70 ans. Précisons que cette décision ne s'applique qu'aux patients de nationalité ghanéenne.

Relevons ici une petite anecdote : la première fois que nous sommes entrés dans la maternité, nous avons été surpris et heurtés par le nombre de femmes qui étaient couchées par terre dans le couloir avec leur bébé. Nous avons tout d'abord pensé qu'il n'y avait pas assez de place pour accueillir toutes les mamans dans les chambres, mais nous avons par la suite appris qu'il s'agissait de patientes togolaises qui n'avaient pas les moyens de se payer un séjour à la maternité après l'accouchement. Nous avons été particulièrement choqués d'apprendre cela car il y avait largement assez de lits pour accueillir toutes les mamans avec leur bébé.

Concernant la gratuité de certaines prestations, nous nous sommes retrouvés confrontés à de nombreuses incohérences et pour illustrer ce problème, nous prendrons l'accouchement comme exemple. Au moment de notre stage, l'accouchement était entièrement gratuit, mis à part que les mamans devaient amener leur propre matériel (seau pour récupérer le sang, bâche en plastique à mettre sur les tables d'accouchement - seul moyen de prévention de la transmission HIV, petit récipient pour récupérer le placenta, serviettes hygiéniques). Nous avons discuté avec plusieurs membres du personnel soignant, travaillant à la maternité ou non et certaines personnes nous ont confirmé que l'accouchement était gratuit alors que d'autres nous ont dit que tout était pris en charge par l'hôpital jusqu'à un seuil d'un million de Cedis (environ 150 Frs), ce qui est largement au-dessus du prix d'un accouchement normal mais facilement atteint lors d'une césarienne ou autres complications. Face à ces incohérences, nous avons cherché à en savoir un peu plus, mais nous n'avons malheureusement jamais réussi à obtenir des éclaircissements à ce sujet.

Un autre point important de cette transition dans le système de santé ghanéen fut la mise en place réussie d'une assurance maladie nationale. Ce projet a été approuvé par le gouvernement pendant notre séjour, ce qui nous a permis de discuter avec plusieurs intervenants des avantages et désavantages de cette nouvelle loi. Concrètement, les clauses de l'assurance étaient les suivantes ; le patient devait

payer 75 000 Cedis (env. 10 Frs) par année et avait accès à tous les soins gratuitement à l'exception des traitements de cancers et de problèmes cardiaques. Cette assurance était gratuite pour les personnes âgées de plus de 70 ans et les enfants en bas âge, mais cinq fois plus chère pour les étranger vivant au Ghana. Nous avons été ravis d'apprendre cette nouvelle qui nous a paru être un bon départ vers l'égalité de tous les patients par rapport à l'accès aux soins. Cependant, en discutant avec le Docteur Ayme, directeur des services de santé publique, nous nous sommes aperçus que la population ghanéenne n'a pas la même vision des problèmes de santé que celle que nous avons dans les pays occidentaux. En effet, la santé passe souvent au second plan, surtout dans les populations les plus démunies qui préfèrent dépenser le peu d'argent qu'elles ont pour s'acheter à manger ou des vêtements. Il va donc probablement être difficile de faire comprendre le concept d'investir de l'argent dans quelque chose qui n'est pas palpable et d'utilité immédiate, voire même complètement inutile car certaines personnes ne tomberont pas malades et n'auront pas besoin de soins hospitaliers.



## **Dr Ayme (Bill)**

**Age:** 37 ans

**Profession :** Médecin

**Fonction :** Directeur des services de santé du district de Ketu (Département de médecine communautaire)

**Expérience professionnelle :** 10 ans de pratique dans la médecine communautaire



Le Dr Ayme est la « tête pensante » concernant tous les domaines de médecine communautaire dans le district de Ketu.

En effet, il s'occupe de l'organisation, de la gestion et de la coordination de tous les projets en rapport avec des problèmes de santé publique. Il s'agit ensuite de faire le lien avec les ONG et l'Etat pour pouvoir financer ces projets. Concrètement, son travail est d'élaborer différentes stratégies, que ce soit en matière de prévention des maladies principales qui sévissent au Ghana (malaria, tuberculose, poliomyélite, SIDA), en matière de facilitation de l'accès aux soins en diminuant les coûts de la santé (tentative de mise en place d'une assurance maladie par exemple) ou encore plus simplement d'amélioration des conditions sanitaires avec la construction de nouveaux égouts dans Aflao-même.

Le Dr Ayme passe beaucoup de temps dans son bureau à l'hôpital, mais participe aussi à de nombreux meetings dans la région. Il nous a d'ailleurs accueillis les bras ouverts et a toujours été très disponible pour répondre à nos questions. C'est un homme qui a un grand pouvoir (même s'il n'est pris au sérieux par la population que lorsqu'il se déplace en 4x4, nous a-t-il confié) et doté de grandes capacités intellectuelles. En, effet, il a tout à fait conscience des réels problèmes de santé publique et a une vision des choses plutôt « réformiste ».

Ce père de famille, qui a terminé ses études de médecine très jeune et a déjà de nombreuses années d'expérience dans la médecine communautaire est une personne très active dans son travail et un personnage épatant de part sa bonne humeur, son enthousiasme et sa grande chaleur humaine.

### 3. SANTE COMMUNAUTAIRE

#### a) Vaccination et soins postnataux

Au Ghana, la vaccination est l'intervention de santé communautaire la plus coûteuse. L'EPI (expanded program of immunization) fut introduit par le gouvernement en 1978 pour améliorer la santé infantile. Dès 1985 le programme était opérationnel dans les 10 régions et 140 districts du pays. Les maladies cibles étaient à ce moment : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos néonatal, la coqueluche, la poliomyélite aiguë, la rougeole et la fièvre jaune.

En plus de réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants vaccinés, ces campagnes permirent l'introduction de différents soins primaires. Les objectifs que s'était fixé l'EPI étaient les suivants :

- L'éradication de la poliomyélite en 2000
- L'élimination de la rougeole en 2004
- Le contrôle de l'hépatite B en 2004
- Le contrôle de la fièvre jaune en 2004

Malgré l'amélioration de la couverture vaccinale, cette dernière était restée trop faible dans le courant des années 90 (ex : DTP 54% de couverture vaccinale en 1991 et 56,5% en 1995). Plusieurs études furent menées et démontrèrent que les principaux facteurs ralentissant le programme de vaccinations étaient les suivants :

- Les faibles connaissances de la population au sujet de la vaccination.
- Le manque de moyens et de matériel dans les hôpitaux.
- Les contraintes financières limitant l'utilisation de ces services à long terme (y compris les charges infligées aux patients).
- Le temps d'attente trop long pour se faire vacciner.
- Les difficultés d'accès aux hôpitaux pour la majorité des gens vivant en milieu rural (pas de moyen de transport, routes impraticables durant plusieurs jours voire plusieurs semaines lors d'intempéries).
- Le manque de motivation du personnel soignant.
- La faible collaboration entre les différents secteurs.

Pour contrer ce problème, d'autres stratégies furent imaginées pour améliorer cette couverture, avec comme but d'atteindre 75% d'enfants vaccinés par le DTP en 2001. Ces tactiques étaient : une meilleure éducation des fournisseurs de soins et des patients (les mères en l'occurrence), l'introduction des DIS (« daily immunization services », services qui, comme leur nom l'indique, permettent aux mères de venir tout les jours dans les hôpitaux de district pour faire vacciner leurs enfants), la création de cliniques mobiles et de visites à domicile ainsi que l'introduction de vaccins multidoses.



Journée de vaccination à l'hôpital d'Aflao

La couverture vaccinale connut une nette augmentation durant la fin des années 90, pour atteindre 84% en 2000. Une étude de 1996 démontra que la couverture vaccinale du DTP passa de 38% à 91% dans les zones urbaines grâce aux visites à domicile et à une meilleure éducation des parents, ces derniers amenant plus spontanément leurs enfants aux journées de vaccination. Le DIS contribua aussi fortement à l'augmentation de la couverture car il fut associé à une politique dictant que tous les soignants devaient se renseigner sur l'état vaccinal de chaque enfant de moins de 5 ans et le vacciner si nécessaire, évitant de ce fait qu'un enfant ne manque l'opportunité de se faire vacciner.

Cette politique ne fut que partiellement appliquée, puisqu'une étude réalisée en 1999 démontra que seul 9% des établissements offraient une possibilité de vaccination journalière et que 60% donnaient l'opportunité de journées de vaccination une à deux fois par semaine. De plus, beaucoup de ces établissements fermaient trop tôt. Finalement, 25% des soignants n'étaient pas au courant de l'existence des DIS.

Les autres stratégies encouragées par l'EPI étaient :

- les cliniques « statiques », ouvertes tous les jours de 8h à 15h et possédant tout le matériel nécessaire pour les vaccinations.
  - les cliniques « outreach » (activité visant à encourager les gens à profiter des avantages sociaux), ce qui se traduit par le fait que le personnel travaillant dans les cliniques statiques se déplace dans les communautés avec le matériel nécessaire pour fournir les mêmes prestations (uniquement vaccinations) de façon hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle selon la taille de l'équipe ainsi que la distance séparant la clinique de la communauté.
  - Les cliniques satellites qui sont des petits dispensaires dépendant de l'hôpital de district et permettant de le soulager.
- 
- L'introduction du VVM (Vaccine Vial Monitor) qui permet également l'augmentation de l'efficacité de la vaccination. En effet le VVM est un

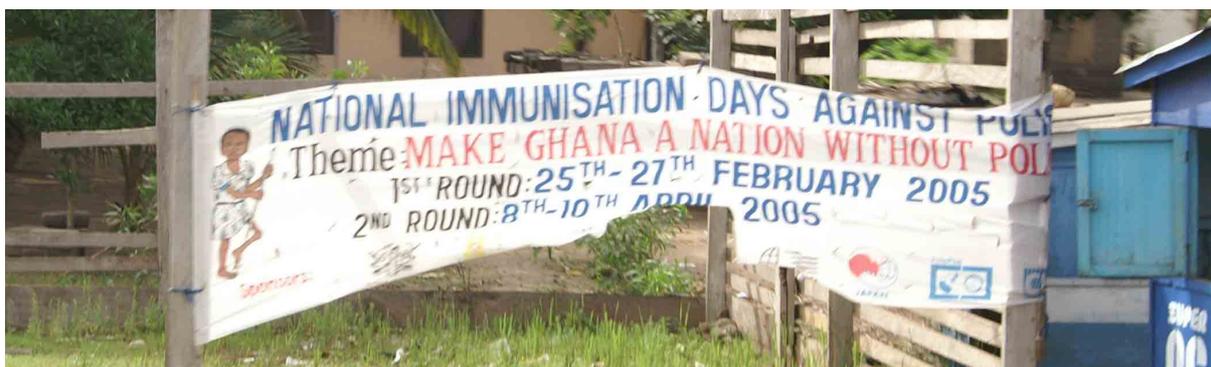
indicateur se trouvant sur les fioles de vaccin qui devient visible si la fiole a été exposée au soleil et / ou à la chaleur, ce qui permet d'éliminer les doses de vaccin endommagées. De plus les fioles ouvertes durant une séance de vaccination doivent être entièrement utilisées ou jetées si elles ne sont pas vides à la fin de la journée.

Le vaccin multidosé fut introduit par l'OMS en 2000, il se nomme **Penta** et regroupe le DTP (diphtérie, tétanos coqueluche), hépatite B et HIB (*Haemophilus influenza B*). Parallèlement, une politique de sécurité fut introduite au niveau du geste de la vaccination comprenant : l'utilisation de seringues à usage unique (« one-shot »), la désinfection de la zone avant piqûre et la recommandation faite aux infirmières de ne pas remettre les bouchons sur les aiguilles usagées . De plus, ces mesures ont aussi été appliquées au niveau de l'élimination du matériel grâce à la mise en place de « safety box » en carton, l'équivalent de nos sharepack, qui une fois pleins sont destinés à être incinérés ou enterrés au minimum à 50 centimètres de profondeur.

Depuis que ces politiques furent introduites, il n'y eut pas d'études systématiques sur leur impact, mais quelques évidences anecdotiques démontrèrent qu'elles n'étaient pas correctement appliquées, comme par exemple le transfert de déchets entre plusieurs safety box ou la désinfection à l'ouate sèche...

Dès 2002, l'EPI accentua sa politique en renforçant les vaccinations et les traitements dans les districts à haut risque ainsi qu'en augmentant les campagnes massives de vaccination contre la rougeole. A l'aide de campagnes de publicité, ils mirent en place des journées de vaccination où les soignants se rendent dans les villages et les écoles afin de vacciner tous les enfants âgés de 9 mois à 15 ans (soit 50% de la population), indépendamment du fait qu'ils soient déjà vaccinés ou non.

Enfin, la vaccination devint gratuite au début de l'année 2005, le gouvernement et l'UNICEF se chargeant de son financement.



## Planning de vaccination de l'enfant

Le programme de vaccination est dicté par le Ministère de la santé ghanéen qui se base sur les recommandations de l'OMS. Ce planning commence avant la naissance de l'enfant car les femmes enceintes sont vaccinées à deux reprises contre le tétanos afin d'éviter la transmission néonatale. Ces vaccinations se font à l'hôpital durant les cours anténataux, les cours du planning familial ou lors des contrôles de grossesse.

A la naissance, l'enfant est tout de suite vacciné contre la tuberculose et la poliomyélite (**BCG** et **Polio oral**). A 6 semaines, il reçoit la première dose de **Penta** et à nouveau la vaccination orale contre la poliomyélite (nommée première dose). A 10 semaines il reçoit les secondes doses de penta et de polio orale. Les troisièmes doses de Penta et de Polio oral sont administrées à 14 semaines. Enfin, à 9 mois il reçoit la vaccination contre la rougeole et contre la fièvre jaune qui se font chacune en une fois et que l'on pratique à des endroits différents sur le corps de l'enfant.

Ce programme de vaccination peut être résumé sur le tableau suivant :

Maladie	Vaccin	But selon le ministère de la santé ghanéen (Ghana Health Service)	Plan de vaccination à la naissance	Plan de vaccination à 6 semaines	Plan de vaccination à 10 semaines	Plan de vaccination à 14 semaines	Plan de vaccination à 9 mois	Remarques
<b>Tuberculose</b>	BCG	-	Oui	Non	Non	Non	Non	-
<b>Poliomyélite</b>	OPV	Eradication en 2000	Oui	1 <sup>ère</sup> dose	2 <sup>ème</sup> dose	3 <sup>ème</sup> dose	Non	Vaccin oral
<b>Diphtérie</b>	Penta	-	Non	1 <sup>ère</sup> dose	2 <sup>ème</sup> dose	3 <sup>ème</sup> dose	Non	-
		-						Vaccinat. de la femme enceinte (2 doses) pour éviter la forme néonatale
		-						
<b>Tétanos</b>		Contrôle en 2004						
<b>Coqueluche</b>		-						
<b>Hépatite B Hib</b>		-						
<b>Rougeole</b>	Rougeole	Elimination en 2004	Non	Non	Non	Non	Oui	-
<b>Fièvre jaune</b>	Fièvre jaune	Contrôle en 2004	Non	Non	Non	Non	Oui	-

On remarque que ce programme de vaccinations comporte plusieurs différences par rapport à la version helvétique. On note que les oreillons et la rubéole n'en font pas partie mais que, contrairement au programme suisse, les enfants ghanéens sont vaccinés contre la tuberculose et la fièvre jaune. Une autre différence entre ces deux pays est que le rythme de vaccination est beaucoup plus soutenu au Ghana ; Un programme correctement suivi est terminé 9 mois après la naissance, alors qu'en Suisse, il s'échelonne jusqu'à la fin de l'adolescence et se prolonge durant toute la vie par des rappels.

Voici le tableau du programme de vaccination suisse :

Maladie	But selon l'OMS	Plan de vaccination à 2-6 mois	Plan de vaccination à 2 ans	Plan de vaccination à 4 ans	Plan de vaccination à l'adolescence	Plan de vaccination chez l'adulte
Diphtérie	Elimination	Oui	Rappel	Rappel	Rappel, 10% de la dose	Tout les 10 ans (5ans si plaie)
Tétanos	Aucun cas néonatal	Oui	Rappel	Rappel	Rappel, 10% de la dose	Tout les 10 ans (5ans si plaie)
Coqueluche	Incidence < 1 / 100'000	Oui	Rappel	Rappel	Non	Non
Poliomyélite	Elimination	Oui	Rappel	Rappel	Non	Chaque 10 ans seulement pour les gens qui voyagent dans les pays a risques
Rougeole	Pas de décès Incidence < 1 / 100'000	Non	Oui (1 <sup>ère</sup> dose)	Oui (2 <sup>ème</sup> dose)	Seulement si pas déjà eu 2 doses	Non
Oreillons	Incidence < 1 / 100'000	Non	Oui (1 <sup>ère</sup> dose)	Oui (2 <sup>ème</sup> dose)	Seulement si pas déjà eu 2 doses	Non
Rubéole	Pas de rubéole congénitale ni chez femme enceinte	Non	Oui (1 <sup>ère</sup> dose)	Oui (2 <sup>ème</sup> dose)	Seulement si pas déjà eu 2 doses	Non
Hépatite B	Pas de nouveau porteur chronique	Facultatif	Facultatif (si pas déjà fait)	Facultatif (si pas déjà fait)	Oui si pas déjà fait (en 3 doses: 0, 1 et 6 mois)	Oui (si pas déjà fait)
Hib	-	Oui	Rappel	Rappel	Non	Non



Les différences entre ces deux programmes s'expliquent par le fait que les deux pays concernés ne sont pas touchés par les mêmes maladies. Si on prend l'exemple de l'Hépatite B, le vaccin ne se fait en général pas avant l'adolescence en Suisse alors qu'il se fait dès la sixième semaine au Ghana. Ceci s'explique par une prévalence beaucoup plus grande dans les pays africains, donc par des risques de contamination beaucoup plus élevés.



Sister Mary vaccinant des enfants à l'hôpital et dans la communauté

Nous ne savons pas pourquoi le programme de vaccination est aussi court au Ghana (le programme est terminé lorsque l'enfant a 9 mois) mais l'on peut imaginer que cela permet un meilleur contrôle de la vaccination chez les enfants. Les mères étant très anxieuses pour la santé de leurs progénitures, surtout lorsqu'ils sont en bas âge, elles vont venir beaucoup plus facilement les faire vacciner avec un tel programme que par rapport à un plan s'échelonnant jusqu'à l'adolescence. D'ailleurs on peut remarquer qu'il n'y a pas de rappels de vaccins une fois le programme terminé (excepté le tétanos chez les femmes enceintes).

Une explication à cela peut se trouver dans le fait que les Ghanéens croient toujours beaucoup plus à la médecine traditionnelle et aux guérisseurs qu'à la médecine moderne et qu'une fois adultes ils ne vont pas faire la démarche de se faire vacciner. Pour leurs enfants, leur raisonnement est différent, en effet ils ont tellement peur que ces derniers ne survivent pas en cas de maladie qu'ils acceptent de faire tout ce qui permettrait de diminuer ce risque au maximum ; c'est donc plus par peur que par confiance en la médecine moderne que les mères emmènent leurs enfants aux journées de vaccination.

En ce qui concerne l'hôpital d'Aflao, il y a deux journées hebdomadaires de vaccination, le lundi et le jeudi entre 8h et 15h. Ces journées sont appelées « Child Warfare Clinic » par les soignants de l'hôpital. De plus, des cours pour les mères sont organisés durant lesquels sont abordés différents sujets comme la diététique, les signes cliniques poussant à amener l'enfant à l'hôpital en cas de problèmes et les règles d'hygiène.

Ce qui marque d'entrée lors de ces journées de vaccination (ainsi que dans toutes les journées d'éducation ou de prévention dans l'enceinte de l'hôpital) est de voir les mères habillées de leurs plus beaux vêtements et couvertes de bijoux en or ou en perles, leurs enfants sont également habillés de manière semblable aux bébés européens avec des habits neufs et très élégants (polos, pantalons jeans, chaussettes en coton et baskets ). Enfin elles transportent les affaires de leurs bébés dans de petits « vanity cases » en coque « Samsonite » très chics. Ces constatations ne correspondent pas avec le fait que les Ghanéens ne sont pas très fortunés. Mais il se trouve que les gens attachent une grande importance à leur habillement

lorsqu'ils se rendent à l'hôpital car la façon dont ils s'habillent montre leur niveau social. En venant à ces journées de prévention, les gens se retrouvent en grand nombre et s'efforcent donc de paraître le plus riche possible.

Ce procédé peut devenir une entrave aux soins car les gens les plus démunis, ne pouvant pas s'acheter de beaux habits, vont préférer ne pas venir plutôt que de montrer aux autres leur pauvreté et cela au détriment de leur santé et de celles de leurs enfants.



contre la Poliomyélite



Vaccination  
Vaccination contre la Fièvre jaune

orale

En règle générale le lundi est réservé aux mères adolescentes et le jeudi aux autres mères, car les adolescentes n'ont pas les mêmes demandes et les mêmes connaissances que les mères plus âgées. L'organisation de journées différentes pour ces deux « catégories » de mères permet aux soignants de donner des cours plus spécifiques et de mieux cibler sur les questions et attentes des participantes. Enfin les mères adolescentes sont moins nombreuses (le fait d'avoir un enfant avant l'âge adulte est très mal vu au Ghana, ce qui limite le nombre de jeunes mères), cela permet aux infirmières de passer plus de temps avec chacune d'elles, ce qui est bénéfique car elles ont souvent beaucoup d'interrogations.



Consultation

personnalisée avec Sister Agnès avant la vaccination

Voici le tableau regroupant les statistiques de vaccination sur un an dans l'hôpital d'Aflao et dans les communautés environnantes :

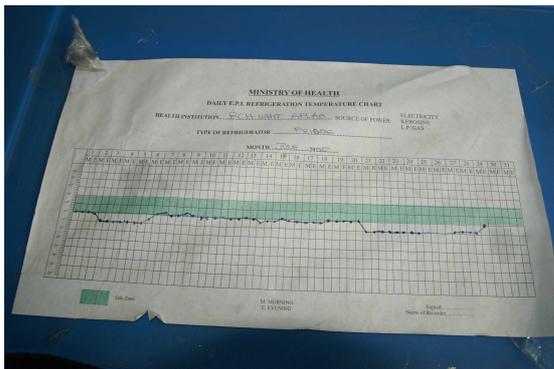
**Vaccination des enfants dans le Ketu District Hospital d'Aflao entre juin 2004 et mai 2005**

Maladie	Tuberculose	Rougeole	Diphthérie, Coqueluche, Tétanos, Hépatite B, Hib			Poliomyélite				Fièvre jaune	Tétanos					
Vaccin	BCG	Rougeole	Penta			Polio oral				Fièvre jaune	Tétanos toxoid					
Nombre de doses	1	1	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	0	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	1	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	4 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	
Nombre de doses administrées par groupe d'âge	0-11 mois	2500	1167	1801	1754	1463	1590	1781	1619	1501	1304	1118	918	543	207	463
	12-23 mois	6	131	-	-	-	-	8	34	14	145	-	-	-	-	-
	≥24 mois	1	13	-	-	-	-	2	1	10	61	2	2	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>2507</b>	<b>1311</b>	<b>1801</b>	<b>1754</b>	<b>1463</b>	<b>1590</b>	<b>1791</b>	<b>1654</b>	<b>1525</b>	<b>1510</b>	<b>1120</b>	<b>920</b>	<b>543</b>	<b>207</b>	<b>463</b>
Nombre de doses utilisées	2	-	-	2589			-				-	14				
	10	-	186	-			-				253	441				
	20	220	-	-			377				-	78				
	<b>Total</b>	<b>4400</b>	<b>1860</b>	<b>5178</b>			<b>8059</b>				<b>1689</b>	<b>3600</b>				
<b>Gaspillage</b>	<b>43%</b>	<b>29%</b>	<b>3%</b>			<b>18%</b>				<b>10%</b>	<b>9%</b>					

Lors de ces journées de vaccination, l'enfant est dans un premier temps pesé. Ensuite, l'infirmière pratique une courte consultation avec la mère en discutant des problèmes qu'elle rencontre, de la santé de l'enfant tout en examinant la courbe de croissance et en déterminant quels vaccins doivent être faits.

Souvent il arrive qu'une mère se fasse humilier par les infirmières en étant prise en exemple devant toutes les autres lorsqu'elle ne s'occupe pas de façon adéquate de

la santé de son enfant. Une fois les vaccins à faire déterminés, les mères refont la queue pour se rendre chez l'infirmière qui s'occupe de la vaccination. La salle de vaccination est équipée d'un réfrigérateur qui stocke les doses de vaccin et leur permet de ne pas souffrir de la chaleur. Malheureusement la température y est souvent négative ce qui n'est également pas une bonne condition d'entreposage car il y a un risque que le vaccin gèle. Chaque vaccin est injecté à un endroit différent ; la **Polio** est le seul qui ne s'administre pas par injection intramusculaire mais par voie orale (deux gouttes à chaque fois). Le **Penta** s'injecte au niveau du deltoïde, le vaccin contre la rougeole dans la cuisse droite et contre la fièvre jaune dans la cuisse gauche.



Feuille de contrôle de la température du réfrigérateur, la zone verte étant la fourchette de sécurité.



Rangement des vaccins dans le réfrigérateur

C'est également à ce moment que les doses de complément de vitamine A sont administrées à l'enfant dès l'âge de 6 mois, à raison d'une dose tous les six mois jusqu'à 5 ans (on donne une demi dose la première fois). Enfin, l'infirmière distribue le sirop de *Chloroquine*, traitement des éventuelles crises de paludisme de l'enfant (Fig. 2). Contrairement aux vaccins qui sont entièrement gratuits, le sirop est à la charge de la mère.



Fig. 2  
entre la poubelle et la safety box

Triage des déchets

Cela fait peu de temps que le gouvernement finance la vaccination, ce qui laisse un certain flou et il n'est pas rare de voir les mères payer les vaccins tout simplement parce que l'information de leur gratuité n'a pas bien été transmise. De plus, le prix

des vaccins est également une barrière pour les mères et comme certaines ne sont pas au courant que les vaccins sont désormais gratuits, elles n'emmenent toujours pas leurs enfants aux journées de vaccinations.

Aflao étant le village frontière avec Lomé, la capitale du Togo, il n'est pas rare que des mères togolaises viennent à l'hôpital pour y faire vacciner leurs enfants. Dans ce cas, le gouvernement ghanéen ne prend pas les frais en charge ceux-ci étant donc entièrement assumés par les mères. Mentionnons également qu'un carnet de vaccination à jour est indispensable pour être admis à l'école.

En cas de perte répétée du carnet de vaccination, les infirmières facturent aux mères l'acquisition d'un nouvel exemplaire, mais cette pratique est plutôt une sorte d'amende qu'infligent les infirmières pour forcer les mères à être plus attentives.

Plusieurs fois par semaine, une équipe de l'hôpital se rend dans les communautés proches ou éloignées pour faire ces vaccinations à domicile. Dans le premier cas de figure, cela permet aux enfants issus des familles les plus pauvres ainsi qu'à ceux que les parents n'ont pas emmenés à l'hôpital de bénéficier de la vaccination. Et dans le deuxième cas de figure, cela permet aux enfants vivant dans des villages trop éloignés de l'hôpital de profiter des mêmes soins que ceux vivants à proximité du centre de soins.

La vaccination est une priorité pour le service de santé ghanéen et une grande partie du budget y est consacrée, puisque théoriquement tous les vaccins ainsi que les actes concomitants sont gratuits (plus de 4 millions de dollars US dont près de 300'000 pour les seringues « one-shot » et les « safety box »). Ce budget pourrait être beaucoup moins élevé grâce à une distribution plus rationnelle des vaccins et du matériel selon le besoin des différentes régions du pays ainsi qu'à un acheminement plus efficace dans les régions difficiles d'accès. Cet effort logistique (mise à disposition de véhicules tous terrains et de réfrigérateurs ou de glacières) limiterait le gaspillage des vaccins, dont un grand nombre doit être jeté avant utilisation, la chaîne du froid ayant été rompue.

Pour éviter les nombreuses ruptures de stock aussi bien au niveau des doses de vaccins que du matériel (seringues, tampons, etc.), la constitution dans chaque région d'une réserve correspondant à 25% de leurs besoins annuel réduirait les risques d'épuisement du stock. Un effort au niveau de l'éducation du personnel soignant permettrait également de limiter le gaspillage y compris des seringues et des safety box, l'attitude négative, impatience et la violence verbale des soignants (reconnues par 50% des mères) et leur manque de motivation ainsi que la mauvaise organisation des DIS. Tout ceci provoque d'énormes temps d'attente, ce qui reste un point à améliorer pour favoriser la participation. En effet, à l'hôpital d'Aflao, certaines mères devaient patienter jusque vers 17 h pour être prises en charge alors qu'elles étaient arrivées vers 8 h (Fig. 3).



Fig. 3

Une mise à jour régulière des connaissances du personnel soignant serait aussi bénéfique pour l'efficacité de l'EPI.

Enfin, une meilleure transmission des informations à la population (bienfaits et gratuité de la vaccination) ainsi que l'élimination d'idées reçues erronées (peur de vacciner un enfant souffrant ou des effets secondaires du vaccin lui-même) contribuerait également à obtenir une meilleure couverture vaccinale.

Toutes ces propositions de solutions ainsi que la mise en place au niveau régional et national de postes de responsable de la gestion du matériel et de la formation des équipes soignantes pour améliorer l'efficacité du système sont éditées par l'EPI. Mais dans ce pays, il reste malheureusement encore un fossé entre leurs bonnes idées et leurs réalisations.



## **Pascal “The Statistics Man”**

**Age:** 38 ans

**Profession :** Statisticien

**Fonction :** Logistique à l’hôpital d’Aflao

**Expérience professionnelle :** 9 ans



Pascal est une des premières personnes que nous avons rencontrées à l’hôpital ; c’est en effet lui qui nous a accueillis à notre arrivée. C’est une personne très sympathique qui s’est beaucoup souciée de notre confort lors du séjour.

Sa fonction au sein de l’hôpital est de recueillir des données et de tenir les statistiques, et ceci dans tous les domaines : taux de mortalité maternelle lors de l’accouchement, taux de vaccination des enfants à différents âges, taux de mortalité infantile, taux de mortalité et morbidité des adultes dus à certaines maladies comme le SIDA ou la malaria, etc.

Il s’agit pour lui d’analyser toutes ces données et de les communiquer au directeur du département de médecine communautaire.

Son travail permet donc d’observer l’évolution de différents paramètres à l’hôpital et dans les communautés et ainsi de voir où se situent les réels problèmes de santé et quels domaines nécessitent des améliorations.

Un travail de ce genre est évidemment de la plus haute importance dans un système de santé encore peu développé.

## b) Planning familial et soins prénataux

Une des premières activités auxquelles nous avons participé activement et que nous avons trouvée particulièrement intéressante est le planning familial.



Fig. 4

En effet, l'Hôpital organisait tous les mardis et vendredis matins des cours de planning familial destinés aux femmes enceintes (Fig. 4). Il s'agissait d'un cours public organisé dans un petit auditoire à l'extérieur des services, auquel chaque femme pouvait participer librement. Les infirmières expliquaient en langue Ewe, le dialecte local, des sujets importants qui peuvent être vitaux pour la santé de la mère elle-même pendant la grossesse et pour la vie du bébé qui viendra au monde. Les thèmes traités faisaient partie d'un plus large programme de prévention, que nous avons trouvé particulièrement bien organisé et adapté aux connaissances préalables de ces femmes faisant parfois partie des milieux les plus défavorisés de la ville. Elles n'avaient souvent pas d'autre source pour obtenir ces renseignements car cela faisait partie des sujets tabous dans une communauté aussi religieuse que celle d'Aflao. En effet, les thèmes traités lors des cours concernaient majoritairement la vie sexuelle et les risques éventuels que cette vie sexuelle peut engendrer (maladies sexuellement transmissibles, SIDA, grossesses non désirées etc.). Les futures mères se sentaient ainsi libres d'écouter et de poser des questions aux infirmières sans aucune appréhension. D'autres problématiques qui concernent plutôt la santé du futur bébé étaient aussi abordées : l'alimentation, l'hygiène, la vaccination et la prévention de la malaria.

Les infirmières qui s'occupaient de cette activité ont été très accueillantes avec nous et elles nous ont permis de prendre la tension des futures mères, de les peser et de participer à l'examen physique principalement axé sur l'abdomen. Cet examen individuel se déroulait dans de petites salles derrière l'auditoire, ce qui permettait à la

future maman de se retrouver un petit moment avec l'infirmière pour lui poser toutes les questions qu'elle voulait et pour discuter du déroulement de sa grossesse. Les infirmières conseillaient aux futures mamans de consulter une fois par mois pour avoir un suivi constant de la grossesse et pour bien surveiller leur poids corporel. Malheureusement beaucoup de femmes consultaient bien moins souvent, soit parce qu'elles habitaient trop loin, soit pour des raisons financières. Il n'était cependant pas rare de voir des femmes venir « trop » souvent, à raison de plusieurs fois par mois. Nous n'avons pas vraiment compris la raison de cela, peut-être était-ce des mères plus soucieuses que les autres...

On donnait à ces femmes lors de la première visite 2 carnets : un carnet bleu de planning familial et un carnet rouge de santé maternelle (cf. documents annexes). Lors de la première consultation, les soignants écrivaient dans le second carnet les antécédents gynécologiques et obstétricaux, puis lors des visites suivantes, le type de cours suivi, le poids et la tension, les particularités de l'examen physique, les plaintes et traitements. Ces cahiers, conservés par la mère, devaient être apportés à chaque visite pour permettre aux soignants de suivre la grossesse de la patiente. On y trouvait également des illustrations donnant à la mère des conseils nutritionnels et lui montrant les signes qui devaient la pousser à consulter au plus vite. Ceci permet de rendre ces carnets vraiment compréhensibles par un plus grand nombre de mères, puisque près de 30% de la population ne sait ni lire ni écrire.

C'est enfin lors de ces cours qu'on vaccinait les futures mères à deux reprises contre le tétanos et qu'on leur donnait un traitement préventif contre la malaria (cause fréquente de malformations, mortalité néonatale et fausses couches).

Toutes les activités effectuées étaient soigneusement notées dans un registre par le personnel soignant afin d'avoir des données statistiques et de les conserver en cas de perte du carnet.

A la fin du cours, les soignantes désignaient une patiente et lui demandaient de répéter ce qu'elle avait retenu du cours devant toute l'assemblée.

Ces cours de planning familial, bien que très utiles, concernaient donc principalement les femmes vivant en milieu urbain, celles habitant loin de l'hôpital ne pouvant pas venir ou ignorant l'existence de ce programme.

Nous avons participé plusieurs fois à cette activité, car nous l'avons trouvée très intéressante et instructive. Nous avons en outre pu mettre à disposition notre temps et nos connaissances pour aider les infirmières pendant les journées les plus agitées. Nous avons pu également apprendre à mieux connaître les soignantes qui ont beaucoup apprécié notre aide, notre intérêt et notre curiosité envers leur travail quotidien. Lors des premières séances nous avons par contre suscité l'étonnement et le scepticisme des patientes, lesquelles ont progressivement pris confiance en voyant la bonne entente entre nous et les infirmières.

### c) Soins dans les communautés aux alentours de l'hôpital

Une autre activité à laquelle nous avons plusieurs fois participé est la visite hebdomadaire des petites communautés qui se trouvent aux alentours de l'hôpital. Nous avons trouvé cette activité fort intéressante et enrichissante. En effet, en vivant à l'intérieur de l'hôpital, là où se trouvaient les logements du personnel soignant, notre vie quotidienne se déroulait finalement dans un milieu assez protégé. Cette activité nous a donc permis de nous plonger et d'observer de près le mode de vie de la grande majorité des habitants d'Aflao. Lors de nos visites « surprise » chez les habitants, nous avons pu nous rendre compte de leurs vraies conditions de vie.



Fig. 5

L'infirmière Agnès mettait en place un programme mensuel afin de couvrir toutes les communautés dont elle avait la responsabilité et de traiter chaque fois un sujet différent. Ce programme, bien que très bien pensé, était souvent modifié, soit à cause du manque de soignants disponibles, soit à cause des conditions climatiques rendant l'accès aux habitations parfois impossible, les routes étant coupées par les intempéries. Le programme étant très chargé, les soignants ne retournaient en général dans cette communauté que le mois suivant.

Lors de chaque sortie, nous avons rendu visite à une communauté différente. Notre journée se déroulait toujours plus ou moins de la même façon et la première personne à laquelle nous rendions visite était habituellement le chef de la communauté choisie (Fig. 5).

Agnès tentait de sensibiliser le chef aux possibilités d'améliorer les conditions de vie et la santé de la communauté; ensuite, le but était de réunir cette communauté pour en parler et pouvoir finalement demander une subvention à l'Etat sur la base d'un projet concret. Nous avons assisté par exemple à la négociation pour la construction d'un dispensaire et à des visites « surprise » chez les mères ayant accouché à la maison, afin de contrôler l'état de santé des nouveau-nés de la communauté. Enfin, nous avons effectué d'autres visites chez les familles avec des enfants en bas âge, afin de contrôler les carnets de vaccination des petits et de motiver les mamans à amener à l'hôpital les enfants n'ayant pas encore été vaccinés.



une rue pour donner des conseils à une mère

Sister Agnès s'arrêtant dans

Voici les récits des visites que nous avons le plus aimées.

La première expérience à domicile à laquelle nous avons participé nous a beaucoup touchés, car malgré le fait que nous nous soyons introduits chez les familles sans prévenir, nous avons été reçus très chaleureusement.

Dans la première maison nous avons donc rencontré une jeune femme qui avait accouché 3 jours auparavant à son domicile. Agnès s'est occupée de contrôler soigneusement l'état de santé général du nouveau-né, la cicatrisation du cordon ombilical, sans oublier l'état général de la jeune maman, qui en accouchant avec des méthodes traditionnelles, risquait de terribles infections. Elle a ensuite enseigné à la mère certains principes de base, tels que la technique pour donner le sein et les règles d'hygiène fondamentales (Fig. 6).



Fig. 6

L'enfant étant né à domicile, nous nous sommes occupés de le vacciner (sous la sévère supervision d'Agnès !) contre la tuberculose et la polio, et nous lui avons donné un carnet vert (cf. annexes) pour pouvoir suivre sa croissance lors des visites

futures. Ensuite, nous avons laissé la maman allaiter son bébé avec la nouvelle méthode bien plus pratique, pour aller faire d'autres visites.

Puisque 9 accouchements sur 10 ont lieu à domicile, le fait de rendre visite aux jeunes mères dans les communautés de cette façon permettait premièrement d'examiner, et vacciner si besoin, tous les nouveau-nés de la communauté. Deuxièmement, cela permettait d'inculquer aux mères certaines règles importantes concernant l'hygiène et l'alimentation du petit, ce qui s'avère parfois impossible en clinique juste après l'accouchement, car les mères sont souvent pressées de rentrer chez elles (Fig. 7).

Les autres activités sanitaires que nous avons effectuées lors de ces visites concernaient la santé et en particulier la mise à jour des vaccins des enfants plus âgés, la santé des adultes (prévention et dépistage des maladies sexuellement transmissibles) ainsi que le planning familial.

Malheureusement, les soignants ne terminaient que très rarement les visites prévues. La visite suivante ayant lieu parfois plus d'un mois après et portant souvent sur un autre sujet, certains habitants ne bénéficiaient donc pas de cette aide précieuse de l'hôpital...



Fig. 7

## **Sister Agnès**

**Age:** 43 ans

**Profession:** Infirmière

**Fonction:** Responsable de santé publique

**Expérience professionnelle :** 19 ans



Sister Agnès est responsable de santé dans les communautés d'Aflao (une communauté est un quartier ou plutôt un groupe de plusieurs maisons aux alentours de la ville). Son rôle est d'aller dans chaque communauté une fois par mois pour différentes raisons. Il s'agit par exemple de s'occuper des nouveaux-nés, des enfants ou même de l'éducation et de la prévention chez les adultes.

Nous l'avons accompagnée de nombreuses fois lors de ses déplacements et nous nous sommes donc retrouvés confrontés directement à la population, ce qui nous a permis de voir l'ampleur des problèmes auxquels doivent faire face les responsables de santé publique. En effet, l'un des problèmes majeurs au Ghana, et certainement aussi dans la majorité des pays où le système de santé est peu développé, est que la population a très peu accès aux infrastructures hospitalières, et ceci pour des raisons d'ordre financier ou géographique. Il est par conséquent essentiel que les soignants ou leurs représentants puissent se déplacer au sein des communautés afin de cerner les problèmes de santé de la population et de lui fournir des prestations de soins adéquates, même si celle-ci n'a pas directement accès à l'hôpital.

Sister Agnès nous a paru assez froide de prime abord et semblait avoir un caractère difficile. Nous avons, en effet, mis un certain temps pour comprendre son sens de l'humour. Il s'agit d'une personne très autoritaire qui, au début, nous donnait des ordres et n'hésitait pas à exprimer son mécontentement lorsque nous n'avions pas fait correctement ou assez vite ce qu'elle nous avait demandé. Il s'est cependant avéré, au fil des jours, que ce trait de caractère n'était qu'une façade et qu'il s'agissait en réalité d'une personne chaleureuse. C'est même finalement une des personnes avec laquelle nous nous sommes le mieux entendu et elle nous a laissé un excellent souvenir.

#### d) Soins dans les communautés éloignées

Beaucoup de communautés appartenant au District de Ketu, et par conséquent sous la responsabilité de l'hôpital d'Aflao, étaient trop éloignées de la ville pour que les mères puissent s'y rendre facilement. Dans la mesure où presque personne n'a de véhicule privé et que les taxis, seuls transports publics, étaient rares et coûtaient relativement cher pour de telles distances, les mères, quand elles étaient au courant du plan de vaccination, renonçaient à perdre autant de temps et d'argent. Ceci est encore plus frappant lors de la saison des pluies, lorsque les intempéries isolent certaines communautés pendant plusieurs semaines, empêchant tout contact avec un centre de soins. Ceci pose un problème majeur pour la communauté entière, car sans couverture vaccinale de masse, le Ghana ne pourra jamais éradiquer certaines maladies infectieuses, dont quelques unes ont déjà été éliminées chez nous. C'est pour ce genre de raisons que l'hôpital du district a mis en place un programme de vaccination itinérant.



L'hôpital a ainsi désigné une infirmière responsable des vaccinations dans de telles communautés : Sister Mary. Etant donné que certaines routes sont impraticables, même en 4x4, cette infirmière se déplaçait uniquement à moto, avec sa glacière à vaccins en bandoulière. Chaque vendredi, elle prenait sa moto et allait dans les quatre communautés où elle avait prévu de vacciner les enfants la semaine suivante. Elle rendait visite au chef de la communauté et lui expliquait qu'elle viendrait tel jour de la semaine prochaine pour vacciner et peser tous les enfants jusqu'à 5 ans. Elle chargeait le chef de prévenir toutes les mères, d'amener leur enfant le jour prévu avec le carnet vert et les bouteilles de médicaments vides si besoin.

Plusieurs fois par semaine, nous retrouvions donc cette dame assez tôt dans la matinée pour transvaser les vaccins du réfrigérateur de l'hôpital à la glacière que nous emportons. Après avoir chargé la glacière, les bouteilles de *paracétamol* et de *chloroquine*, les aiguilles, le sharepack et les registres dans le 4x4, nous partions pour la communauté prévue (Fig 8 et 9).



Fig. 9



Fig.8

Souvent, nous nous arrêtons dans un dispensaire situé à mi-chemin entre l'hôpital et la communauté, profitant pour y déposer des médicaments et du matériel médical. Ce type de structures était déjà bien éloigné du centre et parfois une seule infirmière y habitait et travaillait. Nous lui déposons des médicaments et du matériel et repartions sur le chemin en terre pour 30 à 60 minutes de route.

Arrivés dans le village, peuplé en moyenne de 300 habitants, nous déchargions tout le matériel et installions la table sous un arbre à la branche duquel nous suspendions la balance.

Le chef de la communauté devait alors sonner le « gong-gong » ou utiliser un haut-parleur improvisé pour prévenir les mères de notre présence et leur dire d'amener leur enfant, son carnet et les bouteilles de médicaments. En général, nous faisons également le tour de la communauté afin de s'assurer que tous les enfants étaient présents. Il est arrivé une ou deux fois que les mères ne soient pas prévenues à l'avance par le chef, le nombre d'enfants présents en attestait ! Dans ce genre de cas, l'infirmière n'hésitait pas à faire entendre son mécontentement, étant donné que sa prochaine visite n'aurait lieu que plusieurs semaines plus tard. Nous avons donc pu constater que les problèmes d'organisation et de communication étaient en réalité l'élément le plus pénalisant et le plus difficile à gérer, même pour une personne aussi entreprenante et active que Sister Mary !

Une fois tous les enfants présents, nous les pesions, les vaccinions et leurs donnions la vitamine A. Tout ceci était noté dans le carnet vert de l'enfant. Les vaccins étaient gratuits pour les Ghanéens, mais entièrement payants pour les étrangers vivant dans la communauté.

Les mères pouvaient faire remplir les bouteilles vides de sirops de *Chloroquine* et de *Paracétamol*, mais devaient les payer, que l'enfant soit ghanéen ou non.

L'infirmière possédait un registre pour chaque communauté dans lequel était répertorié chaque enfant et nous y notions les vaccins donnés ainsi que la date de l'injection.



matériel et construction  
de la safety-box



Installation du  
Pesée des enfants avant la vaccination

Vu la distance séparant la communauté de la ville, cette infirmière s'avérait être la seule soignante accessible. De ce fait, il n'était pas rare qu'une fois les vaccinations terminées, toutes les personnes malades ou blessées viennent la voir. S'il n'y avait rien de grave, elle les soignait et leur donnait les médicaments qu'elle avait pris en prévision. Par contre, si le problème s'avérait plus important, elle leur conseillait de se rendre rapidement à l'hôpital.



prodigués dans le carnet de

l'enfant et le registre de l'infirmière

Notation des soins

## **Sister Mary**

**Age:** 38 ans

**Profession :** Infirmière

**Fonction :** Responsable de santé communautaire

**Expérience professionnelle :** 12 ans



Sister Mary est infirmière et s'occupe du programme de vaccination des enfants en bas âge (jusqu'à 5-6 ans) dans les différents villages du district de Ketu. Elle se déplace quatre fois par semaine, à raison d'un village par journée de travail, directement au sein de la population afin de contrôler les carnets de vaccination et de vacciner les enfants non immunisés.

Ce déplacement au sein de la communauté est indispensable car la majorité des mères n'a aucun moyen de se rendre à l'hôpital et ceci permet donc de fournir une couverture vaccinale complète à pratiquement tous les enfants du district et ainsi éviter les maladies infantiles dévastatrices.

D'habitude, Sister Mary se déplaçait à moto, cependant, lors de notre stage, elle venait d'avoir un enfant, mais ne voulait pas arrêter de travailler pour autant. Devant allaiter son bébé toutes les deux heures, elle partait chaque jour faire ses vaccinations dans les communautés avec lui et ne pouvait donc plus prendre sa moto. De ce fait, elle se déplaçait en 4x4, ce qui nous a permis de partir travailler avec elle dans ces villages éloignés.

Sister Mary est une femme très active et l'énergie et l'implication qu'elle mettait dans son travail nous a beaucoup impressionnés. Elle n'était pas entourée d'une équipe soignante pour aller dans les villages et se retrouvait donc seule pour s'occuper d'un très grand nombre d'enfants. En effet, elle était souvent débordée et nous l'avons donc aidée à effectuer son travail plus rapidement. Nous nous répartissions les tâches et effectuions un vrai travail d'équipe ; l'un d'entre nous s'occupait de peser les enfants, un autre vaccinait ou donnait la vitamine A, un troisième s'affairait à noter tout cela dans le registre. Cela permettait à Sister Mary de souffler un peu et de consacrer du temps à son bébé.

Cette femme d'exception nous laissera un souvenir qui restera longtemps gravé dans nos mémoires.

## 4. LES MOYENS DE PREVENTION

Le gouvernement a conscience qu'une prévention efficace et correctement ciblée peut non seulement améliorer le niveau de santé de la population, mais aussi lui faire économiser beaucoup d'argent en aval, en diminuant les besoins de soins plus coûteux. Dans cette optique, de nombreux moyens sont utilisés pour diffuser les informations.

### a) Panneaux publicitaires dans la rue

Dans la rue, on trouve de très nombreux panneaux publicitaires avec de grands dessins puisqu'il faut tenir compte du taux important d'analphabétisme. On peut voir des spots télévisés et radio très explicites concernant la prévention du HIV et de la malaria, ainsi que divers auto-collants et affiches.

La quantité de panneaux et leur taille étaient vraiment impressionnante, il n'y avait pas moyen de les rater :



On en trouvait même dans les communautés les plus petites, dont certaines de 150 habitants à peine, où toutes les maisons étaient encore en terre et accessibles uniquement à pied ou par la mer. Par exemple, le petit village de Denu, près d'Aflao,

possédait à lui seul au moins 7 panneaux de ce type. De plus, le gouvernement en a également disposés le long des routes, hors des zones d'habitation.



Ces panneaux étaient pour la plupart axés sur le SIDA, problème de santé majeur et contre lequel à l'heure actuelle la prévention est le seul moyen de lutte. Ils étaient simples, avec un message très clair et sans tabous, parfois même sur un ton assez impératif. Bref, le but n'était pas de faire dans la finesse, mais de toucher un public aussi large que possible rapidement et efficacement, tout comme d'aborder des sujets délicats, qui pourraient être encore tabous.

Ainsi, certains conseillaient simplement d'utiliser un préservatif, mais d'autres abordaient également le thème de l'exclusion des gens touchés par le HIV.

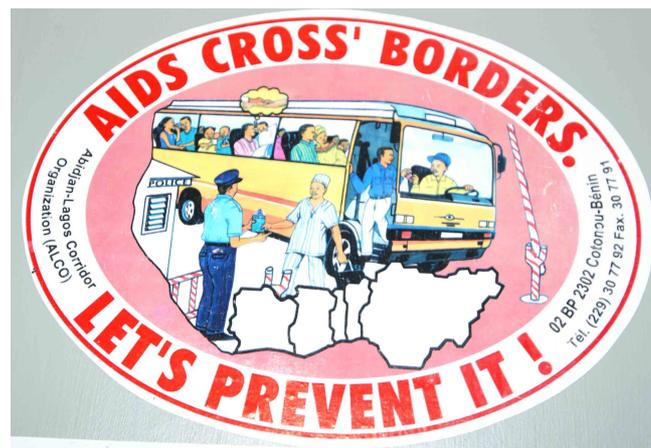


## b) Posters dans les centres de soins

Dans chaque établissement médical, du grand hôpital de District au dispensaire le plus éloigné, les murs étaient couverts de posters de prévention plus originaux les uns que les autres. Ces posters traitaient de sujets plus larges et plus divers que ceux de la rue, tout en étant également très illustrés. Il y avait également à disposition des patients un grand nombre de prospectus (cf. documents annexes).

### HIV/SIDA

Même si le Ghana est moins touché que ses voisins par le SIDA, celui-ci reste l'un des sujets les plus fréquemment abordés. Puisqu'Aflao est une zone frontière, le gouvernement tente d'éviter autant que possible l'entrée du virus depuis le Togo en sensibilisant les habitants de la région à cette particularité de ville-frontière. De plus, cette maladie reste un sujet en grande partie tabou dans un pays où la religion et la tradition occupent une telle place et des efforts sont faits pour que les regards portés sur les malades du SIDA changent. Ce sujet reste néanmoins loin d'être résolu, beaucoup de mères par exemple refusent encore de faire le test du SIDA qui leur est vivement conseillé lors des cours anténataux, de peur d'avoir un résultat positif et de subir l'humiliation et le rejet social qui en découleraient.



### AUTRES MST

Une importante campagne a été récemment lancée à propos des différentes MST et des moyens pour s'en protéger. En effet, malgré le fait que tous les ghanéens ou presque aient entendu parler du SIDA, très peu d'entre eux connaissent l'existence de maladies telles que la gonorrhée.

La fertilité et le fait d'avoir une grande famille avec beaucoup d'enfants reste une valeur première, un signe de réussite de vie et ce à quoi aspirent la plupart des Ghanéens, et les femmes en particulier. Il n'est donc pas aisé d'aborder des thèmes qui pourraient entraver à cela, surtout sachant que ces maladies ne sont pas aussi graves que le SIDA... Par ailleurs, il faut mentionner que l'hôpital comportait un service spécialisé dans les MST, où on pouvait trouver énormément de documentation. L'infirmière que nous y avons rencontrée nous a parlé du manque de centres pour les adolescents qui permettraient de leur donner un espace privilégié de dialogue.



## MALARIA

Le paludisme est considéré par les Ghanéens comme nous considérons la grippe. En effet, un Africain fait en moyenne dans cette région quatre à cinq crises de paludisme par an, qui se manifestent comme un état grippal avec fièvre, courbatures, myalgies et fatigue. Il n'y a donc pas de prophylaxie instaurée car les gens ont une immunité et la maladie est endémique. Les malades prennent donc de la *Chloroquine* uniquement en cas de crise.

La malaria est pourtant responsable de 40% de consultations ambulatoires de l'hôpital. Seuls les groupes à risque en meurent, c'est-à-dire les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées. La prévention est donc axée sur ces personnes ; par exemple, le gouvernement rembourse 40'000 Cedis (env. 6 Frs) aux femmes enceintes pour l'achat d'une moustiquaire coûtant entre 60'000 et 90'000 Cedis. Malgré l'économie effectuée, beaucoup de femmes préfèrent garder leur argent pour s'acheter des vêtements.



## CONTRACEPTION ET

## STERILISATION

L'hôpital propose une assez grande variété de contraceptifs et fait beaucoup de publicité à ce propos. Cela contraste énormément avec ce que l'on peut voir dans les

communautés, ces sujets étant encore très tabous, pour des raisons religieuses et culturelles. D'ailleurs, la protection que l'église préconise principalement est l'abstinence (voir prospectus en annexe).

On retrouve donc dans l'enceinte de l'hôpital des affiches et prospectus très explicites concernant la stérilisation et les moyens contraceptifs, ce qui offre la possibilité aux femmes de pouvoir bénéficier d'un espace de dialogue et d'une prise en charge concernant ces domaines. Les femmes préfèrent le plus souvent avoir recours à un contraceptif injectable pour des raisons pratiques, celui-ci étant plus discret que la pilule orale et leur permettant de se protéger sans avoir à en informer leur mari et le reste de la famille.

Le préservatif est également recommandé, bien qu'on en trouve dans de rares endroits, et l'hôpital reste le lieu idéal pour s'en procurer. Les Ghanéens l'utilisent rarement et davantage comme moyen de protection contre les MST.



### c) Autres moyens de prévention

#### VETEMENTS DU PERSONNEL HOSPITALIER

Beaucoup de soignants de l'hôpital ainsi que des bénévoles portent des T-shirts et chemises à l'effigie de certaines maladies, surtout le SIDA, la tuberculose et la Polio. Ces habits sont imprimés en grand nombre par le gouvernement qui les distribue aux centres de soins de tout le pays, notamment à l'occasion de certaines campagnes telles que les journées nationales de vaccination contre la polio.



### VEHICULES HOSPITALIERS

Une partie des véhicules de l'hôpital sont équipés de haut-parleurs diffusant des messages de prévention dans les rues. Malgré la durée de notre séjour, nous n'avons vu aucune voiture diffuser d'informations de cette façon, ce qui laisse à penser que ce n'est sans doute pas le moyen préventif le plus employé.

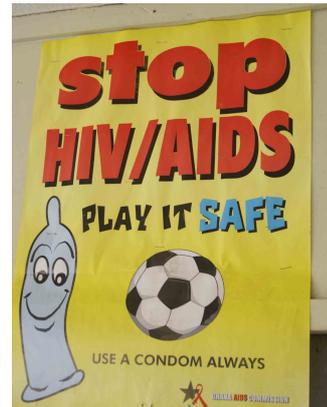
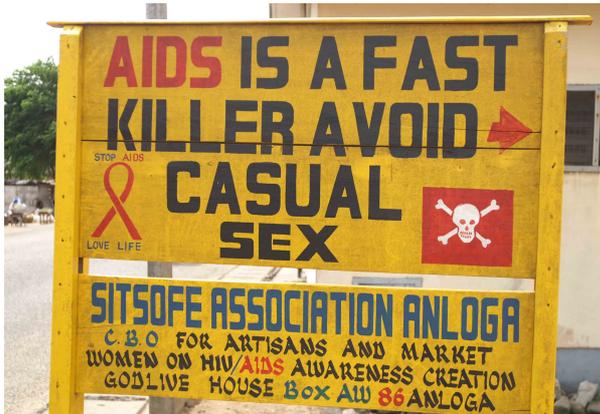


### AUTOCOLLANTS SUR LES TRANSPORTS PUBLICS

L'état, en association avec les compagnies de transports publics, a mis en place une campagne de publicité axée essentiellement sur la prévention du SIDA. En effet, dans toutes les stations de taxis, bus ou tro-tro (petits bus publiques) on trouve un petit bureau dans lequel il y a des autocollants gratuits à coller sur les véhicules. Ces autocollants rouges et très tape-à-l'œil « DRIVE PROTECTED » sont affichés sur quasiment tous les véhicules circulant dans le pays dont les véhicules sanitaires, parfois en plusieurs exemplaires. Il existe également des T-shirts et des affiches « DRIVE PROTECTED ».

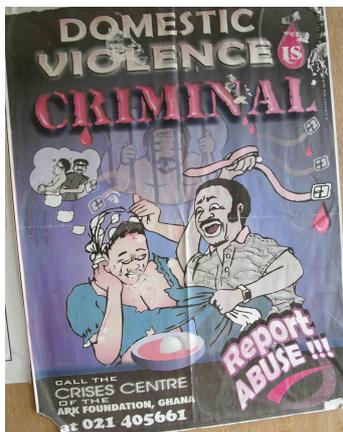
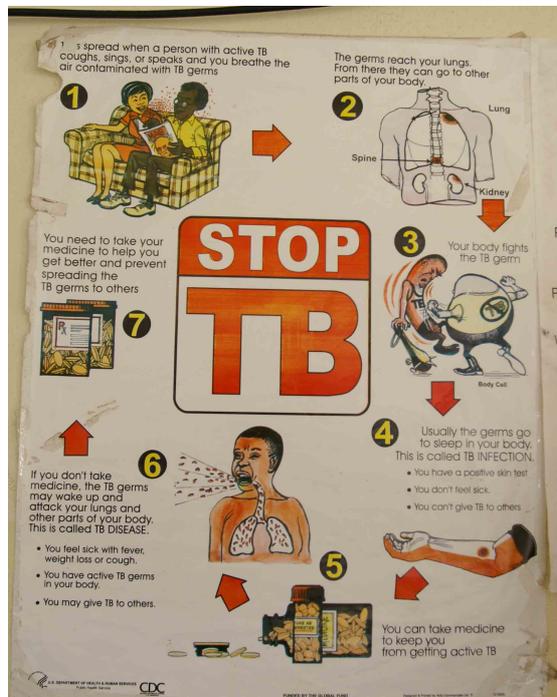
Nous n'avons pas vraiment compris de quelle nature est l'accord entre le gouvernement et les compagnies de transports publics mais il semble, au vu de la fierté des conducteurs, que tout le monde y trouve son compte...

QUELQUES AUTRES POSTERS...



Le message passe par la peur...

...mais aussi par l'humour.



## 5. RELATION MEDECIN MALADE

Un des domaines dans lesquels nous avons été le plus surpris et avons appris le plus est sans doute la relation entre le personnel soignant et les patients hospitalisés dans les différents services.

Certains épisodes auxquels nous avons assisté nous ont particulièrement marqués et nous avons décidé de les développer dans ce chapitre.

Ce qui concerne les ressources humaines, le suivi médical et la communication avec le patient, ainsi que la façon d'appréhender des sujets comme la douleur et la violence, nous a paru intéressant.

Etant donné que le service de la maternité est celui qui nous a le mieux accueillis, c'est l'endroit où nous avons pu observer de près la relation développée entre les soignants et leurs malades ; nous lui avons donc également consacré un sous-chapitre spécial.

### a) Ressources, suivi et communication

Pour ce qui concerne la distribution du personnel, nous avons pu remarquer que les patients étaient bien entourés. En fait, l'hôpital est assez petit, bien organisé et comprend beaucoup de personnel soignant qui s'occupe des patients dans chaque service. Il s'agit majoritairement d'infirmières et d'aides-soignantes. Pourtant, en passant des journées entières dans les différents services, et surtout à la maternité, nous nous sommes rendus compte de la difficulté rencontrée par le patient pour instaurer une communication avec le personnel de l'hôpital. En réfléchissant et en discutant avec les infirmières, nous en avons conclu que le manque de ressources financières, le manque de temps et le fait que la majorité des patients ne sache pas lire, affecte radicalement une éventuelle communication entre les patients et les infirmières qui s'occupent de leurs soins pendant leur hospitalisation.

Pendant nos visites dans les services, nous avons compris que les raisons susmentionnées n'étaient pas les seules qui empêchaient le dialogue ; nous avons ressenti une sorte de barrage intellectuel séparant le personnel soignant et les malades. Les patients avaient presque peur du personnel et n'osaient pas exprimer leurs opinions par rapport aux soins ; ils traitaient le personnel soignant avec respect et estime. Quant aux infirmières et aides-soignantes, nous pensons que, de temps en temps, elles utilisaient ce barrage pour exercer une sorte de pouvoir sur les patients, ce qui leur facilitait le travail quotidien surtout quand les services étaient pleins et quand il y avait beaucoup de choses à gérer en même temps.

Malgré le fait que les infirmières et les aides-soignantes étaient nombreuses dans les différents services, nous nous sommes vite rendu compte qu'il n'y avait pas de médecin, surtout à la maternité. En fait, jusqu'à l'arrivée 5 mois auparavant d'une gynécologue cubaine, l'hôpital se trouvait dépourvu d'un spécialiste en gynécologie. Ce manque de médecins à l'hôpital est un problème majeur qui affecte certainement la qualité des soins, mais aussi la communication et la chaleur humaine entre employés et patients.

Les infirmières et aides-soignantes se trouvaient confrontées à des situations difficiles et elles devaient parfois prendre des décisions vitales qui dépassaient leurs

connaissances, fait qui les obligeait à intervenir dans des situations aiguës et qui les mettait sous une pression considérable.

Perturbées par certains épisodes auxquels nous avons assisté au bloc opératoire comme à la maternité, nous avons décidé d'en parler avec le seul médecin de l'hôpital, le Dr. Bediako.

Nous avons ressenti le besoin de lui poser quelques questions sur cette relation médecin malade et il nous a expliqué qu'il est parfaitement conscient de la situation ; malheureusement il doit faire face, seul, à un trop grand nombre de patients qui nécessitent des soins immédiats et auxquels il ne peut donc consacrer que quelques minutes.

A cause de l'analphabétisme très important au sein de la population et du manque complet de connaissances des patients en ce qui concerne les sujets médicaux, il se trouve dans une situation difficile : il aimerait expliquer aux patients ce qui leur arrive, mais parallèlement il peine à leur faire comprendre des sujets parfois compliqués

Pour nous, immergés dans nos cours de relation médecin-malade, cela n'a pas été facile à accepter, mais au fur et à mesure de notre stage, nous avons compris ses justifications.

Pourtant, nous sommes convaincus que quelques efforts pourraient être faits pour améliorer l'hospitalisation des patients et leur quotidien ; cette réflexion nous amène à aborder une autre problématique qui nous a frappés pendant nos journées dans les services : la gestion de la douleur.

## **b) La douleur**

La douleur est un sujet délicat à aborder chez nous et d'énormes efforts ont été faits ces dernières années pour reconnaître l'importance et la subjectivité de la douleur. Beaucoup d'études et de thérapies ont été menées pour pouvoir évaluer et atténuer la douleur des patients. On a enfin reconnu l'importance de la douleur et un des buts principaux des soignants est justement d'amener le patient à en éprouver le moins possible.

Ce que nous avons vécu à l'hôpital d'Aflao ne nous a pas excessivement étonnés, parce que nous étions préparés psychologiquement à travailler dans un hôpital dépourvu de médicaments et de ressources financières. Nous devons pourtant avouer que certains épisodes ont été vraiment durs à vivre et à supporter. Plus précisément quand nous avons assisté aux accouchements avec épisiotomie sans anesthésie, à des complications après l'accouchement ou à des traumatismes dus aux accidents de la circulation.

La douleur n'était pas du tout prise en compte, comme si elle n'existait pas, si ce n'est les cris que nous pouvions entendre des patients... Il n'y avait aucune considération pour les plaintes des patients qui étaient très mal vécues par les infirmières, pouvant aller jusqu'à battre le patient s'il avait un cri de douleur de trop. Ce qui nous a frappés le plus est que cet apparent manque de ressources médicales et financières n'était qu'une façade dans certains domaines. En fait, en creusant un peu, nous avons pu découvrir que, pour ce qui concernait les médicaments et le matériel pour l'anesthésie locale, la pharmacie de l'hôpital était tout à fait bien fournie ; pourtant ces médicaments n'étaient utilisés que dans des situations

particulières, à cause de leur coût élevé. Seuls les patients qui pouvaient payer des sommes considérables avaient droit à ce type de médicaments.

Comme nous l'avons préalablement expliqué dans le sous-chapitre «**Les coûts de la santé**», le système de santé ghanéen se trouve en pleine transition. Nous espérons que l'établissement de l'assurance maladie et l'aide apportée par les ONG pourront aussi améliorer le rapport humain entre les malades et leurs soignants.

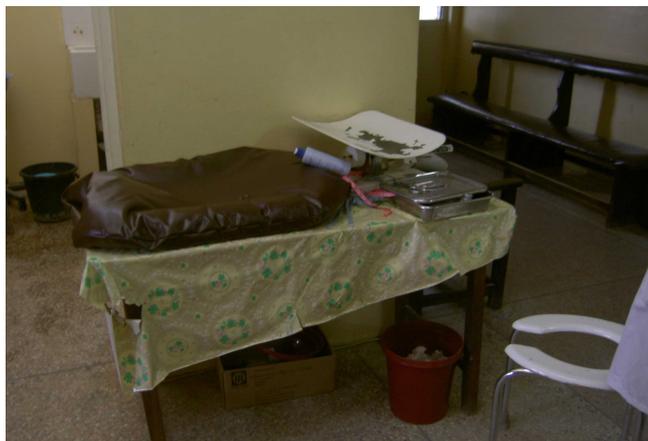
### **c) La Maternité**

Le service de la Maternité était de loin le plus actif et le plus chaotique de l'hôpital, et ce bien que la plupart des mères accouchent encore de nos jours à domicile, assistées de soignants traditionnels et de leurs familles.

Il se composait d'un couloir central, lieu où l'on trouvait aussi bien les sages-femmes assises à discuter entre elles, les bancs en bois sur lesquels attendaient les mères pour accoucher, et celles qui avaient déjà accouché et se trouvaient par terre, sur de petits matelas, leurs bébés couchés à côté d'elles... Tout cela sur une surface de quelques mètres carrés. Les trois salles contenant les lits pour les mères et leurs enfants étaient quant à elles quasiment vides. Au bout du couloir finalement, les deux salles d'accouchement, minuscules et le plus souvent vides.

Pour comprendre cette organisation assez étonnante et les relations qui se développaient entre les mères, les soignantes et les médecins, nous avons tenté de retracer le parcours classique d'une jeune femme sur le point d'accoucher. Celles qui venaient accoucher à l'hôpital avaient généralement bénéficié du suivi pré-natal et possédaient donc le précieux petit carnet rose de grossesse.

Après un premier examen physique par l'une des sages-femmes, si l'accouchement n'était pas considéré comme imminent, la maman attendait assise sur les bancs. La naissance n'était visiblement pas considérée de la même façon que chez nous, tout se faisait de façon bien plus naturelle et plus simple. Les mères attendaient ensemble, tranquilles, et discutaient entre elles jusqu'à la fin du travail, ce qui n'a rien à voir avec l'agitation et le stress qui caractérise cette même situation chez nous !! La mise au monde d'un enfant est en fait considérée comme un événement courant et presque banal, ce qui s'explique certainement en partie par le fait qu'ils ont beaucoup plus d'enfants et que plusieurs d'entre eux tombent malades et meurent jeunes...



d'accouchement avec, en arrière-plan,  
le banc sur lequel les mères attendent d'accoucher

Antichambre de la salle

Ensuite, la mère passait dans l'une des petites salles d'accouchement. Il faut rappeler que c'était elles qui apportaient le matériel nécessaire.

L'accouchement était mené par une sage-femme et une soignante, aucune anesthésie n'était possible du fait du coût trop élevé des examens sanguins requis avant toute sédation et l'épisiotomie était faite d'office. De façon générale, les soignantes se montraient plutôt exigeantes avec la mère, lui donnaient des ordres et en venaient même à la frapper si elles estimaient que celle-ci ne collaborait pas assez ou se plaignait trop de la douleur. Ces méthodes nous ont beaucoup choqués, et témoignent du fait que, comme nous l'avons précédemment décrit, la relation soignant-malade est ici une relation de pouvoir, dans laquelle le fossé des connaissances est d'autant plus énorme entre l'un et l'autre que le malade est souvent analphabète et n'a quasiment jamais vu de soignant classique de sa vie. L'autorité du soignant se manifestait autant par la maltraitance physique que par le fait qu'il ne communiquait à son patient que les informations indispensables, ne le prévenant pas le plus souvent des gestes qu'il s'apprêtait à faire et de leur utilité (comme ici dans le cas de l'épisiotomie).

Il faut savoir que la maternité était un service exclusivement de femmes, aucun infirmier ou aide-soignant homme n'y travaillait, et le Dr. Bediako n'intervenait que dans les cas de complications graves. D'ailleurs, c'était la Dresse Castillo, gynécologue-obstétricienne cubaine dont nous avons déjà parlé, qui assurait les cas de complications pendant la période où nous étions là-bas. Cela nous a beaucoup frappés que le traitement des jeunes mères soit aussi dur venant d'autres femmes, qui avaient dû connaître elles-mêmes un jour cette situation. La solidarité féminine si présente dans d'autres domaines et surtout entre les mères était ici abolie par la hiérarchie soignante-patiente. Nous nous demandions comment une mère pourrait vouloir retourner accoucher à l'hôpital après avoir enduré cela...

Après la naissance, les femmes bénéficiaient de services différents selon si elles avaient déjà payé ou non. Celles qui avaient payé étaient emmenées dans une des salles avec lits, les autres étaient installées sur des matelas dans le couloir avec leur bébé, et ce même s'il y avait encore des lits à disposition, ce qui était le plus souvent le cas. Ces différences de traitement selon le financement étaient difficiles à comprendre et chaque fois que nous posions des questions à ce sujet nous obtenions une réponse différente! Pour certains, l'accouchement et la césarienne étaient gratuits, financés par l'Etat, y compris les soins post-partum. Pour d'autres, il fallait payer certaines choses et si elles ne l'étaient pas, les mères ne pouvaient être traitées. Lors d'une discussion avec la Dresse Castillo, nous avons appris que certaines mères n'ayant pas les moyens de s'offrir une césarienne devaient laisser leur bébé mourir in utero, ou prendre le risque d'un accouchement par voie basse qui pourrait mettre leur vie en danger, et cela bien que la doctoresse ait offert d'opérer gratuitement...

Dans un contexte aussi limité financièrement, les priorités étaient complètement différentes de celles que l'on peut observer chez nous. Lors d'un cas compliqué auquel nous avons assisté, où un bout du placenta était resté croché dans l'utérus et la mère se vidait de son sang, la doctoresse a dû extraire le reste du placenta avec une gaze, sans la moindre sédation pour la mère, dans des conditions d'hygiène déplorables et au prix d'une souffrance atroce pour la femme, car sinon c'était une hémorragie mortelle qui l'attendait. La vie de la patiente passait ici avant tout, y compris avant la souffrance et le choc que cet épisode pourrait causer à celle-ci. Mais cette problématique de la limitation des soins du fait des difficultés financières nous a paru plus complexe que cela, et comme nous l'avons souligné

précédemment, certaines négligences médicales ne semblaient pas vraiment avoir lieu faute d'argent ou de médicaments...

Un autre épisode marquant auquel l'un d'entre nous a assisté à la Maternité nous semble important d'être résumé dans ce chapitre. Cela s'est passé pendant une matinée, tout était plutôt calme à la Maternité, il n'y avait pas d'accouchement prévu, les sages-femmes et infirmières étaient assises dans le couloir et regardaient tranquillement la télévision. Tout à coup, une femme enceinte en pleine détresse a passé le pas de la porte d'entrée et s'est écroulée alors qu'elle n'avait pas parcouru deux mètres. Aucun membre du personnel soignant ne s'est précipité vers elle pour l'aider, au contraire, toutes la fusillaient du regard comme si elle avait fait quelque chose d'absolument interdit. Heureusement, une autre femme accompagnait la future maman et c'est elle qui l'a finalement aidée à se relever. Les deux femmes se sont ensuite dirigées, tant bien que mal, vers la salle d'accouchement, laissant derrière elles une traînée de sang et de liquide amniotique, car la patiente venait de perdre les eaux. Pendant ce temps, les infirmières qui n'avaient pas encore bougé, ont continué à observer la scène et ont même carrément commencé à lancer des remarques de mécontentement à la future mère. Celle-ci est finalement arrivée à la salle d'accouchement et s'est écroulée une seconde fois sur le pas de la porte et a mis au monde son enfant toute seule, à même le sol. Le pauvre petit être est même resté là, sur le béton sale, pendant plusieurs minutes, devenant tout bleu avant qu'une sage-femme ne vienne enfin s'occuper d'eux, tout en criant sur la maman! Par la suite, tout est rentré dans l'ordre, la maman et son bébé s'en sont heureusement bien sortis.

Cet évènement étant absolument choquant et même complètement insensé, nous avons tenté d'obtenir des explications et la sage-femme nous a simplement dit qu'en général les choses ne se passaient pas ainsi et que c'était de la faute de la maman qui n'aurait pas dû venir à la Maternité au dernier au moment. Nous pensons que cela arrive assez souvent et d'autres événements auxquels nous avons assisté l'ont confirmé.

Cet épisode illustre bien la relation qu'il y a parfois entre le personnel soignant et les patients. Au Ghana, le personnel soignant ne se considère pas comme un fournisseur de soins qui doit satisfaire aux mieux à toutes les demande de ses patients, mais comme une institution toute puissante, à laquelle les patients doivent le respect, ceux-ci devant se contenter du simple fait qu'elle existe et qu'elle puisse leur venir en aide. Nous avons eu beaucoup de mal à comprendre ce concept et il nous est, encore aujourd'hui et malgré le recul, impossible de l'accepter.

## **d) La violence**

Ce thème est englobé en partie dans ce qui concerne la communication avec le patient et dans le thème de la douleur, mais nous tenions à réfléchir sur certains aspects particuliers qui nous ont frappés.

Nous avons remarqué que la violence, verbale et surtout physique, avait une place bien différente à Afloa que chez nous. Dans l'enceinte de l'hôpital, nous avons déjà raconté comment les soignantes frappaient les femmes lors de l'accouchement pour solliciter leur collaboration ou pour leur dire de se taire tout simplement, comment lors des rassemblements en pré ou post natal les mères se faisaient crier dessus et réprimander si elles n'avaient pas suivi les instructions prescrites. Le patient semblait de manière générale devoir obéir au soignant de façon aveugle, puisqu'il était après tout considéré comme ignorant, non seulement en raison de son analphabétisme, mais surtout parce qu'il ne comprenait souvent pas pourquoi ni comment appliquer les recommandations.

Lors des cours de prévention du SIDA, de la malaria, des maladies infantiles et autres, certaines choses étaient expliquées plus en détails, mais les infirmières devaient gérer le fait que ces gens n'avaient souvent presque pas d'éducation scolaire, avaient grandi dans les enseignements traditionnels et religieux et avec des priorités toutes autres que la prévention de maladies, l'hygiène ou l'émergence de souches résistantes s'ils ne suivent pas leur traitement antibiotique jusqu'au bout !!!

Ainsi, face à cette population, les infirmières n'ont pas seulement un problème d'argent, mais surtout pas assez de temps pour former une population qui n'a pas les bases éducatives pour comprendre ce qui est bien pour elle en terme de santé. On peut dès lors comprendre qu'elles aient souvent recours à une certaine violence.

En dehors de l'hôpital, la violence semblait également occuper une place importante. Nous l'avons observée au sein des couples, où l'homme est considéré comme supérieur. Mais nous l'avons surtout vu au sein des familles, où les enfants se font systématiquement frapper lorsqu'ils ne sont pas sages, y compris en public, et où les frères et sœurs se battent tout le temps entre eux pour démontrer leur supériorité et obtenir ce qu'ils veulent. On a donc pu constater que la violence n'était pas le seul fait des relations soignants-malades, mais quelque chose de relativement répandu et presque naturel au sein de la société. Il faut noter que dans les cas où nous avons pu parler de cela avec les gens, ceux-ci nous ont expliqué très ouvertement et sans gêne ce qu'il en était, comme cette infirmière que nous avons entendue battre son fils pendant un long moment, et qui nous a tranquillement raconté qu'il ne rentrait pas à l'heure, n'était pas sage et que c'était la seule manière de le lui faire comprendre. Ainsi, peut-être que la violence était surtout beaucoup moins taboue que chez nous !

## ***Nancy Castillo, la chirurgienne Cubaine***

***Age : 54 ans***

***Profession : Gynécologue Obstétricienne***

***Fonction : Bénévole à l'hôpital d'Aflao, Maternité et Bloc Opératoire***

***Expérience professionnelle : 27 ans***



Nancy Castillo est médecin, spécialiste en gynécologie et obstétrique. Elle est d'origine cubaine et en mission pendant deux années à l'hôpital d'Aflao. Au moment où nous avons effectué notre stage, elle était déjà là depuis cinq mois.

Accompagnée et assistée par une infirmière instrumentiste, également d'origine cubaine, elle s'occupe surtout des opérations gynécologiques (hystérectomies, ablations de fibromes au niveau de l'utérus) et des urgences obstétricales (césariennes, accouchements avec complications).

Elle travaille en équipe avec le Dr Bediako sur la plupart des opérations programmées et nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'assister à certaines de ces interventions. Ce qui nous a particulièrement frappés lors de ces observations a été le manque d'hygiène, le non-respect des règles d'asepsie et ceci dû au manque de matériel et de moyens techniques au bloc opératoire. Relevons une anecdote à ce sujet ; le chirurgien se doit d'utiliser deux compresses pour absorber le sang au maximum par opération et par patient car il n'en resterait sinon pas suffisamment pour les suivants. Ces compresses seront ensuite lavées à la main pendant des heures, comme d'ailleurs tout le linge de l'hôpital, celui-ci n'ayant pas de machines à laver à disposition.

La Dresse. Castillo avait déjà effectué des missions dans des pays défavorisés, mais elle semblait néanmoins choquée par le manque d'organisation et de personnel compétent, ainsi que par l'impact dramatique du manque d'argent. Alors qu'elle aurait été prête à faire certaines opérations bénévolement, on l'en empêchait lorsque la patiente n'avait pas les ressources financières nécessaires. Après une de ses interventions particulièrement difficile, à laquelle nous avons assisté et que nous avons décrit dans le chapitre « **Relation Médecin-Malade** », elle nous fait comprendre qu'à partir d'un certain moment, la douleur et même la dignité du patient passaient au second plan, étant donné que son but premier était de le sauver. Ainsi, cette doctoresse paraissait très froide et exigeante de prime abord, mais au vu du contexte dans lequel elle devait exercer, on peut comprendre sa frustration et ses priorités.

## **Dr. K. Asare Bediako**

**Age:** 45 ans

**Profession:** Médecin généraliste

**Fonction :** Directeur et Praticien au sein de l'hôpital

**Expérience professionnelle :** 15 ans



Le Dr Bediako a une fonction très importante à l'hôpital d'Aflao. Il s'agit, en effet, du seul praticien de cet hôpital pouvant accueillir 250 personnes. Son rôle est, premièrement, de gérer et mener toutes les consultations ambulatoires, ce qui le contraint régulièrement à dépasser son horaire de travail, étant donné qu'une foule de patients se presse tous les jours à son cabinet. Et même ainsi, il parvient rarement à satisfaire à toutes les demandes.

Le Dr. Bediako effectue également des tournées quotidiennes dans les différents départements de l'hôpital où il rend rapidement visite aux malades et donne les instructions aux infirmières qui s'occupent de procurer les différents soins.

Une autre de ses fonctions est d'intervenir lors des urgences, notamment chirurgicales. Il est aidé dans cette tâche par une chirurgienne cubaine bénévole en fonction pendant 2 années à l'hôpital d'Aflao.

On constate ici que le manque de médecins et, par conséquent, le peu de temps consacré à chaque patient est un réel problème dans le système de santé ghanéen. Il est, en effet, impossible pour un seul médecin de gérer tous les patients, en particulier dans autant de domaines différents, rappelons que le Dr Bediako n'est pas un spécialiste. Il y a non seulement un problème de temps à gérer, mais également un manque de profondeur quant à l'établissement du diagnostic.

Le manque de médecins est par conséquent une grande barrière pour l'accès aux soins et il n'existe pour l'instant pas de réelle solution à part justement la collaboration de médecins étrangers, l'accès aux études de médecine et à l'éducation en général étant limités dans ce pays.

## 6. CONCLUSION

### Quelques difficultés...

Après quelques jours de stage, nous nous sommes aperçus que notre sujet de départ, à savoir le plan de vaccination dans la ville d'Aflao, était bien trop ciblé. En effet, aucune des grandes campagnes de vaccination de masse n'était prévue pour la durée de notre séjour et nous avons vite fait le tour de ce qui se faisait en la matière au niveau des communautés et de l'hôpital. Ainsi, nous avons commencé assez vite à participer à des activités plus diverses, à tenter de comprendre le fonctionnement de l'hôpital et du système de santé local de façon plus globale. Cela nous a donc amenés à traiter des sujets plus divers dans notre rapport.

La barrière du langage a été plus importante que ce que nous aurions pu imaginer. Comme nous l'avons expliqué dans notre introduction, les dialectes sont très nombreux au Ghana, comme c'est souvent le cas en Afrique, et l'anglais n'est en fait parlé que par les personnes ayant été scolarisées assez longtemps ou en contact avec des étrangers. Donc, globalement, les ghanéens ne parlent pas très bien l'anglais, ou pas du tout. Cela peut paraître trivial, mais sachant que la « langue officielle » était l'anglais, nous nous attendions à tout autre chose... Etant donné que l'activité la plus importante de l'hôpital, mis à part le domaine obstétrique, étaient les consultations rapides faites par le Dr. Bediako, et que nous étions dans l'incapacité de communiquer avec les patients ou de suivre le dialogue entre le docteur et ceux-ci, nous étions relativement limités. C'est dans le cadre de ces consultations que venaient les patients tuberculeux, ayant présenté une crise de malaria ou souffrant des premiers symptômes du SIDA. Ainsi, il faut bien l'avouer, il nous a manqué tout un aspect de la médecine communautaire, qui est l'observation de ce qui se passe dans le « cabinet » du médecin lui-même.

Comme nous l'avons mentionné dans notre chapitre « **Relation Médecin-Malade** », certains comportements des soignants nous ont beaucoup choqués et parfois même indignés. Nous avons tenté d'en parler ouvertement, sans juger et en tenant compte du contexte dans lequel ces événements se déroulaient, mais nous ne prétendons pas avoir une objectivité absolue étant donné l'impact que certaines expériences ont eu sur nous.

### ...et beaucoup de bénéfices !

L'hospitalité, la bonne volonté et la bonne humeur dans laquelle nous avons été reçus a été réellement exemplaire. Tout a été fait pour que notre confort soit le meilleur possible, nous faciliter l'accès à toutes les structures et nous assister lorsque nous rencontrions des problèmes. Nous avons beaucoup à apprendre de la tolérance, de la bienveillance et de la chaleur humaine que toute la ville nous a montré, bien que nous soyons les seuls Blancs de la ville, le tourisme étant pratiquement inexistant dans cette région. Nous aurions été des proies faciles pour d'éventuels arnaqueurs, et étant donné la différence de niveau économique entre eux et nous, il aurait été presque normal qu'ils en profitent ! Et pourtant tout le monde (mis à part un ou deux chauffeurs de taxi...) s'est toujours montré d'une honnêteté exemplaire.

Quant au système de santé communautaire en lui-même, il est un peu à l'image de l'hôpital d'Aflao : beaucoup de très bonnes idées, beaucoup de personnes bien intentionnées prêtes à collaborer, mais peu de professionnels pour encadrer, gérer, administrer. Le manque d'organisation et de personnel qualifié étaient vraiment les principaux problèmes. La carence en régularité, en discipline et en formation se faisait sentir tous les jours, et ce malgré un plan de départ excellent, adapté et à la hauteur des possibilités économiques. Il est indéniable que, partant d'un niveau d'éducation et économique aussi bas chez une majorité de la population, il devient extrêmement difficile de mettre en place des programmes sans faire preuve d'un minimum d'autorité, autant envers le personnel soignant qu'envers les patients. La limite est alors difficile à trouver entre un paternalisme exagéré du médecin-chef ou du soignant et la liberté absolue laissée au patient malgré les risques vitaux qu'il encourt. Tout comme en Suisse, la santé n'est pas toujours la première priorité pour tous, et les craintes et croyances diverses envers la médecine occidentale restent d'actualité.

Dans le contexte actuel du Ghana, et même si l'on compare à ce qui se passe dans beaucoup d'autres pays africains, nous avons été souvent très surpris par la modernité des mesures prises. Les soignants n'hésitaient jamais à briser un tabou ou à aborder un sujet délicat si celui-ci paraissait mettre en danger la santé de la communauté ou du patient.

Nous avons vécu au Ghana une expérience très forte, non seulement pour toutes les raisons classiques qui font de la découverte d'un nouveau pays une aventure toujours enrichissante, mais aussi parce qu'elle s'est déroulée dans le cadre de nos études de médecine. Dans ce contexte, nous avons eu les yeux ouverts sur les différences et les similitudes entre ce qu'est la médecine ici et là-bas et nous avons bénéficié d'un accès très privilégié à tout ce milieu. Autant dire que ces semaines ensemble dans un contexte matériellement assez dur nous ont beaucoup appris sur nous-mêmes, sur les autres, sur nos limites et sur nos capacités à nous dépasser. Il y a eu des moments difficiles, de découragement et de frustration, mais aussi beaucoup de moments drôles et passionnants. De plus, certains d'entre nous ne seraient sans doute jamais partis dans un pays d'Afrique Sub-saharienne si ce n'est dans ce contexte-là.

Le bilan est plus que positif et nous ne pouvons que recommander à tous de tenter cette expérience unique, et remercier toutes les personnes qui nous ont permis de la réaliser.

## 7. REMERCIEMENTS

L'UDREM, et en particulier le Dr. Philippe Chastonay, pour nous avoir donné l'opportunité de réaliser un tel projet et pour son soutien avant, pendant et après notre séjour.

L'IFMSA, surtout Astrid Flahault, qui nous a mis en contact avec l'hôpital et les personnes concernées à Genève.

Dr. Lydia Markham, notre contact à Genève, qui nous a aidés à organiser ce stage du point de vue logistique, conseillés et rassurés sur les conditions sur place.

Dr. K. Asare Bediako, notre contact à Aflao et le coordinateur de notre stage.

Dr. Ayme, qui nous a consacré beaucoup de son précieux temps pour nous aider à comprendre comment s'organise la médecine communautaire dans le district de Ketu.

Le personnel de l'hôpital d'Aflao, pour leur gentillesse, leur accueil irréprochable et leur disponibilité.

Les laboratoires Pfizer et Spirig Pharma AG, pour leurs dons de médicaments.

