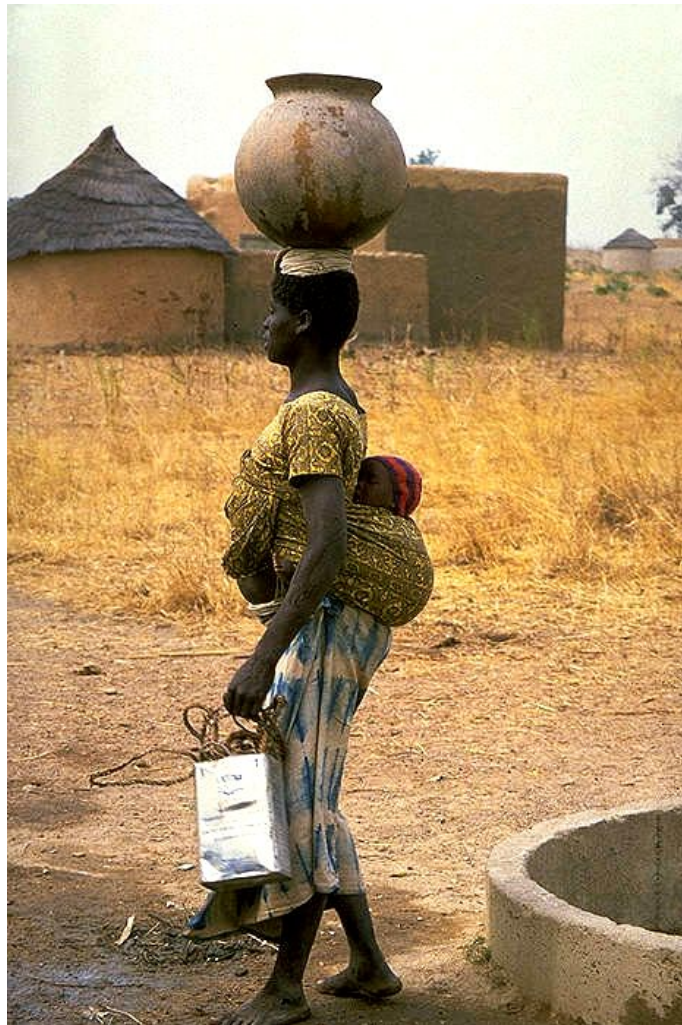


CENTRE MEDICAL PEDIATRIQUE PERSIS :
FONCTIONNEMENT D'UNE STRUCTURE DE SOINS
VISANT A REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE
A OUAHIGOUYA, BURKINA FASO



Joanna Krähenbühl
Faculté de Médecine de Genève
Octobre 2006

Table des matières

1 Résumé.....	3
2 Introduction	
2.1 Choix du thème.....	3
2.2 Méthode de recherche.....	3
2.3 Immersion culturelle.....	4
3 Burkina Faso	
3.1 Population.....	5
3.2 Bref survol historique.....	6
3.3 Indicateurs du développement humain.....	12
4 Fonctionnement du Centre Médical Pédiatrique Persis	
4.1 Généralités.....	13
4.2 Financement / Recouvrement.....	14
4.3 Consultations.....	17
4.4 Hospitalisation.....	18
4.5 Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN).....	19
4.6 Pharmacie.....	22
4.7 Le personnel.....	23
5 Pathologies infantiles courantes	
5.1 La malnutrition	
5.1.1 Epidémiologie.....	24
5.1.2 Les différentes formes de malnutrition.....	25
5.1.3 Causes.....	26
5.1.4 Diagnostic.....	30
5.1.5 Traitement.....	31
5.2 Le paludisme	
5.2.1 Epidémiologie.....	31
5.2.2 Agents responsables.....	32
5.2.3 Diagnostic.....	33
5.2.4 Traitement.....	35
5.2.5 Conséquences.....	36
5.2.6 Prévention.....	36
5.3 La diarrhée	
5.3.1 Epidémiologie.....	37
5.3.2 Causes.....	37
5.3.3 Diagnostic.....	38
5.3.4 Traitement.....	39
5.3.5 Croyances liées à cette pathologie.....	39
6 Conclusion.....	40
7 Remerciements.....	41
8 Annexes	
8.1 Entretiens.....	42
8.2 Thèmes des « causeries ».....	77
8.3 Photographies du CMPP.....	88
9 Bibliographie.....	91

1 RESUME :

Ce travail tente d'établir un lien entre la problématique de l'accès aux soins et celle de la mortalité infantile. Pour ce faire, il décrit le cas d'une structure de soins à but non lucratif (financée par des partenaires du Nord) situé dans la ville de Ouahigouya, au nord du Burkina Faso.

Au fil des pages, il définit l'organisation et le fonctionnement du Centre Médical Pédiatrique Persis en prenant en compte le thème du développement dans les pays du Sud.

Différents aspects sont ainsi abordés : le financement, les activités du centre (consultations, hospitalisations, prise en charge de la malnutrition grâce au Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle) et le personnel.

En ce qui concerne la mortalité infantile, quelques pathologies récurrentes au Burkina Faso (mais par contre relativement rares en Suisse) sont étudiées plus en détail. Il s'agit de la malnutrition, du paludisme et de la diarrhée.

Cette étude portant sur le Centre Médical Pédiatrique Persis a pour but d'établir l'importance d'une telle structure au vu des grands manquements du système de santé publique burkinabé. En effet, le Burkina Faso, qui est actuellement un des pays les plus pauvres du monde, ne garantit pas un accès aux soins équitable à sa population.

Afin de mieux comprendre le contexte du Burkina Faso, ce travail se penche sur quelques aspects de la culture et des traditions burkinabées et examine leur impact sur la santé infantile.

2 INTRODUCTION :

2.1 CHOIX DU THEME :

Si j'ai eu envie d'effectuer ce stage au Burkina Faso, c'est avant tout parce que j'avais déjà séjourné dans ce pays. En effet, le Dr Zala m'ayant auparavant accueillie pour un stage de quatre mois au sein de la division pédiatrique de l'hôpital public de Ouahigouya, j'étais très curieuse de connaître la nouvelle structure de soins (le Centre Médical Pédiatrique Persis) qu'il avait créée depuis.

Ce centre -fondé dans l'optique de pratiquer une médecine sociale accessible à la population- m'a tout de suite interpellée puisque la problématique de l'accès aux soins dans les pays en voie de développement me tient très à cœur.

Les enfants étant les premières victimes de la pauvreté, cela m'a paru d'autant plus intéressant que ce centre soit spécialisé en médecine pédiatrique.

J'ai donc essayé, à travers ce travail, de lier les problématiques d'accès aux soins et de mortalité infantile. Pour ce faire, j'ai décidé d'étudier le fonctionnement du Centre Médical Pédiatrique Persis et son impact –au niveau local- sur la mortalité infantile.

2.2 METHODE DE RECHERCHE :

Ce travail se construit à partir de trois niveaux : tout d'abord, les données fournies essentiellement par les statistiques de l'OMS et les rapports de diverses ONG ; ensuite, ce que les gens m'ont raconté aux travers des entretiens que j'ai effectués ; finalement, mes propres observations qui découlent de mon vécu au sein du Centre Médical Pédiatrique Persis (CMPP).

Lors de mon stage, j'ai tenté de participer aux différentes activités du centre. En premier lieu, j'ai assisté aux consultations du Dr Zala. Cela m'a permis d'observer la manière dont il travaille et de me familiariser avec les pathologies infantiles courantes telles que la malnutrition, le paludisme et la diarrhée.

Ensuite, je me suis tournée du côté des infirmiers en les assistant lors des soins. J'ai ainsi pu pratiquer des gestes techniques tels que : pansements ; administration des traitements par voie veineuse ; « goutte épaisse¹ ». J'ai aussi contribué à l'admission des patients –ce qui consiste à prendre la température, peser et mesurer l'enfant.

Finalement, je me suis rendue au Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) jouxtant le CMPP. Là, j'ai pu assister aux « causeries² » éducatives auxquelles participent les mères et à la préparation de la bouillie enrichie administrée aux enfants malnutris.

Durant mon stage, j'ai également réalisé dix entretiens³ avec les différents acteurs du CMPP. Par ces entretiens, j'ai tenté d'obtenir différents éclairages concernant le fonctionnement du centre ; la culture burkinabé ; la médecine traditionnelle et la situation sanitaire du Burkina Faso. Pour ce faire j'ai interrogé le médecin et sa femme, trois infirmiers, l'infirmière du CREN, un infirmier travaillant pour un projet de développement autre que le CMPP et trois Françaises, étudiantes en médecine, effectuant un stage au centre.

2.3 IMMERSION CULTURELLE :

Lors de ce stage, j'ai focalisé mon attention sur les multiples aspects de la culture burkinabé. Il va de soi que l'immersion dans une culture si éloignée de la nôtre soulève de nombreuses interrogations. Je n'ai donc cessé de questionner les gens afin d'obtenir des clés pour comprendre leurs traditions et leur la manière de vivre et d'appréhender le monde.

Il me semble en outre important, lorsque l'on voyage, de se détacher de ses propres jugements afin de s'ouvrir pleinement aux expériences qui s'offrent à nous.

Par conséquent, ce voyage fut un apprentissage passionnant de ce qu'est la réalité burkinabé. C'est donc parce que j'ai choisi cet éclairage culturel que je consacre une partie de ce travail à l'Histoire et aux croyances burkinabées.

3 LE BURKINA FASO :

3.1 POPULATION :

¹ La « goutte épaisse » est un test diagnostique du paludisme. Pour plus de précision, consulter le chapitre concernant le paludisme.

² Les « causeries » sont des séances à but éducatif destinées aux mères des enfants malnutris. Il est possible de consulter un résumé des différents thèmes qui y sont abordés dans les annexes.

³ Tous ces entretiens ont été retranscrits et peuvent être consultés dans les annexes.

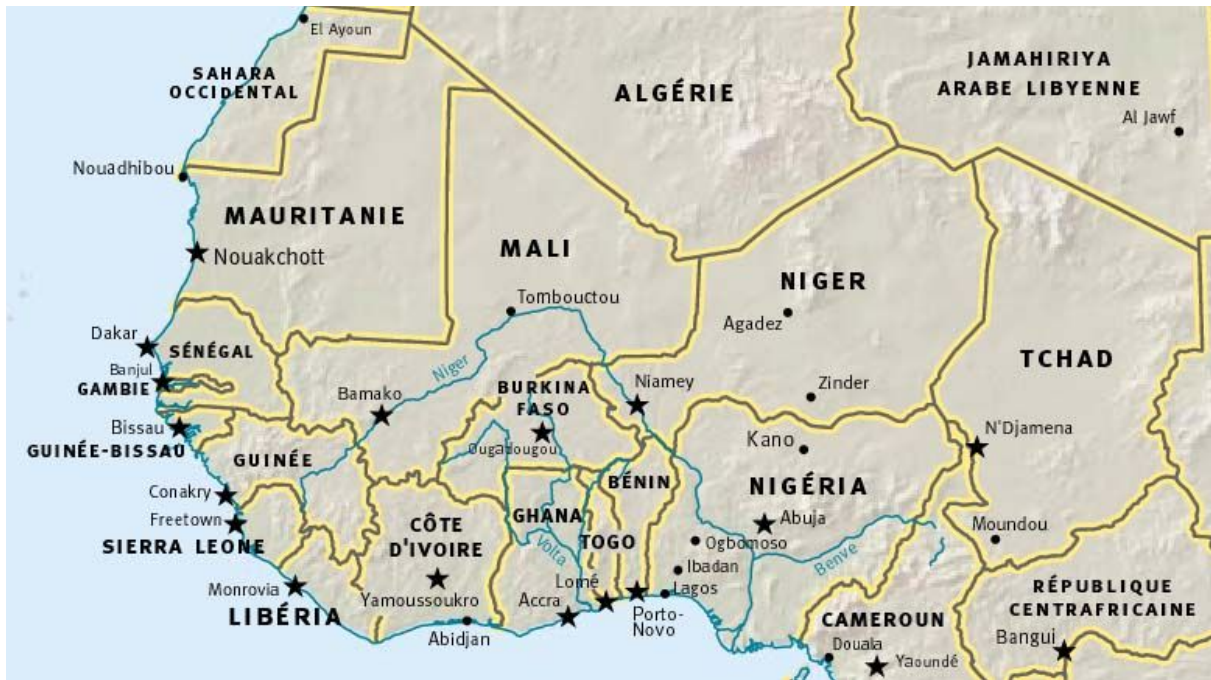


Fig. 1 : Carte de l'Afrique de l'Ouest⁴

Le Burkina Faso est un pays de l'Afrique de l'ouest d'une superficie de 274'200 km² et comptant une population de 13 millions d'habitants.

Ce pays dénombre plus d'une soixantaine d'ethnies -qui se différencient par leur langue et leur coutumes- les principales étant : les Mossis (49 %), les Peuls (8 %), les Gourmanchés (7 %), les Bobos (7 %) et les Bissas et les Samos (6 %).

Au contraire d'autres pays de la région, ces différentes ethnies cohabitent pacifiquement et ce en grande partie à cause d'une coutume spécifique au Burkina Faso : « la parenté en plaisanterie ». La parenté en plaisanterie lie deux groupes ethniques (par ex : Samo et Mossi, Peul et Bobo,...) et leur permet d'avoir des comportements particuliers avec les gens de l'autre ethnie. En effet, il s'agit, lors d'une rencontre avec un parent en plaisanterie, de l'invectiver haut et fort et de se lancer dans un échange verbal qui peut être violent ou insultant, sans jamais que cela finisse mal. Une des fonctions de ce jeu relationnel est d'affirmer, pour chacun, son identité et son appartenance à un groupe, tout en dénigrant l'autre. Cette coutume est un exutoire permettant de dédramatiser une situation conflictuelle passée ou présente. C'est en raison de cette fonction sociale essentielle que les autorités ont fait un effort particulier afin de promouvoir cette coutume.

Malgré cette diversité culturelle, la langue officielle du Burkina Faso est le français.

3.2 BREF SURVOL HISTORIQUE :

Jusqu'au 15^{ème} siècle le plateau burkinabè était habité par les Nyonyonsés, habitants originels de cette région. Par la suite, ce sont les Mossis qui ont envahi ce territoire et qui ont été à leur tour repoussés par les Songhaïs de Gao provenant de l'actuel Mali. Puis ce fut au tour des troupes marocaines de venir semer la terreur et de prendre possession de cette zone. Mais les Marocains, n'y trouvant pas les richesses espérées, se retirèrent vers la fin du 16^{ème} siècle.

⁴ Cette carte provient du site Internet de Human Rights Watch : <http://hrw.org/french/westafrica/>

Ultérieurement ce sont les Gourmas, ayant combattu et vaincu la population autochtone, qui s'installèrent. Au 17^{ème} siècle, résultat de longues migrations, les Peuhls arrivèrent dans le Sahel burkinabè. C'est alors que les Peuhls et les Gourmas scellèrent un accord : le Sahel et ses habitants appartenait aux Gourmas, mais le territoire serait administré par les chefs peuhls que les Gourmas se réservaient de choisir. Mais ce compromis peu satisfaisant pour les deux parties aboutit bientôt à une guerre civile.

C'est dans ce contexte de tensions interethniques que les Français arrivèrent en 1891. Ils s'empressèrent de signer un protectorat avec les dirigeants de l'époque et annexèrent le territoire burkinabè à l'Afrique occidentale française, en 1904. L'objectif de la France était alors atteint, c'est-à-dire ne former qu'un seul territoire avec toutes ses colonies d'Afrique occidentale. A cette époque, le Burkina Faso s'appelait encore la Haute-Volta d'après le nom du fleuve la Volta dont la partie supérieure se situe sur ce territoire.

C'est alors que les méfaits de la colonisation -instituant la domination de l'homme blanc sur l'homme noir et instaurant la supériorité de l'homme blanc- commencèrent. Selon le « senatus-consulte » de 1854 décrété par Napoléon III – appliqué sur la forme du système « deux poids, deux mesures »- les autochtones reconnus citoyens possédaient les mêmes droits que les Français. Le hic c'est qu'aucun autochtone ne fut reconnu comme tel. Ils se trouvaient donc sous le « code de l'indigénat » qui déterminait, non pas leurs droits –puisque ceux-ci étaient vagues et inexistant- mais leurs devoirs. Il s'agissait de combattre au côté de la France partout où les intérêts de celle-ci étaient menacés et de travailler avec ou sans rémunération pour les entreprises publiques ou privées qui l'exigeaient. C'est dans ce contexte que des dizaines de milliers de Burkinabè furent déportés en Côte d'Ivoire pour travailler dans les plantations, à la construction du chemin de fer, etc...



Fig.2 : Carte postale datant de l'époque coloniale : la construction du chemin de fer en Guinée
De plus, la population avait l'obligation de travailler dans des champs dits « collectifs » dont les récoltes (arachides, coton, etc.) étaient destinées à l'exportation. Mais dans le pays la révolte était latente : en effet, jusqu'en 1910, les populations refusèrent de payer les taxes exigées par les Français. Ceux-ci répondirent de manière violente à cette insoumission, en brûlant les villages et en massacrant la population.

Lors de la Première Guerre Mondiale, la France recruta bon nombre de jeunes gens dans ses colonies d'Afrique occidentale, ces soldats servaient pour la plupart de chair à canon. Ceci ne fit qu'augmenter le sentiment de révolte auprès des populations colonisées. Des foyers de

rébellion éclatèrent un peu partout dès 1915, mais la répression mit fin aux soulèvements, dix mois plus tard, dans un bain de sang. Puis ce fut l'époque de la Deuxième Guerre Mondiale et la France recommença sa tâche de recrutement en Afrique occidentale. En revanche, cette fois le recrutement fut mieux accepté au sein de la population qui voyait en Hitler le racisme à combattre.

Ce que les colons n'avaient pas imaginé, c'est que le fait de faire participer des Africains à leurs guerres ferait germer la graine de l'indépendance dans l'esprit des « anciens combattants ». En effet, la colonisation s'est de tout temps appuyée sur la supériorité de la race blanche, et ce en dénigrant systématiquement les cultures, les coutumes et les traditions africaines. Pour un grand nombre d'Africains, cette supériorité n'était que peu remise en cause. En effet, les colons vivant sur leurs terres étaient des gens riches, toujours vêtus de propre et dont le pouvoir était imposant. Ce qui contribuait grandement à cette image de supériorité. Mais quand les soldats rentrèrent des deux guerres mondiales et qu'ils racontèrent aux personnes restées au pays qu'en Europe ils avaient vu des mendiants blancs; des Blancs périr sous les bombardements; des Blancs se faire la guerre entre eux; des villes en ruine; des Blancs mourir de faim et de maladie dans des pays dévastés par la guerre; les gens commencèrent à ce rendre compte que le Blanc n'est nullement supérieur à l'Africain⁵.

Toutefois, aujourd'hui encore, ce complexe d'infériorité de l'Africain face à l'Occidental reste assez présent dans les esprits et est, d'une certaine manière, entretenu par l'aide au développement qui applique des solutions occidentales aux problèmes de l'Afrique. Encore trop souvent, les Occidentaux partant travailler en Afrique ont tendance à juger la manière dont les Africains font les choses et à vouloir leur expliquer la bonne manière de faire. Un jour, un Suisse travaillant au Burkina Faso m'a dit : "Si tu donnes un marteau et un clou à un Africain, il va rester là, assis à attendre. Alors maintenant, je prends le marteau et plante le clou moi-même". Réflexion qui ne manque pas de laisser songeur.

Pour revenir aux anciens combattants, je pense que leur rôle a été déterminant dans la volonté d'indépendance des peuples colonisés.

Zao - « Ancien combattant »⁶

Marquer le pas 1, 2
cadavérées,

Ancien Combattant
Oh Nassoukilli

Les supporters cadavérés, ta femme cadavérée,
Tu ne sais pas que moi je suis ancien combattant

Les joueurs cadavérés, les équipes

La radio cadavérée, la télévision cadavérée,
Les stades cadavérés, les artistes cadavérés,

Ton premier bureau cadavéré,

⁵ Voir à ce propos : *Ebène*, Ryszard Kapuscinski, Editions Plon, 2000

⁶ Texte de la chanson « Ancien combattant », célèbre dans toute l'Afrique.

Moi je suis ancien combattant, J'ai fait la guerre mondiaux cadavérés, Dans la guerre mondiaux, cadavéré Il n'y a pas de camarade oui Dans la guerre mondiaux, Il n'y a pas de pitié mon ami Oh Nassoukilli La guerre Ce n'est pas bon, ce n'est pas bon pas bon Quand les armes pleurent, ce n'est pas bon Ca n'est pas bon, ça n'est pas bon bon, ce n'est pas bon Quand la balle siffle, il n'y a pas le choix bon n'est pas bon Avec le coup de matraque pas bon Tout à coup, patatrac cadavéré n'est pas bon, ce n'est pas bon Le peuple cadavéré, les militaires cadavérés, Les rois cadavérés, les reines cadavérées, Tous les présidents cadavérés, Les ministres cadavérés Et moi-même cadavéré bombé Marquer le pas 1, 2 Ancien Combattant Oh Nassoukilli Pourquoi la guerre La guerre ce n'est pas bon, ce n'est pas bon Quand viendra la guerre tout le monde affamé, oh ! morning, Quand viendra la guerre tous nos enfants affamés, oh ! How do you do, Le coq ne va plus coquer, cocorico oh ! La poule ne va plus poulter, poulter les œufs Le footballeur ne va plus footer, pousser le ballon	Ton deuxième bureau cadavéré, Mes bœufs cadavérés, mes moutons Mon chef cadavéré, et moi-même Marquer le pas 1, 2 Ancien Combattant La bombe ce n'est pas bon, ce n'est La bombe atomique ce n'est pas bon, La bombe à neutrons ce n'est pas Les gaz ce n'est pas bon, ce n'est pas Les armes chimiques ce n'est pas bon, ce Les scuds ce n'est pas bon, ce n'est Les armes non conventionnelles ce Quand tombera la bombe Tout le monde est bombé, oh ! Ton pays bombé, la France bombée, Les Etats-Unis bombés, l'Allemagne bombée Les enfants bombés, tout le monde est Semez l'amour et non la guerre mes amis Tenons-nous la main dans la main Jetez vos armes Ah ! Si tu voyais Français : Bonjour, Ah ! Si tu voyais Anglais : Good Ah ! Si tu voyais Américain : Ah ! Si tu voyais Chinois : Hiho
---	--

A l'instar de cette volonté d'indépendance, c'est en 1934 qu'Aimé Césaire, Léon Gotran Damas et Léopold Sédhar Senghor inventent le concept de Négritude. Ils affirment haut et fort la grandeur de l'histoire et de la civilisation noires face au monde occidental qui les avait jusque là dévalorisées. Ils refusent l'existence d'une essence noire mais veulent faire de leur identité « nègre » et de l'ensemble des valeurs culturelles du monde noir, une source de fierté. La Négritude, Césaire la définit ainsi : «La Négritude est la simple reconnaissance du fait d'être Noir, et l'acceptation de ce fait, de notre destin de Noir, de notre histoire et de notre culture.» écrit-il en 1934 dans la revue « L'Etudiant Noir ».

Les grandes puissances occidentales, affaiblies par deux guerres mondiales, commencèrent à perdre le contrôle de leurs colonies. Les révoltes et contestations des peuples colonisés se répandirent sur les continents asiatique, africain et américain rendant la gestion des colonies de plus en plus difficile. Cette période voit également l'émergence de politiciens africains déterminés à en finir avec le joug colonial. A ce propos on peut citer Patrice Lumumba au Congo ; Kwame Nkrumah au Ghana⁷ et Nelson Mandela en Afrique du Sud.

C'est dans ce contexte que, le 28 septembre 1958, fut acceptée la constitution de la Première République de la Haute-Volta dont la présidence fut attribuée à Maurice Yaméogo. Toutefois, l'indépendance ne fut proclamée que le 5 août 1960 suite à la signature, le 11 juillet 1960 à Paris, par Maurice Yaméogo de l'accord libérant la Haut-Volta de la colonisation.

Par la suite, le président Yaméogo fit disparaître tous les autres partis politiques. Il fut réélu en 1965, mais par sa mauvaise gestion politique et par la dilapidation des finances du pays, il ne tarda pas à créer une vague de mécontentement au sein de la population. Apparurent alors des syndicats d'étudiants et de fonctionnaires, indépendants du gouvernement. Suite à l'annonce, par le président, d'une baisse de salaire de 20 % des fonctionnaires, une révolte éclata le 1^{er} janvier 1966. Maurice Yaméogo fut contraint de démissionner et fut remplacé, par le général Sangoulé Lamizana qui proclama un gouvernement militaire provisoire.

Le 25 novembre 1980, le colonel Sayé Zerbo, soutenu par de jeunes officiers de l'armée, organisa un coup d'état et prit le pouvoir. Mais sa popularité déclina rapidement et lorsqu'il abolit le droit de grève en novembre 1981, le mécontentement fut tel qu'il fut victime d'un coup d'état une année plus tard.

C'est alors au tour du médecin-commandant Jean-Baptiste Ouédraogo de prendre le pouvoir. Mais à l'instar de ses prédécesseurs, il ne resta pas longtemps à la tête du pays. En effet, le 4 août 1983 un nouveau coup d'état organisé par Thomas Sankara, Blaise Compaoré, Henri Zongo et Jean-Baptiste Boukari Lingani plaça Thomas Sankara au poste de chef de l'état. Le nouveau président changea alors le nom du pays, qui devint le Burkina Faso, ce qui signifie « Pays des Hommes Intègres ».

Il vaut la peine de s'attarder un peu plus sur la présidence de Sankara qui a su redonner de l'espoir à un peuple vivant dans la misère et dupé par des politiciens ayant une trop grande soif de pouvoir et lorgnant sur les richesses de l'état. Aujourd'hui, Thomas Sankara reste un héros pour la majorité des Burkinabè et les changements radicaux qu'il mit en place lors de sa présidence perdurent dans les esprits. On dit souvent que les politiciens parlent beaucoup et agissent peu ; Sankara lui, fit le contraire.

Ami d'Ernesto Che Guevara, donnant son appui à la révolution Sandiniste au Nicaragua, entretenant des liens étroits avec le colonel Kadhafi, fervent opposant de l'Impérialisme occidental et défenseur du panafricanisme, il fut rapidement étiqueté comme marxiste et ne fut pas accueilli d'un très bon œil par les puissances occidentales. Par contre, malgré son poste de président, il su rester à l'écoute et au service de son peuple. Bien souvent, vêtu comme un paysan, il se déplaçait anonymement de village en village avec son vélo pour parler avec les gens et connaître ce que le peuple pensait du gouvernement.

Ce qui le démarqua le plus des autres présidents, fut sa volonté d'autosuffisance pour le Burkina Faso et le rejet de l'aide extérieure, qui pour lui était le sens véritable de l'indépendance. Il motiva donc les gens à se prendre eux-mêmes en charge et organisa des écoles dans chaque village, les instituteurs étant envoyés par le gouvernement. Pour reprendre ses paroles : « Un arbre plus un tableau noir, est égal une école ; chaque village possède un arbre et le tableau et l'enseignant sont envoyés par le gouvernement, donc chaque village est en mesure de posséder son école. »

⁷ Le Ghana fut le premier pays d'Afrique subsaharienne à obtenir l'indépendance, en mars 1957.

Cette approche fit des miracles. La population, se sentant enfin les moyens de sortir de la misère, se lança à corps perdu dans les réformes lancées par le gouvernement⁸.

Le président nivela les salaires –augmentant les plus bas et abaissant les plus hauts- il instaura un jour de marché obligatoire pour les hommes afin qu’ils puissent se rendre compte de la condition de la femme –un des ses grands chevaux de bataille- il fit construire des logements, des écoles, des puits et des dispensaires ; il nationalisa les terres et rendit obligatoire le port de vêtements confectionnés avec des tissus traditionnels (« Faso Dan Fani ») dans un souci d’autosuffisance.

EXTRAITS DU DISCOURS DE THOMAS SANKARA

DEVANT L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, LE 4 OCTOBRE 1984 A NEW YORK.

« Je parle au nom de ces millions d’êtres qui sont dans les ghettos parce qu’ils ont la peau noire ou qu’ils sont de culture différente et bénéficient d’un statut à peine supérieur à celui d’un animal. Je souffre au nom des Indiens massacrés, écrasés, humiliés et confinés depuis des siècles dans des réserves afin qu’ils n’aspirent à aucun droit et que leur culture ne puisse s’enrichir en convolant en noces heureuses au contact d’autres cultures, y compris celle de l’envahisseur. Je m’exclame au nom des chômeurs d’un système structurellement injuste et conjoncturellement désaxé, réduits à ne percevoir de la vie que le reflet de celle des plus nantis. Je parle au nom des femmes du monde entier, qui souffrent d’un système d’exploitation imposé par les mâles. Pour ce qui nous concerne, nous sommes prêts à accueillir toutes les suggestions du monde entier, nous permettant de parvenir à l’épanouissement total de la femme burkinabé. En retour, nous donnons en partage à tous les pays, l’expérience positive que nous entreprenons avec des femmes désormais présentes à tous les échelons de l’appareil de l’État et de la vie sociale au Burkina Faso.

« Je parle au nom des mères de nos pays démunis, qui voient mourir leurs enfants de paludisme ou de diarrhée, ignorant qu’il existe, pour les sauver, des moyens simples que la science des multinationales ne leur offre pas, préférant investir dans les laboratoires de cosmétiques et dans la chirurgie esthétique pour les caprices de quelques femmes ou d’hommes dont la coquetterie est menacée par les excès de calories de leurs repas trop riches et d’une régularité à vous donner, non, plutôt à nous donner, à nous autres du Sahel, le vertige. Ces moyens simples recommandés par l’OMS et l’UNICEF, nous avons décidé de les adopter et de les populariser.

« Je parle aussi au nom de l’enfant. L’enfant du pauvre, qui a faim et qui louche furtivement vers l’abondance amoncelée dans une boutique pour riches. La boutique protégée par une vitre épaisse. La vitre défendue par une grille infranchissable. Et la grille gardée par un policier casqué, ganté et armé de matraque. Ce policier, placé là par le père d’un autre enfant qui viendra se servir ou plutôt se faire servir parce que représentant toutes les garanties de représentativité et de normes capitalistiques du système. Je parle au nom des artistes (poètes, peintres, sculpteurs, musiciens, acteurs), hommes de bien qui voient leur art se prostituer pour l’alchimie des prestidigitations de show-business. Je parle au nom des journalistes qui sont réduits soit au silence, soit au mensonge pour ne pas subir les dures lois du chômage.

⁸ Je tiens ici à préciser que la manière de décrire l’œuvre de Sankara n’est pas teintée d’idéologie gauchiste, mais que c’est de cette manière que bon nombre de Burkinabè m’ont présenté les choses lors de nos nombreuses discussions sur ce sujet.

« Mon pays est un concentré de tous les malheurs des peuples, une synthèse douloureuse de toutes les souffrances de l'humanité, mais aussi et surtout des espérances de nos luttes. C'est pourquoi je vibre naturellement au nom des malades qui scrutent avec anxiété les horizons d'une science accaparée par les marchands de canons. Mes pensées vont à tous ceux qui sont touchés par la destruction de la nature et à ces trente millions qui vont mourir comme chaque année abattus par la redoutable arme de la faim.

[...]

Il instaura également des Tribunaux Populaires de la Révolution (TPR) qui siégèrent à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso dont l'objectif était de combattre la corruption. Pour la première fois, les dirigeants durent rendre des comptes au peuple pour leur gestion et furent condamnés pour délits politiques et détournement de fonds. Les séances étaient diffusées par radio dans tout le pays. Au final, une centaine de personnes furent jugées et l'état récupéra plus de deux milliards de francs CFA (soit 5 millions de francs suisses).

La lutte contre la corruption, la nationalisation des terres et la lutte pour l'émancipation de la femme burkinabée lui valurent les foudres des autres dirigeants et des chefs coutumiers. Mais Thomas Sankara était une personne entière qui ne fit jamais de compromis. Lorsque des proches le prévinrent que s'il continuait sur cette voie il risquait sa vie, il ne les prit pas au sérieux. Pourtant, le 15 octobre 1987, le président Thomas Sankara fut assassiné au Conseil de l'Entente. Ce n'est autre que Blaise Compaoré, ancien compagnon et ami du défunt président, qui lui succéda. C'est d'ailleurs Compaoré, actuellement toujours président du Burkina Faso, qui est fortement soupçonné d'avoir commandité l'assassinat de Sankara. Certains prétendent que la France aurait soutenu le coup d'état de Compaoré, de la même manière que la Belgique et les Etats-Unis participèrent à l'assassinat de Patrice Lumumba, alors président du Congo. Mais les circonstances de l'assassinat de Thomas Sankara n'ont toujours pas été éclaircies et il faudra sans doute attendre encore longtemps avant que toute la lumière ne soit faite.



Fig. 3: Portrait de Thomas Sankara (1949-1987)

Actuellement, le Burkina Faso est connu pour être une démocratie très stable, sans tension interethnique. Mais lorsqu'on séjourne quelque temps dans ce pays, on se rend compte qu'il n'y a pas de réelle liberté d'expression. Pour ne citer qu'un exemple, il n'y a qu'une seule chaîne de télévision, la RTB, dont le contenu est entièrement contrôlé par le gouvernement.

Dans chaque établissement public, trône un énorme portrait de Blaise Compaoré. A part entre quatre yeux, il est très rare d'entendre la population critiquer l'actuel gouvernement.

3.3 INDICATEURS DU DEVELOPPEMENT HUMAIN :

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres du monde. En effet, il a été classé 175^{ème} sur 177 pays, sur l'échelle du développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)⁹. Cette échelle prend en compte plusieurs indicateurs de développement humain ayant trait à la santé –espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, nombre de médecin par habitant, prévalence du VIH, etc.- à l'éducation –taux d'alphabétisation, budget gouvernemental pour l'éducation, etc.- et à l'économie –PIB par habitant, etc.

Les chiffres du PNUD, concernant le Burkina Faso, sont effrayants et témoignent des conditions de vie dramatiques de la population burkinabée.

Trente-quatre pour cent des enfants de moins de cinq ans souffrent d'une insuffisance pondérale et trente-sept pour cent souffrent d'un retard de croissance. Ceci s'accompagne d'un taux de mortalité infantile, chez les moins de cinq ans, (par 1000 naissances vivantes) de 239,2 ‰ (au sein des 20 % les plus pauvres de la population) et de 154,5 ‰ (au sein des 20 % les plus riches de la population). Quant à l'espérance de vie à la naissance elle est de 47,4 ans, alors qu'en Suisse elle est de 80,5 ans. Ces quelques chiffres permettent d'entrevoir un système de santé publique défaillant, auquel la population n'a qu'un accès restreint de par son manque de moyens financiers.

Il faut également garder à l'esprit, lorsque l'on parle du Burkina Faso, que tout le nord du pays se situe dans le Sahel. Le Sahel étant une zone de transition entre le Nord aride et la forêt tropicale qui borde la zone maritime, cela sous-entend un climat à deux saisons. La saison sèche s'étend d'octobre à juin, la température avoisinant les 45 degrés en mars-avril, la période la plus chaude. A cette période de l'année, les températures très élevées et l'absence de pluie transforment le pays en semi désert. Et puis il y a la saison des pluies, de juin à septembre, qui vient reverdir le pays et apporte enfin la possibilité de cultiver la terre. De violent orages ont lieu à cette période, apportant des trombes d'eau sur le sol aride, provoquant des inondations passagères, pas forcément bénéfiques pour les cultures. Il pleut environ 600 mm par année au Sahel, mais ceci est concentré en l'espace de quelques mois. Par exemple, à Genève la pluviométrie est de 850 mm par année, mais elle est répartie à peu près de manière équivalente sur toute l'année. La culture au Burkina Faso est une entreprise difficile, qui dépend en grande partie de l'arrivée des pluies, et est donc à la merci du climat, n'apportant aucune sécurité alimentaire à la population. En effet, le Burkina Faso ne possédant pas de banque de céréales, les années où la pluie n'est pas suffisamment abondante et les récoltes mauvaises, le prix d'un kilo de céréale augmente de manière astronomique. Etant donné que l'alimentation de base des Burkinabè est composée de céréales (mil, sorgho, maïs, riz), cela aboutit rapidement à la famine. Dans un pays où plus de 80 % de la population dépend de l'agriculture pour survivre, la sécheresse est un fléau.

Cette situation oblige bon nombre de Burkinabè à émigrer en Côte d'Ivoire afin de travailler dans les plantations et les industries forestières. Malheureusement, l'instabilité politique de la

⁹ Rapport Mondial sur le Développement Humain (2005) du PNUD.

Côte d'Ivoire et les agressions constantes contre les ressortissants étrangers ont contraint un grand nombre d'émigrés à retourner au pays.

Malgré des conditions de vie dramatiques, les burkinabè sont des gens chaleureux et souriants, aimant beaucoup plaisanter. Dans la vie quotidienne, le rire est sans cesse présent, permettant de dédramatiser leur situation précaire et d'enrichir les relations humaines. Cela dit, les Burkinabè croient fermement en la fatalité, ce qui leur permet d'accepter les coups durs de la vie de manière plus sereine.

4 FONCTIONNEMENT DU CENTRE MEDICAL PEDIATRIQUE PERSIS :

4.1 GENERALITES :

Le 13 octobre 2004, le Docteur Lassara Zala, soutenu par des bailleurs de fonds européens, ouvrait le Centre Médical Pédiatrique Persis à Ouahigouya. Cette petite structure médicalisée consiste en un service de pédiatrie d'une capacité de 28 lits et un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) d'une capacité de 20 lits. Le Dr Zala est le seul médecin travaillant au centre ; il est aidé par cinq infirmiers en pédiatrie, trois animatrices pour le CREN et un laborantin.

Au total le centre emploie 13 personnes, en tenant compte de la femme de ménage, de la cuisinière et du gardien de nuit.

Le Centre Médical Pédiatrique Persis (CMPP) est équipé d'un laboratoire permettant d'effectuer des examens tels que goutte épaisse (test du paludisme), taux d'hématocrite, groupe sanguin, énumération blanche et permet de stocker du sang destiné aux transfusions. Il est également doté d'une pharmacie qui contient essentiellement du matériel médical et des médicaments génériques de base, mais aussi du lait en poudre -destiné au traitement des enfants malnutris- et un grand nombre de médicaments de toutes sortes –allant du traitement rhumatismal à l'anti-hypertenseur, en passant par des pansements colloïdes- provenant de dons de particuliers et d'associations diverses.

Le centre de récupération et d'éducation nutritionnelle se trouve dans l'enceinte du centre et est également gérée par le CMPP. Cette structure s'occupe de l'accueil des enfants malnutris après leur séjour à la pédiatrie. Lorsque l'enfant est hors de danger et a repris suffisamment de poids, il est transféré au CREN, accompagné de sa mère, pour une période de quelques semaines. Il s'agit alors de préparer le retour de l'enfant dans son foyer en réduisant au maximum les risques de rechute. La mère va donc recevoir des informations concernant la manière de préparer les différentes bouillies enrichies à base d'ingrédients locaux. Mais il s'agit également de faire de la prévention contre le SIDA, les maladies sexuellement transmissibles, l'excision et de donner des indications sur la prise en charge à domicile de certaines pathologies infantiles. Pendant cette période de transition, l'enfant continue de recevoir du lait et l'évolution de son poids est encore suivie. Le CREN a une fonction essentielle dans la prise en charge de la malnutrition, car elle permet de lutter à la base du problème.

Ayant grandi au Burkina Faso dans un milieu modeste, le Docteur Zala a bénéficié d'une bourse pour effectuer ses études de médecine en France, plus précisément à Reims. Après avoir fini sa formation de pédiatre il est retourné au Burkina Faso afin, comme il le dit lui-

même, « d'honorer une dette morale ». En effet, l'octroi d'une bourse stipule que son bénéficiaire a l'obligation de retourner travailler, pour une période de dix ans, au Burkina Faso ou alors de rembourser le montant de la bourse.

N'ayant pas de raison particulière de rester en France et se sentant plus utile dans l'exercice de la médecine au Burkina Faso, il est donc rentré au pays. Par la suite, il travailla pendant 20 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital public (CHR) de Ouahigouya, dans la province du Yatenga, tout au Nord du pays. Cette région étant une des plus pauvres du pays de par l'aridité des terres, le Docteur Zala a sans cesse été confronté au manque d'accès aux soins de la population. En effet, le système de santé publique burkinabé applique la politique de prépaiement. C'est-à-dire qu'il faut être capable de payer avant de se faire soigner. Cela inclut : une taxe d'entrée dans l'enceinte de l'hôpital permettant d'avoir accès à une consultation par un infirmier ; les frais engendrés par les médicaments ; le matériel médical nécessaire aux soins (gants pour l'infirmier, seringue, ...) et l'hospitalisation. Il va sans dire que pour une population vivant en grande partie de l'agriculture et ne possédant peu ou pas de revenu, un tel système est désastreux et conduit souvent au décès par manque de soins, ou par une arrivée trop tardive à l'hôpital. Dès le début, le Docteur Zala s'est battu pour améliorer ce système de santé en ouvrant, au sein de la pédiatrie du CHR, une pharmacie distribuant des médicaments à moindre coût ou même gratuitement lorsque la situation l'exigeait. Dans ce combat il a été soutenu par des bailleurs de fonds français. Mais il s'est vite heurté à la lenteur de l'administration burkinabée et a préféré ouvrir une structure privée, afin de pratiquer une médecine plus humaine et de pouvoir venir en aide aux plus démunis. C'est dans cette optique que le CMPP a vu le jour. Ceci a été rendu possible grâce à l'appui des associations Actions.Afrique, Trans-Africa-Association et Persis Essone¹⁰.

La politique du CMPP étant de fournir une médecine de qualité accessible à tous, elle garantit des prestations inhabituelles pour un pays tel que le Burkina Faso. A titre d'exemple, la consultation est toujours effectuée par le médecin et non pas par un infirmier ; il est possible de recevoir des soins et d'être hospitalisé sans prépaiement (soit en réglant le montant plus tard ou dans des cas extrême, gratuitement) de plus les tarifs en vigueur au CMPP sont nettement plus bas que ceux en vigueur dans les établissements publics ou privés. Le CMPP joue donc un rôle social essentiel au sein de la population de Ouahigouya et des villages environnants.

4.2 FINANCEMENT / RECOUVREMENT :

Le Centre Médical Pédiatrique Persis étant une structure privée, à but non lucratif, il ne reçoit aucune aide du gouvernement burkinabé. Pour l'instant, il est donc dépendant de ses partenaires du Nord et des dons divers dont il bénéficie. Mais le Docteur Zala ne se résout pas à cet état des choses et l'un de ses objectifs principaux est de pouvoir fonctionner de manière autonome. A l'heure actuelle, trois associations soutiennent le CMPP de façon fixe et régulière : Actions.Afrique, Trans-Africa-Association (TAA) et Persis Essonne.

L'association TAA soutient le fonctionnement du CREN et met à disposition le lait thérapeutique F75 et F100. Lors de l'ouverture du CREN, cette association a également mis à disposition une nutritionniste française, qui a assisté le personnel pendant quelque mois, afin qu'ils intègrent les protocoles de suivi nutritionnel et qu'ils mettent en place des méthodes de travail.

L'association Persis Essonne, dont Mme Zala est la présidente, a contribué à l'installation du laboratoire.

Quant à l'association Actions.Afrique, qui est aussi très présente au niveau du CMPP, elle gère entre autre deux maisons pour orphelins situées dans Ouahigouya.

¹⁰ Voir le site Internet de ces trois associations : <http://actions.afrique.free.fr>

C'est dans l'une de ces maisons, la Maison de Patoune, que j'ai vécu, avec les autres stagiaires occidentales, lors de mon séjour au Burkina Faso. Madina Zerbo, la responsable de la maison, nous a accueillis très chaleureusement et nous a fait découvrir les délices de la cuisine burkinabée. Quant aux enfants, ils nous ont rapidement adoptés et fait entrer dans leur vie quotidienne, partageant avec nous leurs joies et leurs peines. Ce fut un véritable bonheur de vivre ces quelques mois à leurs côtés.

A l'heure actuelle, le CMPP s'autofinance à 75 %. Ceci est rendu possible par les nombreux dons, dont il bénéficie, en médicaments, en lait, en vêtements et en espèces. Les médicaments reçus sont revendus à la population à raison de 400 CFA (soit 1 CHF) par produit. Ce prix, qui est dérisoire comparé à ceux en vigueur dans les autres pharmacies de la ville, permet d'engranger un petit bénéfice qui peut être réinvesti dans le fonctionnement du centre.

Ayant effectué ses études à l'étranger, le Docteur Zala possède de nombreux contacts en France et en Suisse. De par son œuvre et sa détermination, il est devenu un personnage médiatique largement connu en Afrique et en Europe et bénéficie ainsi d'un grand soutien d'hôpitaux, de médecins, d'associations et de particuliers.

Mais comme il le dit lui-même, le fait d'être financé par des partenaires du Nord instaure une relation de dépendance envers eux, désavantage encore accru par les problèmes qui se poseraient si ce soutien devait un jour s'interrompre.

C'est entre autre pour cette raison qu'il vise l'autonomie comme un but essentiel dans le fonctionnement du CMPP. Mais cette vision est contredite par certains infirmiers travaillant au centre, qui pensent que l'autonomie engendrerait automatiquement une augmentation des coûts pour les patients. Comme le dit un infirmier : "Être autonome, c'est bien, mais le problème c'est que les gens se sont habitués à un prix social et si on devient autonome, fatalement les prix vont augmenter. Ce que le CMPP gagne actuellement avec des prix si bas ne permet même pas de payer les salaires."

La question du financement par le Nord est donc un sujet délicat.

Comme le souligne le Docteur Zala : "L'avantage principal, c'est que ça revient moins cher à la population car c'est quelqu'un d'autre qui paie pour eux. C'est pourquoi j'aime dire aux bailleurs de fonds que leur aide va directement à la population ; c'est elle qui en bénéficie directement."

Il est clair qu'au vu de la situation économique du Burkina Faso, une structure telle que le Centre Médical Pédiatrique Persis ne peut exister que grâce à l'appui financier du Nord. De plus, il faut garder à l'esprit l'importance vitale d'une telle structure pour les habitants de Ouahigouya et des régions environnantes.

Par contre, il n'est pas possible d'occulter le fait qu'un financement par le Nord entretient un état de dépendance vis-à-vis de l'extérieur. Dépendance qui n'est pas toujours facile à gérer et à accepter, car elle met forcément les employés du centre dans une position inférieure face aux Occidentaux. Ils restent ainsi les personnes qui ont besoin d'aide, à qui on apprend notre manière de faire les choses, à qui on reproche de ne pas appliquer correctement les règles d'hygiène, etc. Car évidemment, un soutien financier s'accompagne toujours d'un droit de regard sur la façon de gérer le centre.

Lorsque j'ai posé la question à Mme Zala de savoir comment elle percevait le fait que le CMPP soit financé par des partenaires du Nord, elle m'a répondu : "C'est une très bonne chose, il a fallu ce soutien du Nord pour que les choses existent. On est très reconnaissant pour ça. Mais en même temps, il faut encourager la participation des bénéficiaires pour que l'un dans l'autre ça s'équilibre bien. Personnellement, je pense que si tu as quelqu'un qui t'aide tu dois en être conscient et ne pas rester les bras croisés, mais participer. C'est seulement de cette manière que celui qui t'aide va prendre du plaisir à le faire et qu'il va continuer à t'aider."

Le problème du développement c'est que lorsque tout est gratuit, les gens ne prennent pas soin des choses parce que de toute façon ils ont l'impression que ça tombe du ciel. Au centre

Persis, on fait du social. Ça veut dire que les tarifs sont bas mais que les gens doivent tout de même participer, sauf en cas d'incapacité majeure. Et ces recouvrements sont très importants parce qu'ils nous permettent de ne pas être dépendants à 100 % des bailleurs de fonds."

La question de la participation de la population bénéficiaire des soins administrés aux CMPP est également une question délicate. Lors de mon stage, j'ai pu assister à une séance du personnel, un débat fort animé, concernant la manière d'inciter les patients à payer leur hospitalisation. La polémique a éclaté lorsque, voyant la majorité des patients retourner à domicile sans passer par la caisse pour payer leurs frais d'hospitalisation, le caissier et Mme Zala ont commencé à passer dans les chambres afin d'expliquer aux gens la nécessité de leur participation financière et les inciter à payer. Le résultat ne se fit pas attendre : en effet cette manière de faire permit de renflouer la caisse. Mais certains infirmiers, choqués par la méthode, crièrent au scandale, disant que l'on n'avait pas à poursuivre les malades jusque dans leur chambre. S'ensuivit un long échange de points de vue sur ce que la fonction sociale du centre sous-entendait. Mme Zala, appuyée par la majorité du personnel, a défendu sa vision des choses en expliquant que le fait de faire un travail social ne veut pas dire que l'on offre des soins gratuitement, mais que l'on propose ceux-ci à un tarif acceptable en fonction des moyens de chacun. Pour elle, la participation de la population est nécessaire car elle assure la pérennité du centre et que c'est dans l'intérêt même de la population que le centre continue d'exister. De fait, il faut reconnaître que la manière dont Mme Zala passait dans les chambres afin de discuter avec les patients n'était pas du tout mal perçue par ceux-ci. Il s'agissait davantage d'informer et de sensibiliser les patients que de sanctionner et de poursuivre les personnes ne payant pas.

Afin de bien comprendre cette problématique, il est nécessaire de connaître quelques éléments sur la manière dont la population perçoit le centre et sur les différents problèmes rencontrés par le CMPP.

En effet, à Ouahigouya tout le monde connaît le travail du Dr Zala et il est très respecté pour cela. Mais les gens savent également que certaines personnes bénéficient de soins gratuits et tentent donc logiquement d'y avoir aussi droit. On ne peut pas les en blâmer, étant donné que de toute manière la majorité de la population vit dans une situation précaire. De plus, les habitants sachant que le centre est soutenu par des Occidentaux, ils imaginent que l'argent coule à flot. Un travail de sensibilisation semble ainsi bel et bien nécessaire.

Il est extrêmement difficile pour le médecin de distinguer les personnes qui n'ont véritablement pas les moyens de ceux qui essaient d'économiser quelques sous. Comme il procède au cas par cas, c'est à chaque fois un dilemme de faire le bon choix, d'autant plus que la vie d'un enfant en dépend. Sa technique se base sur l'observation de l'habillement et la connaissance du statut social de la personne. Dans ce but, il demande aux mères – puisque c'est rarement le père qui accompagne l'enfant- la profession de leur mari et peut ainsi évaluer le revenu. Mais comment savoir qui dit la vérité ? Il n'est pas rare de voir une femme fondre en larmes pendant la consultation, disant que son mari est décédé et qu'elle se retrouve sans revenu et que par la suite on apprend que celui-ci est toujours en vie. C'est pour cela que le médecin insiste longuement pour que les gens paient, demandant si un membre de la famille ou un voisin ne peut pas avancer l'argent. C'est donc à la suite d'un long dialogue avec l'accompagnante de l'enfant qu'un compromis est trouvé.

Malgré ce genre de situations, il arrive souvent que des mères reviennent plusieurs semaines après le traitement payer leurs dettes envers le centre. C'est alors une grande satisfaction pour tout le personnel que de voir ainsi la population se joindre à leurs efforts afin d'assurer la survie du CMPP.

4.3 CONSULTATIONS :

Les principales causes de consultation sont : le paludisme, la diarrhée, les infections pulmonaires et les carences nutritionnelles. Mais l'anorexie infantile, les infections cutanées,

et la déshydratation sont également fréquentes. Nous aborderons par la suite plus en détail le paludisme, la malnutrition et la diarrhée.

Lorsqu'un patient arrive au CMPP il doit tout d'abord passer par la salle des infirmiers, afin que l'enfant puisse être pesé, mesuré et que l'on prenne sa température. Mais pour en arriver là, il lui faut souvent déjà s'armer de patience et prendre la file sur les bancs devant la salle. Le nombre de consultations journalières étant très élevé et les infirmiers devant s'occuper des enfants hospitalisés, la file d'attente est souvent bien longue. Mais au Burkina Faso, c'est chose courante que de devoir attendre. Nul ne s'énerve ou ne hausse le ton, mais les gens s'assoient patiemment en discutant. Lorsque les infirmiers prennent la température, si celle-ci dépasse 38 degrés, ils effectuent d'office une goutte épaisse. C'est-à-dire qu'ils piquent le doigt du patient à l'aide d'une aiguille et récoltent quelques gouttes de sang sur une lame de microscope. Puis la lame est directement amenée au laboratoire, afin de déceler la présence éventuelle du parasite Plasmodium, agent du paludisme.

Toutes les données recueillies par les infirmiers sont soigneusement consignées à l'attention du médecin dans le carnet de santé de l'enfant. Le patient peut alors passer à la caisse se situant à l'entrée de la salle d'attente. On lui demande de payer le prix de la consultation, qui correspond à mille CFA (l'équivalent de 2,50 CHF). On lui remet une quittance et un numéro de passage pour la consultation. Lorsque la personne dit ne pas pouvoir payer cette somme, le caissier insiste tout d'abord, faisant comprendre que cet argent est essentiel pour le fonctionnement du centre. Si la personne prétend toujours ne pas avoir les moyens nécessaires, elle attend d'être en consultation pour en discuter directement avec le médecin qui, lui, prendra une décision au cas par cas, en fonction de la situation. Il y a plusieurs possibilités : soit la personne revient plus tard pour régler le montant dû, soit elle paie déjà une partie de la somme, soit elle en est dispensée en raison de sa situation économique. Après le passage à la caisse, l'attente recommence dans une salle bondée. En fonction de l'ordre d'arrivée et du numéro reçu à la caisse, les gens sont contraints d'attendre leur tour. Bien souvent, leur attente se prolonge pendant la consultation avec le Docteur Zala. En effet, celui-ci gérant le centre et la pharmacie, il est sans cesse dérangé lors de ses consultations. Que ce soit un appel téléphonique, une personne venant chercher des médicaments à la pharmacie, un infirmier venant lui présenter un patient hospitalisé, une infirmière du CREN venant chercher du lait pour les enfants malnutris, ou un Occidental venu apporter du matériel, il est sans cesse interrompu.

C'est au cours de la consultation que le médecin décide ou non d'hospitaliser l'enfant. Si c'est le cas, le parcours reprend en sens inverse : passage à la caisse pour payer l'hospitalisation et retour dans la salle des infirmiers pour remplir les papiers nécessaires, administrer les traitements prescrits et installer le patient dans une chambre. Si l'hospitalisation n'est pas nécessaire, le docteur fixe un rendez-vous afin de pouvoir suivre l'évolution de l'enfant. L'un des clairs avantages de l'organisation du CMPP réside dans ce suivi. En effet, une fois la première consultation payée, la quittance est valable plus d'une semaine et permet à la personne d'avoir accès aux consultations suivantes sans le moindre frais. Cela permet donc aux gens de revenir et au médecin de s'assurer de l'évolution favorable du traitement prescrit.

Pour quelqu'un qui est né en Suisse, le chemin d'un patient jusqu'à la consultation ressemble au parcours du combattant. Pourtant, pour un pays comme le Burkina Faso, cette manière de faire est courante et l'attente, à laquelle sont soumis les patients du CMPP, est nettement moins longue que dans le service public. C'est notamment le surplus de patients, surtout en période de paludisme, qui contraint le centre et son personnel débordé, à procéder de la sorte.

Il faut aussi noter que pour les personnes vivant dans les villages de campagne, la route est longue avant d'arriver au CMPP. Dans le meilleur des cas le trajet s'effectue en mobylette, mais en général les gens marchent, parfois plusieurs heures, afin de se rendre à l'hôpital. C'est également l'une des raisons qui dissuade les gens à se rendre à l'hôpital dès les premiers symptômes. Le trajet et les coûts qui seront engendrés par le traitement poussent souvent la population à recourir en premier lieu à un guérisseur. Le temps passant, si la situation ne s'améliore pas, c'est contraints et à la dernière minute qu'ils se présentent à l'hôpital. Cette manière de faire est souvent lourde de conséquences : la situation est souvent si critique à leur arrivée que la médecine ne peut plus rien pour eux.

4.4 HOSPITALISATION :

Les chambres du CMPP sont un véritable luxe en comparaison de celles du Centre Hospitalier Régional (CHR- l'hôpital public). Elles sont assez petites, comportant deux lits et ce qui est appelé le couloir, endroit où il est possible d'étendre une natte de paille en période de surcharge. Il faut dire que cette place est quasi constamment occupée. Il y a ainsi un maximum de six personnes par chambre (trois enfants et trois accompagnants). Toutes les chambres sont munies de ventilateur, bien que ceux-ci soient rarement utilisés, les habitants des campagnes n'ayant pas l'habitude d'en avoir à disposition. En plus des chambres courantes, une salle d'observation jouxte la salle des infirmiers. Cette salle aménagée de quatre lits est souvent surchargée. Finalement, une salle de repos contenant quelques bancs et une télévision peut être recrutée pour installer des malades. Ce qui est souvent le cas en période où le paludisme sévit, la pédiatrie étant surchargée.

En Afrique, un malade hospitalisé est toujours accompagné par un proche, qui séjourne avec lui. La raison principale étant que l'hôpital ne fournit pas de nourriture aux personnes hospitalisées. C'est donc l'accompagnant, qui est bien souvent une femme, qui prend en charge les repas, cuisinant dans l'enceinte de l'hôpital, dans la plupart des cas, ou allant acheter le repas dans les nombreuses gargotes de la ville. Le CMPP est une exception, car il fournit aux accompagnants un repas par jour –préparer par une cuisinière et quelques femmes séjournant au CREN. Lors de mon séjour, la faisabilité de fournir un deuxième repas journalier était en discussion. En effet, les employés ont constaté que la plupart des mères accompagnant leur enfant ne mangeaient qu'une fois par jour, lors du repas offert par le centre, et ce, faute de moyens. Finalement, la décision a été prise de fournir un deuxième repas.

Au Centre Médical Pédiatrique Persis, aucun enfant n'est hospitalisé sans être accompagné, le plus souvent par sa mère, mais parfois aussi par la grand-mère. Pour un Burkinabè, il serait impensable de laisser son enfant aux seuls soins des infirmiers. Les accompagnantes ont un rôle essentiel à jouer dans la guérison de l'enfant. Ce sont elles qui s'occupent de la toilette, de l'administration des repas, du nettoyage de la chambre et de l'administration des médicaments par voie orale –ceux-ci étant distribués, deux fois par jour, par l'un des infirmiers. Cela soulage quelque peu les infirmiers qui sont déjà passablement surchargés. Par contre, cela pose divers problèmes, principalement celui de l'hygiène. En effet, il n'est pas rare de voire une mère conserver des restes de repas dans la chambre, ce qui –vu la chaleur- attire une nuée de mouches.

Un autre problème majeur réside dans le fait qu'une mère ne peut pas toujours se permettre de s'absenter de son foyer pour rester à l'hôpital avec son enfant. Comment faire lorsqu'elle doit s'occuper de ses autres enfants, veiller sur une proche malade ou assister à des funérailles ?

Un autre cas de figure est que le mari refuse que sa femme s'absente, estimant que la place de celle-ci est dans son foyer. Le personnel de la pédiatrie est trop souvent confronté à des femmes voulant rentrer à domicile, alors que ce n'est pas indiqué pour la santé de l'enfant. La

encore il s'agit de discuter, de comprendre les raisons d'une telle demande et d'essayer de convaincre la femme de rester avec son enfant. Mais ce n'est pas chose facile et parfois l'enfant repart chez lui sans que le personnel n'arrive à intervenir. C'est souvent le cas avec les enfants souffrants de malnutrition, pour qui le séjour hospitalier est de longue durée.

Aux CMPP, deux tarifs d'hospitalisation sont appliqués. Le premier est de 2000 CFA (5 CHF) par jour, et le second –appliqué aux enfants malnutris- consiste en un forfait de 5000 CFA (12,50 CHF) pour la durée entière de l'hospitalisation.

Le prix de l'hospitalisation comprend les traitements administrés, quels qu'ils soient, les repas de l'accompagnante et le lait administré aux enfants souffrant de malnutrition. Il est donc évident que dans la plupart des cas, le prix de l'hospitalisation ne couvre pas du tout les frais engendrés. C'est particulièrement le cas avec le forfait malnutrition, puisque certains enfants séjournent plus d'un mois à la pédiatrie.

Le suivi des enfants hospitalisés se fait en partie par les infirmiers qui passent au minimum deux fois par jour dans les chambres lors de l'administration des traitements et qui profitent de l'occasion pour vérifier l'état des patients, c'est-à-dire fièvre, signes de déshydratation, diarrhées, vomissements. L'autre partie de ce suivi se fait par le Docteur Zala qui effectue la visite, accompagné d'un infirmier. Idéalement cette visite est journalière, mais malheureusement ce n'est pas toujours possible puisque le centre ne possède qu'un seul médecin qui est véritablement surchargé de travail. Les infirmiers ont donc la responsabilité de détecter les enfants dont l'état de santé est précaire et d'en avertir le médecin.

4.5 CENTRE DE RECUPERATION ET D'EDUCATION NUTRITIONNELLE (CREN) :

Le CREN, situé tout près de la pédiatrie, est un lieu d'accueil pour les enfants malnutris et leur mère. La prise en charge initiale de l'enfant malnutri, qui consiste à traiter ou prévenir les situations d'urgence (hypoglycémie, anémie sévère, ...), à traiter la déshydratation, les infections et les carences nutritionnelles, s'effectue en pédiatrie. Par la suite lorsque l'enfant est en bonne santé et n'encourt plus de risque vital, il est transféré au CREN pour une récupération nutritionnelle optimale.

Ici, l'atmosphère est totalement différente que dans le reste du centre : on a l'impression de se trouver au cœur d'un village, constitué uniquement de femmes et d'enfants. L'ambiance est plus détendue, les femmes rigolent et palabrent.

Le CREN ressemble peu à une structure hospitalière ; il s'agit plutôt d'une zone tampon entre le long séjour à l'hôpital et le retour à la maison.

Le but principal étant que les enfants atteignent leur poids normal avant le retour à domicile, ils bénéficient donc de trois repas dans la journée (à 10h, 14h et 18h) et deux repas dans la nuit (à 22h et 6h). Les nourrissons reçoivent un repas supplémentaire, à 2h du matin.

Dans la journée, ce sont les animatrices qui s'occupent des repas, alors que, pendant la nuit, c'est l'infirmier de garde qui s'en charge. Le régime d'un enfant malnutri est composé de lait thérapeutique F100 (100kcal/100ml) auquel s'ajoute progressivement la bouillie enrichie.

L'effet de ce régime est vérifié par la pesée quotidienne. Cela permet également de détecter précocement une perte de poids due à la diarrhée ou à des vomissements et d'agir rapidement afin d'éviter une chute de poids trop importante.

Il existe différents types de bouillies, toutes composées à partir d'ingrédients locaux tels que : poisson séché, « koura-koura » (pâte d'arachide très riche en protéines), soumbala (graine séchée de néré, largement utilisé dans la cuisine burkinabée et également riche en protéines), etc. Lors de leur passage au CREN, les mamans apprennent à préparer ces différentes

bouillies afin de pouvoir les cuisiner dans leur foyer. Chaque après-midi, une animatrice leur enseigne une nouvelle recette.

Au Burkina Faso, le sevrage de l'enfant pose de nombreux problèmes qui amènent bien souvent des carences nutritionnelles. En effet, les mères qui allaitent pendant une trop longue période, effectuent un sevrage brusque et tentent de nourrir directement l'enfant avec le plat familial -composé le plus souvent de tô (sorte de polenta à base de farine de petit mil) accompagné par une sauce (à base de diverses feuilles). Ce sevrage brusque et une alimentation souvent pas adaptée à l'enfant, pousse celui-ci à refuser la nourriture, début du cercle vicieux aboutissant à la malnutrition. C'est pour cette raison que l'éducation nutritionnelle des mères est absolument primordiale dans la lutte contre la malnutrition.

Par contre, il faut noter que les mamans vivant à Ouahigouya refusent souvent de séjourner au CREN. La raison étant qu'elles considèrent cela honteux, comme si cela signifiait qu'elles ne sont pas une bonne mère. Vivant dans la ville où se situe le centre, elles craignent que les gens apprennent leur passage par le CREN. Il faut donc de longues discussions avant de parvenir à les convaincre de rester, leur expliquant la nécessité de ce séjour pour la santé de l'enfant.



Fig.4 :

Un enfant souffrant de malnutrition sévère, de type marasme¹¹, lors de son arrivée au CMPP. (Photographie du CMPP)



Fig.5 :

Le même enfant, le jour de sa sortie du juste avant son retour à domicile. (Photographie du CMPP)

A raison de deux fois par semaine, le personnel organise des « causeries éducatives », afin d'informer et de sensibiliser les mères. Le SIDA et les MST, la planification familiale, l'excision¹², la prise en charge de la diarrhée à domicile, le paludisme, les trois groupes d'aliments, la consultation prénatale et la vaccination sont autant de thèmes abordés¹³. Une

¹¹ Pour en savoir plus sur le marasme consulter le chapitre malnutrition.

¹² En novembre 1996, une loi est adoptée, interdisant la pratique de l'excision au Burkina Faso. En outre, de nombreuses associations se chargent de faire de la prévention au sein des villages. Toutefois, l'excision est toujours pratiquée, clandestinement. Pour en savoir plus, consulter le Monde diplomatique d'août 2006.

¹³ A ce propos, consulter les annexes.

causerie réunit toutes les femmes sous la paillote¹⁴ du CREN. Assises en cercle, elles écoutent l'animatrice faire une présentation du sujet du jour. A la fin de la présentation, l'animatrice les questionne afin de s'assurer qu'elles aient bien compris puis elle répond aux questions éventuelles. Selon le sujet traité, les rires fusent de toutes parts et l'ambiance est généralement bon enfant.

Les thèmes abordés lors des causeries ont été choisis d'une part en fonction des directives recommandées par l'OMS et d'autre part en fonction de la réalité burkinabée. L'infirmière travaillant au CREN explique : "Pour choisir les thèmes abordés, on a essayé de voir les problèmes que l'on rencontre couramment. Généralement, on parle de santé infantile : on fait des causeries générales sur la prise en charge de la diarrhée, la pesée, la vaccination et la prise en charge des maladies infantiles. On aborde aussi le SIDA et l'excision. Pour le SIDA, on explique ce que c'est et quelles sont les voies de transmission. Pour l'excision, on leur montre les inconvénients et on leur explique qu'il n'y a aucun avantage. L'excision maintenant ça va mieux ; avec la prévention les gens ont commencé à comprendre et ça tend à disparaître.

Souvent les femmes réagissent de telle sorte que l'on remarque qu'elles ne comprennent rien à la matière. Alors on leur pose des questions et on leur explique à nouveau. Ce qui est le plus important c'est qu'elles soient capables de prendre en charge l'enfant correctement quand elles rentrent, pour que la malnutrition puisse être évitée et qu'il n'y ait pas de rechute."

En 2003, au Burkina Faso, le taux d'alphabétisation des personnes de plus de 15 ans était de 12,8 %¹⁵. Les femmes étant, dans la plupart des cas, moins scolarisées que les hommes, ces causeries éducatives ont une fonction essentielle. Même sous leurs rires, il est visible que les femmes apprécient de recevoir ces informations.

De plus, la prévalence du VIH au Burkina Faso en 2003, était de 4,2 % dans la population des 15-24 ans¹⁵. La prévention SIDA est donc indispensable, de manière à enrayer cette épidémie qui ne cesse de faire des ravages.

La causerie concernant les 3 groupes d'aliments permet aux mères d'apprendre à mélanger les différents aliments dans le but de préparer des plats équilibrés, nécessaires au bon développement de l'enfant. Les aliments sont classés comme suit : aliments de construction (riches en protéines), aliments d'énergie (riches en glucide ou en lipide) et aliments de protection (riches en vitamines et en minéraux).

Lorsque le thème de la planification familiale et de l'espacement des naissances est abordé, il n'est par la suite pas rare qu'une femme demande à se faire poser un implant contraceptif (Norplant®) avant son départ du CREN. En effet, les femmes se marient jeunes et subissant souvent des grossesses non désirées, c'est pour nombre d'entre elles un soulagement d'apprendre l'existence de ce moyen contraceptif, actif 24 heures après la pose et ce pour une durée de 5 ans.

4.6 PHARMACIE :

Lorsque j'ai interrogé le Docteur Zala à propos du fonctionnement de la pharmacie, il m'a répondu : "C'est une pharmacie artisanale. C'est le médecin qui est responsable de la pharmacie. Les médicaments sont achetés en grande partie à la CAMEG¹⁶, pour les soins des hospitalisés et pour les soins des patients en consultation.

¹⁴ Structure constituée de quelques piliers métalliques et recouverte d'un toit en paille, procurant ombre et fraîcheur.

¹⁵ Ces chiffres sont tirés du Rapport Mondial sur le Développement Humain (2005) du PNUD.

¹⁶ Dépôt pharmaceutique de médicaments génériques.

Quand on donne un médicament, on demande une participation de 400 francs CFA (soit 1 CHF) par échantillon et s'ils ne peuvent pas payer, on les donne."

La pharmacie est composée de deux salles, jonchées de colis, remplies de matériel en tout genre. Seul le docteur Zala connaît l'emplacement de chaque trésor qu'elle recèle. Etant donné que personne n'est pour l'instant en charge de la pharmacie et que le médecin a peu de temps pour s'en occuper, tout s'empile et s'entasse en désordre. Lorsque l'on y pénètre pour la première fois, c'est avec grande peine que l'on arrive à dénicher ce que l'on y cherche. Le centre bénéficiant de nombreux dons de médicaments, qui arrivent pour la plupart par colis, cela nécessiterait une personne à temps plein pouvant s'occuper des rangements et du classement des médicaments. A l'heure actuelle, ceci est en discussion, mais comme toujours, le problème principal est de trouver un financement pour un salaire supplémentaire.

Pour l'instant, le CMPP est véritablement dépendant de ces dons en médicaments. Par contre l'un des problèmes engendré par ces dons est le manque d'adéquation des médicaments reçus. En effet, bon nombre de produits –tels que antihypertenseurs et antidépresseurs- ne sont que rarement employés, il n'est donc pas rare qu'ils ne soient pas utilisés avant la date limite de péremption. C'est par conséquent au CMPP de prendre en charge l'élimination des ces médicaments.

Par ailleurs, il est relativement fréquent que le centre reçoive, en général de la part de particuliers, des médicaments déjà périmés.

Pour les médicaments largement utilisés en consultation et pour les traitements (Amoxiciline, Paracétamol, Erythromycine, Amodiaquine, solutés pour perfusion, etc...), le centre se fournit directement au dépôt de la CAMEG de Ouahigouya. La meilleure solution serait donc que les dons de médicaments parviennent en espèces et qu'ils soient achetés sur place, en fonction des besoins exacts de la pédiatrie.

Dans un pays où la corruption est courante, le Docteur Zala a fait le choix d'interdire l'entrée de la pharmacie au reste du personnel. En effet, certains centres hospitaliers ont vu leur personnel revendre des médicaments au marché noir.

Comme le centre ne dispose que d'un seul médecin, gérant à la fois l'administration, la pharmacie, les consultations et les hospitalisations, celui-ci est sans cesse débordé et est obligé de travailler sept jours sur sept à un rythme effréné.

Etant donné que les habitants de Ouahigouya connaissent l'existence de la pharmacie du CMPP et savent que les prix y sont extrêmement bas, ils viennent souvent, munis d'une ordonnance, se fournir ici plutôt que dans les autres pharmacies de la ville. Le docteur Zala est donc constamment interrompu pour aller chercher un produit à la pharmacie.

Malgré la surcharge de travail qu'elle provoque, cette pharmacie est essentielle car pour citer le Dr Zala : "un hôpital sans pharmacie est un peu bancal."

4.7 LE PERSONNEL :

Le point faible du CMPP est un manque de personnel. Cela découle d'un manque de moyens financiers. Les salaires étant pris en charge par les associations du Nord, il faudrait que celles-ci puissent faire face à l'augmentation des dépenses que représenterait le recrutement de personnel supplémentaire. Pour l'instant ceci ne semble malheureusement pas possible. Ainsi, le CMPP ne fonctionne qu'avec un seul médecin, le Dr Zala. Son travail est donc considérable puisque cela représente une présence de sept jours sur sept. Tous les jours, le médecin arrive à 9 heures et consulte jusqu'à 13 heures (mais suivant le nombre de patients cela peut durer jusqu'à 15 heures). Puis il revient l'après-midi à partir de 16 heures jusqu'à 19-20 heures. Le Dr Zala faisant preuve d'une énergie et d'une motivation hors du commun,

cela ne semble pas lui poser de problème -si ce n'est qu'étant constamment débordé, il n'arrive pas à faire une visite quotidienne des patients hospitalisés.

Les infirmiers, quant à eux, sont également débordés et ont des horaires très chargés. De plus, dans le souci de fournir des soins de qualité, le règlement régissant le travail des infirmiers est bien plus strict au CMPP qu'à l'hôpital public. Ainsi, les retards ne sont pas permis et il est prohibé de s'absenter durant son service. En tant qu'Occidental, cela paraît parfaitement normal, pourtant la ponctualité n'est pas très ancrée dans la mentalité burkinabée. A l'hôpital public il n'est donc pas rare que le personnel arrive avec une ou deux heures de retard. A ce propos, un infirmier travaillant au CMPP m'a dit : "Au CMPP, le personnel est beaucoup plus disponible. Tu n'as pas le droit de sortir prendre un café pendant ton service. Donc les patients trouvent toujours un infirmier. Au CHR¹⁷ l'infirmier peut aller regarder la télé chez lui pendant son service."

Lors de mes entretiens avec les infirmiers, le manque de personnel était un thème récurrent. Pourtant, ils font tous preuve de compréhension en disant que pour le moment il est effectivement impossible de remédier à ce problème.

Travailler au CMPP est donc une sorte de sacerdoce puisque le personnel accepte de travailler dans de moins bonnes conditions qu'à l'hôpital public et ce dans le but d'améliorer la qualité des soins. De plus, lors de mes différents entretiens, j'ai pu constater la fierté qu'ils éprouvent à travailler dans une structure à caractère social.

Au Centre Médical Pédiatrique Persis, c'est le Dr Zala qui est en charge de tout : les consultations ; les hospitalisations ; le CREN ; la pharmacie ; les rapports avec les bailleurs de fonds et différents donateurs. C'est aussi lui qui prend (ou non) la décision d'administrer des soins gratuits à un patient. Il est donc constamment en train de jongler entre ces différentes activités.

L'un des inconvénients de ce système réside dans le fait que les infirmiers doivent passer par le docteur pour obtenir le matériel médical et les médicaments qui se trouvent dans la pharmacie. Bien qu'il existe une petite réserve de matériel dans la salle des infirmiers, il n'est pas rare -lorsqu'un médicament manque- de devoir attendre le médecin pour commencer les traitements des enfants hospitalisés.

Ceci m'a amené à me demander si, parfois, il ne serait pas préférable que le médecin délègue certaines de ses responsabilités. En outre, on ne peut s'empêcher de craindre pour la continuation des activités du centre, le jour où le médecin arrêtera d'y travailler.

Mais n'ayant jamais eu l'occasion d'aborder ce sujet avec le Dr Zala, je ne connais pas les raisons de cette situation.

Il faut cependant reconnaître que le travail, l'énergie et la disponibilité du Dr Zala ne peuvent être qu'admirés et que c'est grâce à sa détermination que le Centre Médical Pédiatrique Persis a pu voir le jour.

5 LES PATHOLOGIES INFANTILES COURANTES :

5.1 LA MALNUTRITION :

5.1.1 EPIDEMIOLOGIE :

A priori, on a tendance à penser que la malnutrition est uniquement liée à la pauvreté de la population. Lors de mon stage, j'ai pu me rendre compte que de nombreux autres facteurs sont impliqués dans cette pathologie.

¹⁷ Centre Hospitalier Régional – hôpital public.

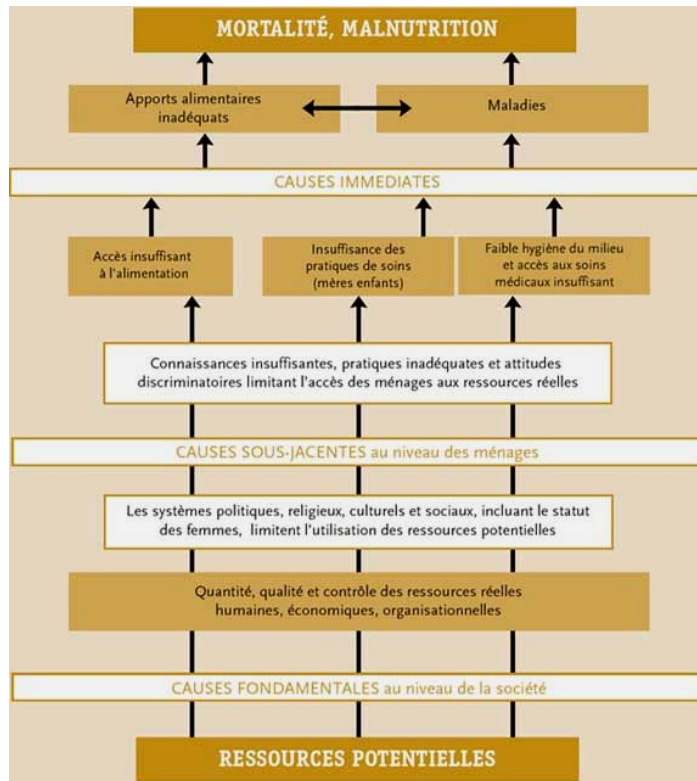


Fig.6 : Les causes de la malnutrition¹⁸

Au Burkina Faso, la malnutrition est très répandue. En effet 34 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale, 37 % des enfants de moins de cinq ans accusent un retard de croissance et 19 % des enfants présentent une insuffisance pondérale néonatale¹⁹.

5.1.2- LES DIFFÉRENTES FORMES DE MALNUTRITION :

On distingue différentes formes de carences nutritionnelles. La première étant une forme modérée qui ne s'accompagne d'aucun signe clinique extérieur –mais qui n'en est pas moins néfaste- et englobe une carence protéo-énergétique, des carences en iode, fer, zinc et vitamines (en particulier la vitamine A). Elle est provoquée par un apport alimentaire inadéquat et le manque de soins de qualité. L'organisation Médecins Sans Frontières estime que plus de la moitié des enfants dans le monde souffre de ce type de malnutrition.

La deuxième forme, appelée marasme, est caractérisée par une insuffisance globale en nutriments pouvant conduire à un état d'inanition total. Cette carence alimentaire globale conduit l'organisme à utiliser le glycogène du foie et les protéines musculaires afin de maintenir le glucose plasmatique à un niveau adéquat. Sur le plan clinique, à cause d'une insuffisance de graisse sous-cutanée et de muscle, les fesses de l'enfant sont fripées et pendent, comme vidées de leur contenu et les membres sont filiformes. Au CMPP, c'est la forme de malnutrition la plus couramment rencontrée.

Quant à la troisième forme, connue sous le nom de kwashiorkor, elle est provoquée par une insuffisance en protéines et en acides aminés essentiels. Dans ce cas de figure, l'apport en

¹⁸ Cette figure, initialement élaborée au sein de l'UNICEF en 1990, est actuellement reprise par l'ensemble des organisations internationales. Elle illustre de façon schématique l'articulation générale des ensembles de causes, permettant ainsi l'analyse conceptuelle de la « sécurité nutritionnelle » (c'est-à-dire la sécurisation d'un bon niveau nutritionnel par la maîtrise des différentes causes de malnutrition, notamment les causes sous-jacentes).

¹⁹ Ces chiffres sont tirés du Rapport Mondial sur le Développement Humain (2005) du PNUD.

hydrates de carbone étant normal, c'est la carence en protéines qui conduit à l'utilisation des protéines corporelles, aboutissant alors à une hypoalbuminémie et à une diminution de la synthèse d'urée.

L'hypoalbuminémie va à son tour induire une augmentation de la filtration vasculaire provoquant des oedèmes des membres inférieurs. C'est un effet pervers, car les oedèmes masquent la perte de masse corporelle et seul un œil aiguisé distingue les carences nutritionnelles sous-jacentes. Sur le plan clinique le kwashiorkor se distingue donc par des oedèmes, des lésions cutanées, un gonflement abdominal, des cheveux décolorés et fins et un retard de croissance.

Il faut noter qu'entre le marasme et le kwashiorkor, ils existe des formes intermédiaires qu'on appelle kwashiorko-marasmiques.



Fig. 7
Enfant souffrant de marasme avec amaigrissement extrême durant la Seconde Guerre Mondiale (Pays-Bas).



Fig. 8
Disparition manifeste de la graisse sous-cutanée chez un enfant atteint de marasme (Philippines).



Fig.9
Enfant atteint de Kwashiorkor et présentant des oedèmes et des lésions cutanées exfoliatives (Ouahigouya, Burkina Faso).

5.1.3 CAUSES :

Il est évident qu'il existe un lien étroit entre pauvreté et malnutrition. Lorsqu'on sait que 44,9 % de la population burkinabée vit en dessous du seuil de pauvreté²⁰ –c'est-à-dire avec moins de 1 \$ par jour- on arrive aisément à comprendre que de nombreux enfants souffrent de carences nutritionnelles.

Toutefois, il serait réducteur de prendre uniquement en compte le facteur de la pauvreté. En effet, le manque d'éducation, le rapport à l'enfant et la condition de la femme, sont autant de facteurs entrant en ligne de compte.

Ainsi que le souligne un infirmier du CMPP, c'est souvent la combinaison de l'ignorance et de la pauvreté qui s'avère être catastrophique : "La malnutrition est beaucoup due à l'ignorance et à la pauvreté. Mais la pauvreté en est la cause principale. Quand tu as de l'argent, on n'a pas besoin de t'apprendre quoi que ce soit, tu as les moyens de te débrouiller. Mais quand tu es pauvre, tu manges pour manger et les repas ne sont pas variés."

²⁰ Ce chiffre est tiré du Rapport Mondial sur le Développement Humain (2005) du PNUD.

Les mères manquant d'éducation, elles ne connaissent pas l'alimentation adaptée à l'enfant et effectuent le sevrage de façon inadéquate.

Dans le but de mieux comprendre les problèmes de sevrage et d'alimentation de l'enfant que les mères rencontrent, on peut citer un proverbe peuhl disant : "Une femme qui mange, elle fait du lait et l'enfant tète. Mais si tu donnes à manger à l'enfant et qu'après il tète, il aura mangé deux fois."

C'est ce que relève un autre infirmier en disant : "Dans un pays où il y a 90% d'analphabètes, les gens n'arrivent pas à faire la différence entre les différents types d'aliments qu'il faut donner à un enfant. C'est surtout à cause de cela que les mères n'arrivent pas à donner la bonne alimentation : des aliments protecteurs, des aliments énergétiques et des aliments constructeurs."

Lorsque l'on observe que le taux de rechute des enfants ayant séjourné au CREN est quasiment nul, on se rend bien compte que la sensibilisation des mères est un facteur déterminant dans la prise en charge de la malnutrition.

Dans un pays où le niveau d'éducation de la population est si bas, on observe une méconnaissance du corps humain qui empêche les gens de comprendre les liens de cause à effet concernant leur santé. Ils se replient alors sur des croyances pour expliquer la survenue des maladies. En ce qui concerne la malnutrition, bon nombre de parents, voyant dépérir leur enfant, pensent que c'est un sorcier qui a jeté un sort à l'enfant et ne voient donc pas le lien entre la nutrition et l'état de santé de l'enfant. Pour un Occidental -provenant d'une société qui a persécuté ses propres « sorciers » (notamment durant l'Inquisition), qui a connu le siècle des Lumières et qui vit dans une culture dominée par la pensée scientifique- ce genre de raisonnement paraît complètement absurde et irrationnel. Cependant, au Burkina Faso –pays qui compte encore 40 % d'animistes²¹- les gens sont familiers avec les esprits et la sorcellerie. Lors de mon stage j'ai pu constater à quel point la sorcellerie est ancrée dans les mentalités. Ainsi, le Docteur Zala a voulu un jour faire hospitaliser un enfant dont la mère était accusée de sorcellerie par les femmes séjournant à l'hôpital. Personne ne désirant partager sa chambre avec une « sorcière », les femmes ont menacé le médecin de quitter l'hôpital si celui-ci hospitalisait cet enfant. Il a donc fallu de nombreuses discussions avant de parvenir à raisonner les femmes résidant au CMPP. Cependant une femme a tout de même quitté la pédiatrie suite à cet incident.

La condition de la femme au Burkina Faso est encore très difficile. Même si le gouvernement a entrepris quelques réformes légales, celles-ci ne sont pas encore suffisantes. De toute manière, le fossé entre législation et droit coutumier est considérable. C'est donc la femme burkinabée vivant en milieu rural, qui est le plus touchée par la discrimination faite à l'égard des femmes. On peut lire, dans l'un des rapports de l'ONG WILDAF/FeDDAF²², consacré à la situation de la femme au Burkina Faso: "Au sein de la cellule familiale, la femme est considérée comme un être inférieur que le chef de famille –l'homme- peut à tout moment et au besoin de son droit de correction ramener sur le droit chemin. La femme est une éternelle

²¹ L'animisme (du latin anima âme) est une croyance ou religion selon laquelle la nature est régie par des âmes ou esprits, analogues à la volonté humaine : les pierres, le vent, les animaux. Il se rencontre surtout chez les sociétés traditionnelles comme en Afrique, en Amérique du Sud, en Amérique du Nord, en Sibérie ou en Océanie.

²² L'ONG WILDAF/FeDDAF a été créée en 1990 dans le but de promouvoir et renforcer des stratégies qui lient le droit au développement pour l'émergence d'une culture d'exercice et de respect des droits des femmes en Afrique. Il est, au niveau régional, le seul réseau panafricain spécialisé dans la promotion des droits de la femme en tant que partie intégrante de la problématique de développement. Il réunit 500 organisations et 120 individus qui, répartis dans 27 pays, partagent les objectifs du réseau et luttent pour les concrétiser au niveau local, national et régional.

Pour plus d'informations, consulter le site Internet : <http://www.wildaf-ao.org/fr/index.php3>

mineure qui ne peut rien décider d'elle-même. Elle est considérée comme un objet et elle-même et ses biens sont la propriété de la famille.

L'égalité en matière de mariage, de divorce et de succession n'est en général pas respectée. Malgré les principes édictés dans le Code des Personnes et de la Famille, le monde rural dans son ensemble continue les pratiques coutumières du don de femmes, de la dot, du lévirat²³ et les filles n'ont pas les mêmes droits de succession que leurs frères."

De fait, on ne peut que constater que la majorité des femmes burkinabées ne possèdent rien et qu'elles sont donc, du point de vue financier, entièrement dépendantes de leur mari. Cela devient une véritable catastrophe lorsque le mari émigre à l'étranger (le plus souvent en Côte d'Ivoire) afin d'y trouver du travail. Dans le meilleur des cas, celui-ci tente de faire parvenir de l'argent à sa famille restée au pays, en remettant la somme à quelqu'un se rendant au Burkina Faso. Il n'est pas rare, lorsque la personne arrive au village, qu'elle prétende avoir égaré l'argent ou se l'être fait dérober sur le chemin. Il existe également des cas où le mari, une fois parti, abandonne purement et simplement sa famille. On s'aperçoit donc que la majorité des femmes dont le mari a émigré se retrouvent à devoir élever leurs enfants sans aucun revenu.

Un autre problème soulevé par la dépendance financière des femmes est celui des enfants hors mariage.

Citons ici un autre passage du rapport de l'ONG WiDAF/FeDDAF : "Par la force des choses (crise économique, mari immigré, famille monoparentale), beaucoup de femmes sont devenues chef de famille sans pour autant jouir des avantages ou de la reconnaissance que confère ce statut. La discrimination faite aux femmes au plan économique amène aujourd'hui à parler de féminisation de la pauvreté."

Il faut ajouter que la pratique de la polygamie, qui est en net recul actuellement, influe également sur la santé de l'enfant car elle augmente considérablement le nombre d'enfants à charge d'un seul revenu, celui du père.

Les tâches quotidiennes incombant à la femme burkinabée sont : l'éducation des enfants, la préparation des repas, la lessive, le ménage, parcourir plusieurs kilomètres à la recherche d'eau et de bois et une grande partie des travaux agricoles. Si l'on ajoute à cela les nombreuses grossesses²⁴ découlant d'un manque de planification familiale et d'accès à la contraception (et ce d'un point de vue culturel et pratique), on se rend aisément compte qu'une femme a très peu de temps à consacrer à ses enfants.

De plus, le fait que beaucoup de grossesses ne sont pas désirées –l'avortement étant interdit dans la législation burkinabée- mais plutôt subies et que de nombreuses femmes perdent un ou plusieurs enfants dans leurs premières années de vie –de par une mortalité infantile élevée, un manque global d'accès au soins et de suivi de l'enfant- on obtient un environnement non favorable à un développement de la relation mère-enfant. Les mères deviennent alors

²³ Le lévirat est un type particulier de mariage où une veuve épouse le frère du défunt, afin de continuer la famille de ce dernier. Les enfants issus de ce remariage ont le même statut que les enfants du premier mari. Cette pratique, souvent forcée et combinée avec la polygamie, est notamment encore pratiquée dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest, dont le Burkina Faso et le Togo. Le Bénin l'a interdite en même temps que la polygamie le 17 juin 2004.

Le lévirat est souvent dénoncé comme étant une pratique rétrograde, limitant les droits des femmes et maintenant l'idée qu'« une veuve fait partie de l'héritage ». Certaines campagnes de prévention du Sida, en Afrique, stigmatisent la pratique du lévirat en indiquant que celle-ci favorise la propagation de la maladie. Outre le fait que cela n'est pas vrai sur le plan épidémiologique (à ce propos consulter : *Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso*, B. Taverne, Revue Sciences Sociales et Santé, vol.14, no 2 (1996), pages 87-106), certains auteurs font remarquer que la pratique du lévirat est la seule mesure de protection sociale dont bénéficient les veuves dans ces pays, et qu'ils n'est pas forcément bienvenu de lutter contre cette pratique sans en remplacer l'aspect social.

²⁴ Au Burkina Faso, l'indice synthétique de fécondité (par femme) est de 6,7 alors qu'en Suisse celui-ci est de 1,4. (Ces chiffres sont tirés du Rapport Mondial sur le Développement Humain (2005) du PNUD.)

désabusées quant au sort de leurs enfants et ne s'impliquent plus suffisamment dans leur rôle de mère, se sentant trop démunies pour y faire face. C'est une attitude que l'on rencontre souvent lors des consultations et qui peut être choquante si l'on n'en connaît pas les fondements.

A ce propos une stagiaire française me disait : "Ici, j'ai de la peine à accepter le rapport mère-enfant. Je m'en veux parce que c'est quelque chose qui est trop facile à critiquer, mais je n'arrive toujours pas à avoir le recul nécessaire. J'ai l'impression que les mères se désintéressent totalement de leurs enfants. La manière de prendre les enfants et de les consoler est très différente de ce que l'on voit en France. Pourtant je sais bien qu'en France la situation est tout autre et que les enfants que tu as c'est parce que tu les as voulu. Ici les femmes ont beaucoup d'enfants et ils ne sont pas forcément désirés. Donc je me rends bien compte que les mères ne sont pas responsables du détachement dont elles font preuve envers leurs enfants. Tout de même, ce détachement ne cesse de me choquer quand j'y suis confronté et je n'arrive pas à l'accepter peut être parce que j'ai trop l'habitude des enfants surprotégés."

De la même manière, une deuxième stagiaire française précisait : "En France, l'enfant est roi ce qui est également insupportable. Parfois ici, tu as l'impression qu'il n'y a pas d'amour envers les enfants et que les femmes ne font que subir leurs grossesses. Il faut prendre en compte le fait que la mortalité infantile est élevée, ce qui apprend aux parents à ne pas s'attacher à l'enfant afin de se protéger. Mais ce n'est pas toujours le cas car tu rencontres aussi lors des consultations des couples qui montrent beaucoup d'inquiétude quant à la santé de leur enfant."

Dans la culture burkinabé, le rapport à l'enfant est très différent de ce dont nous avons l'habitude. Le Docteur Zala, issu de cette culture mais connaissant également bien l'Occident, explique ce phénomène comme suit : "A cause du passé ancien, tant qu'un enfant n'a pas un certain âge, on ne le compte pas vraiment comme faisant partie de nous. On sait qu'il peut mourir d'un jour à l'autre sans qu'on ne puisse rien n'y faire. Donc, on s'investit moins pour un enfant que pour un adulte."

A titre d'exemple, on peut citer le fait que lorsqu'un décès survient dans la famille, la mère va de manière quasiment systématique demander à retirer l'enfant de l'hôpital afin de pouvoir assister aux funérailles. Dans un tel cas de figure, on entrevoit bien le fait qu'un adulte, même mort, a plus d'importance qu'un enfant. A ce propos le Docteur Zala dit : "Ce n'est pas parce que l'on n'aime pas l'enfant, c'est parce que dans la vie c'est comme ça. Je pense aussi que cela vient du fait qu'un adulte, au contraire d'un enfant, peut nous rendre service."

Il faut encore préciser que les Droits de l'Enfant ne sont encore que peu respectés dans ce pays. De plus, la culture contient des éléments très durs qu'en tant qu'Occidental on a parfois de la peine à comprendre et accepter. A titre d'exemple je citerais ici, la scarification²⁵, l'excision, l'assassinat de l'enfant né par les pieds et du garçon dont la mère est morte en couches²⁶.

Un article de D. Mbassa Menick, paru dans la revue Médecine Tropicale, éclaire cette question comme suit : "En Afrique, suivant les coutumes ancestrales, l'enfant n'appartient pas à ces géniteurs, il appartient à la communauté, au lignage. Ainsi, le sevrage marque sa prise

²⁵ La scarification est une pratique consistant à effectuer une incision superficielle de la peau. La scarification sociale a une origine ancienne, on la trouve couramment pratiquée en Afrique (particulièrement en Afrique de l'Ouest) où elle a remplacé le tatouage qui se distingue mal sur les peaux sombres. La scarification sociale revêt une signification particulière : rituel de passage à l'âge adulte ; appartenance à un groupe restreint ou à une ethnie.

²⁶ Ces infanticides, à l'heure actuelle disparus, avaient pour but de conjurer le mauvais sort. En effet, selon les croyances traditionnelles, ces deux types de naissances étaient le signe que le nouveau-né portait malheur.

en charge par le reste du groupe familial [...] mais aussi par tout adulte de la communauté et de la génération des parents²⁷.”

Connaissant cette particularité de la culture africaine, j’ai été très surprise lors de mon stage de voir en consultation l’état de gravité de certains enfants souffrant de malnutrition.

Comment se fait-il, me disais-je, qu’un enfant de deux ans puisse peser trois kilos sans que personne dans son entourage n’ait réagit avant d’en arriver là. Je me suis rendue compte, par la suite, que deux facteurs entrent en ligne de compte. Tout d’abord le fait que la malnutrition soit chose courante, ce qui habitue les gens à côtoyer des enfants dans cet état. Ensuite, la coutume veut que la personne qui conseille aux parents d’amener l’enfant à l’hôpital devienne automatiquement responsable de la prise en charge des frais engendrés par les soins. La population étant très pauvre, il va sans dire que personne ne veut prendre un tel risque.

Malgré tout cela, il ne faut pas oublier que la malnutrition reste un problème de santé publique et qu’elle découle très nettement d’un manque d’accès aux soins et de suivi médical des enfants.

Dans un pays qui compte quatre médecins pour 100'000 habitants et où une grande partie des accouchements ne sont pas assistés par un personnel de santé qualifié, il n’est pas étonnant de constater que les consultations infantiles préventives sont pratiquement inexistantes. Il est dès lors extrêmement difficile de prévenir la malnutrition. La prévention –telle que la pesée mensuelle permettant de suivre l’évolution de l’enfant- reste la particularité de certains projets de développement et ne s’effectue pas à l’échelle nationale.

De ce point de vue-là, notons encore qu’il existe de nombreuses pathologies (en particulier les infections) nécessitant une prise en charge adéquate et rapide, qui précipitent la malnutrition.

5.1.4 DIAGNOSTIC :

Il existe plusieurs indices permettant d’évaluer l’état de nutrition : l’indice poids/taille qui traduit la maigreur (malnutrition aiguë) et donne une appréciation du risque de mortalité ; l’indice taille/âge qui traduit quant à lui un retard de croissance et permet de donner une appréciation de la malnutrition chronique ; et finalement, l’indice poids/âge qui est une évaluation globale du statut nutritionnel sans distinction entre maigreur et retard de croissance. Au Centre Médical Pédiatrique Persis, c’est l’indice poids/âge qui est le plus souvent utilisé. A l’aide d’un graphique, comportant l’âge sur l’axe X et le poids sur l’axe Y, on vérifie le nombre de déviations standards par rapport à la médiane.

MALNUTRITION AIGUE	→ modérée:	Z-score:	-2sd à -3sd
		% médiane:	70-80%
	→ sévère:	Z-score:	<-3sd
		% médiane:	<70%
MALNUTRITION CHRONIQUE	→ modérée:	Z-score:	-2sd à -3sd
		% médiane:	80-90%
	→ sévère:	Z-score:	<-3sd
		% médiane:	<80%

²⁷ *Adolescence et violence : Impact des traditions et coutumes africaines dans la signification de la loi à l’enfant en pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques*, D. Mbassa Menick, Revue Médecine tropicale, vol.63, no 6 (2003) : 601-607.

Fig.10 : Lecture du résultat sur un graphique poids/âge²⁸

5.1.5 TRAITEMENT :

Chaque enfant hospitalisé en raison de carences nutritionnelles reçoit un traitement de base auquel s'ajoutent des mesures additionnelles en fonction de l'état de santé de l'enfant et de la présence d'autres pathologies. La prise en charge de base consiste en l'administration d'un traitement antiparasitaire (Vermox®), de polyvitamines (Supradyn®) et de vitamine A (à raison d'une dose le premier et le deuxième jour d'hospitalisation et d'une troisième dose le jour de la sortie). A cela s'ajoute le gavage nutritionnel par le lait thérapeutique préparé par le personnel du CREN. Pour ce faire, on a souvent recours à une sonde naso-gastrique facilitant l'administration des repas et évitant la régurgitation.

Quant aux mesures additionnelles, elles peuvent comprendre le traitement de l'anémie, l'administration d'un traitement antibiotique afin de venir à bout des infections, la prise en charge de la déshydratation, etc.

5.2 LE PALUDISME :

5.2.1 EPIDEMIOLOGIE :

Chaque année, le paludisme tue semble-t-il entre 1,1 et 2,7 millions de personnes dans le monde, dont 1 million sont des enfants de moins de 5 ans résidant en Afrique subsaharienne. Cette mortalité juvénile-infantile, qui résulte principalement d'un neuropaludisme et de l'anémie, contribue à près de 25 % à la mortalité infantile en Afrique²⁹.



Fig. 11 : Zones impaludées à l'échelle mondiale³⁰

²⁸ Cette manière de faire est recommandée par l'UNICEF et Action Contre la Faim (ACF).

²⁹ Ces chiffres proviennent du Comité OMS d'experts du paludisme, vingtième rapport, série de Rapports techniques, no 892, édité par l'OMS.

³⁰ Cette carte est tirée du relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) publié par l'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC), Supplément : Recommandations canadiennes pour la prévention et le traitement du paludisme (malaria) chez les voyageurs internationaux, volume 30S1 (juin 2004).

Comme on le voit sur la carte ci-dessus, le Burkina Faso est en pleine zone endémique de paludisme. Dans ce pays, le risque d'infection par Plasmodium est présent durant toute l'année mais est nettement augmenté dans la période de juillet à octobre.

5.2.2 AGENTS RESPONSABLES :

Quatre espèces de parasites du genre Plasmodium sont responsables de la maladie chez l'homme :

- Plasmodium falciparum, l'espèce la plus pathogène, est responsable des cas mortels. Elle est présente au Burkina Faso.
- Plasmodium vivax
- Plasmodium ovale, principalement trouvée en Afrique de l'ouest, ne tue pas mais peut entraîner des rechutes 4 à 5 ans après la primo infection.
- Plasmodium malariae, n'est pas mortelle mais peut entraîner des rechutes jusqu'à 20 ans après la primo infection.

Pour cette parasitose, on observe deux modes de transmission. Le premier se fait par l'intermédiaire d'un vecteur, le moustique anophèle femelle. Le deuxième quant à lui s'effectue par voie transplacentaire ce qui correspond donc à une transmission verticale, de la mère à l'enfant.

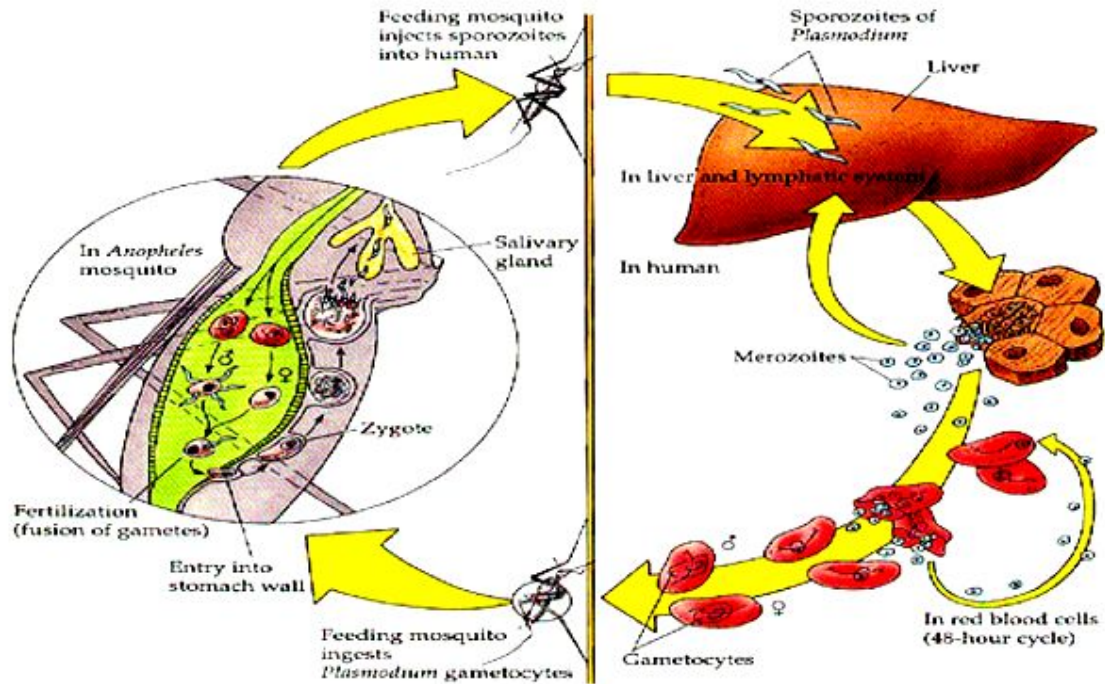
Le cycle du Plasmodium est complexe et comporte deux étapes essentielles : une phase asexuée chez l'homme, et une phase sexuée chez le moustique.

L'anophèle femelle injecte à l'homme le parasite sous forme de "sporozoïte". Celui-ci migre rapidement, *via* la circulation sanguine, vers le foie. Il pénètre dans la cellule hépatique, où il se divise très activement pour donner naissance, en quelques jours, à des dizaines de milliers de nouveaux parasites : les "mérozoïtes". Cette phase hépatocytaire est cliniquement muette. Par la suite, la cellule du foie va éclater, libérant ces parasites dans le sang. Les parasites vont alors pénétrer à l'intérieur des globules rouges pour s'y multiplier. Lorsque ces derniers éclatent à leur tour, les mérozoïtes libérés dans la circulation sanguine infectent de nouveaux globules rouges (cycle érythrocytaire).

Après quelques cycles de réplication des mérozoïtes, des parasites sexués mâles et femelles (gamétocytes) sont formés à l'intérieur des globules rouges. Ces gamétocytes, une fois ingérés par un moustique piquant une personne infectée, vont alors pouvoir se différencier en gamètes. Leur fécondation engendre un zygote, qui se différencie en oocyste dans le tube digestif du moustique. Les oocystes produisent des sporozoïtes, qui migrent vers les glandes salivaires du moustique. Un nouveau cycle peut alors commencer.

Les rechutes tardives de paludisme observées lors d'infections par P.vivax et P. ovale sont dues à la possibilité pour ces espèces de subsister sous une forme latente dans la cellule hépatique de l'homme³¹.

³¹ Cette description du cycle du plasmodium est tirée du site Internet de l'Institut Pasteur concernant les maladies infectieuses : <http://www.pasteur.fr/actu/presse/documentation/Paludisme.html>



Life Cycle of Plasmodium

Fig.12 : Cycle du Plasmodium³²

5.2.3 DIAGNOSTIC :

La symptomatologie du paludisme –fièvre, frissons, céphalées et anorexie- n’est malheureusement pas très spécifique, rendant difficile le diagnostic se basant uniquement sur un examen clinique. Comme le souligne l’OMS, il est donc nécessaire de recourir à des examens complémentaires, afin de pouvoir poser un diagnostic fiable. Ceci soulève un problème de taille, puisque la majorité de la population, susceptible à l’infection par Plasmodium, se trouve dans des zones rurales et n’a qu’un accès limité à des centres de santé capables de fournir de telles prestations. Au Burkina Faso, une grande majorité des habitants se traite par automédication. En effet, lors de l’apparition de fièvre accompagnée de maux de tête, ils avalent quelques comprimés de quinine –celle-ci étant disponible sans ordonnance. La pratique de l’automédication peut avoir les effets néfastes suivants : intoxication résultant de l’ingestion d’une dose trop élevée ; achat au marché noir de produits n’ayant aucun effet thérapeutique ou ayant un effet néfaste ; traitement non approprié dans le cas où ces symptômes résultent d’une autre pathologie.

L’examen complémentaire de base, largement utilisé au CMPP, consiste en un examen microscopique de détection des plasmodies. Cet examen, appelé communément « goutte épaisse », consiste à recueillir une goutte de sang sur une lame microscopique. Un fois que le sang a séché, la lame est trempée dans du colorant de Giemsa (mettant en évidence les plasmodies) pendant 10 minutes, puis est rincée et séchée. La lame est alors étudiée au microscope par le laborantin. Ce type d’examen comporte de nombreux avantages, tel que faible coût, sensibilité acceptable, distinction des différentes espèces de Plasmodium et détermination de la densité parasitaire.

³² Provient du site Internet de Futura Science : <http://www.futura-sciences.com/comprendre/d/dossier618-8.php>

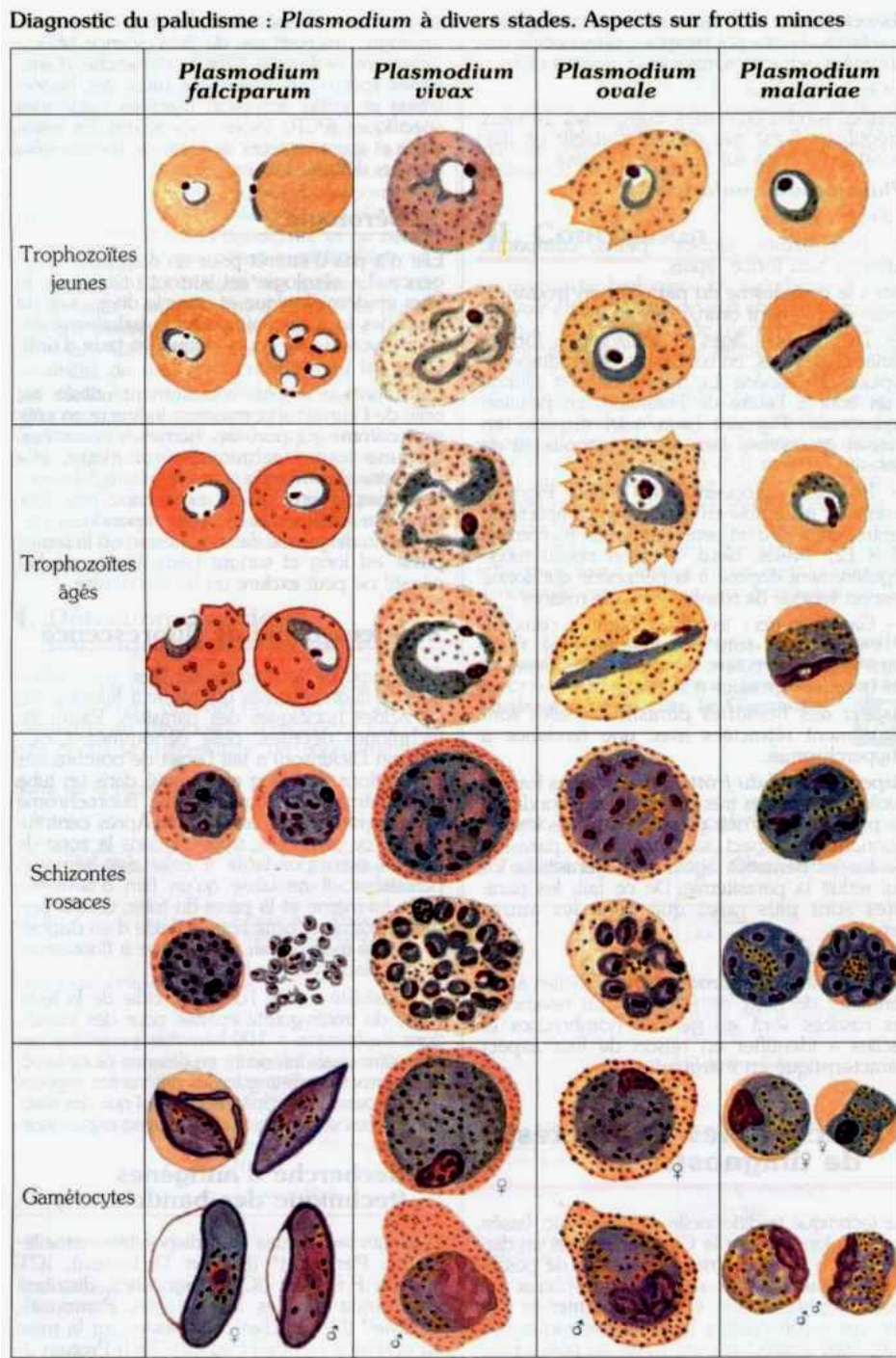


Fig. 13 : Aspect des hématies parasitées par *Plasmodium*³³

Toutefois, dans les régions où la transmission est intense et stable (ce qui est le cas du Burkina Faso), on encourt le risque d'avoir à faire à des porteurs asymptomatiques. En effet, dans ces régions la plupart des adultes sont à demi-immunisés et les affections asymptomatiques sont courantes. Malgré tout, l'OMS préconise de baser le diagnostic du paludisme simple sur la présence de fièvre et l'obtention d'une lame positive. L'infection par *Plasmodium* peut avoir deux issues : le développement d'un paludisme simple ou d'un paludisme grave. Les symptômes du paludisme grave ne sont là encore pas

³³ Cette illustration est tiré de l'article : Diagnostic du paludisme , Anne-Marie Deluol/H. Levillayer/Jean-Louis Poirot, revue Développement et Santé, no 138, décembre 1998.

spécifiques et correspondent à ceux de toute affection fébrile sérieuse. Chez l'enfant ces symptômes sont des antécédents de fièvre, accompagnés au minimum d'un des symptômes suivants :

- prostration (incapacité de demeurer assis), altération de la conscience, léthargie ou coma
- difficultés respiratoires
- anémie grave
- convulsions
- malade incapable de boire
- vomissements persistants

Cette symptomatologie est également valable pour l'adulte, en y ajoutant le signe d'urines peu abondantes et foncées.

5.2.4 TRAITEMENT :

Le traitement du paludisme devient de plus en plus délicat de par l'émergence d'un nombre croissant de souches résistantes, en particulier à la chloroquine. Etant donné cet état de fait, la tendance est à l'utilisation de l'association sulfadoxine/pyriméthamine comme traitement du paludisme simple. Certains cas au Kenya et en Tanzanie, suggèrent une diminution de la sensibilité du parasite à ces deux principes actifs, laissant présager l'apparition d'une nouvelle résistance.

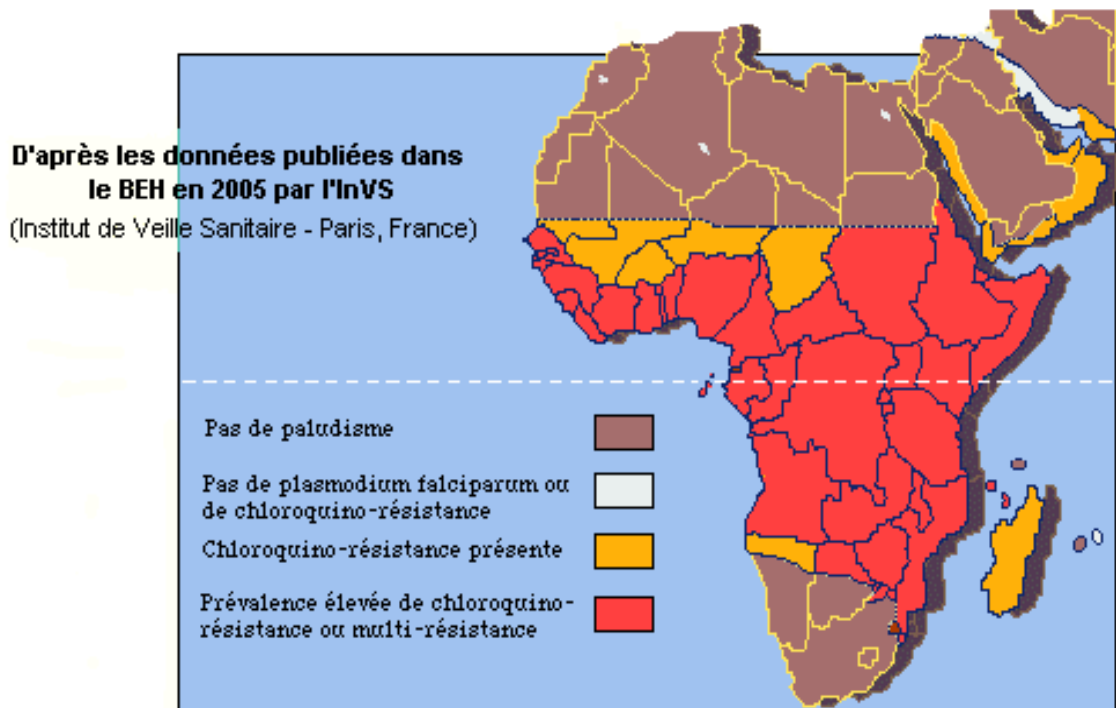


Fig. 14 : Chimio-résistance du Plasmodium en Afrique

La prise en charge de la maladie doit être rapide et efficace car un paludisme à *falciparum* peut s'aggraver en quelques heures, en particulier chez l'enfant. Cela nécessiterait donc qu'une prise en charge proche du domicile soit possible. Ce qui n'est actuellement pas le cas au Burkina Faso, de par l'éloignement considérable des centres de santé en zone rurale.

Les recommandations de l'OMS concernant le traitement du paludisme sont les suivantes : utilisation de la chloroquine comme traitement de choix pour les souches non résistantes, et de l'association sulfadoxine/pyriméthamine ou de l'amodiaquine pour les souches de *P. falciparum* résistantes à la chloroquine.

Les malades qui sont prostrés et présentent des difficultés respiratoires doivent recevoir un traitement par voie parentérale. Dans ce cas de figure, on pose une perfusion de solution glucosée à laquelle on a ajouté de la quinine.

Lorsque des convulsions sont présentes, ce qui est souvent le cas chez l'enfant, on administre également du diazépam.

Durant la période de forte transmission du paludisme, de juillet à octobre, le Centre Médical Pédiatrique Persis est littéralement débordé. Le nombre de consultations quotidiennes augmente de manière phénoménale et le nombre d'enfants hospitalisés dépasse largement la capacité d'accueil du centre. Il arrive qu'il y ait plus d'une centaine d'enfants séjournant au CMPP (CREN compris), alors que la capacité d'accueil se situe aux alentours de cinquante personnes.

Ayant effectué mon stage de juin à août, j'ai pu constater l'angoisse du personnel face à l'augmentation des cas de paludisme durant cette période qui représente pour eux une surcharge considérable de travail.

5.2.5 CONSEQUENCES :

Les conséquences du paludisme en Afrique sont véritablement désastreuses, tout d'abord de par l'excédent de mortalité que cela représente, en particulier au niveau de la mortalité infantile, puis au niveau des coûts que cela engendre pour la population, et finalement en termes économiques. Les effets économiques du paludisme sont particulièrement visibles dans les zones rurales où la maladie frappe souvent à une époque de l'année où l'agriculture a le plus grand besoin de main d'œuvre. Etant donné que plus de 80 % de la population dépend de l'agriculture pour vivre, c'est un effet qui peut rapidement prendre des proportions catastrophiques.

5.2.6 PREVENTION :

La lutte pour la prévention du paludisme a encore un long chemin devant elle. On sait que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide réduit considérablement le nombre d'infections à Plasmodium. Cependant, on est forcé de reconnaître que le coût que cela engendre et le manque d'information de la population rurale en ont fait, jusqu'à présent, un moyen de lutte somme toute peu efficace. La décentralisation du système de santé vers les zones rurales, préconisée par l'OMS, qui permettrait la prise en charge rapide et efficace du paludisme, réduisant alors grandement la mortalité associée, en est encore au stade des balbutiements dans un pays tel que le Burkina Faso. Ceci est dû, principalement, à un manque de moyens et à l'absence d'une réelle volonté politique d'agir contre ce fléau.

5.3 LA DIARRHÉE :

5.3.1 EPIDEMIOLOGIE :

Le Dr Zala cite la diarrhée comme étant la deuxième cause de consultation au CMPP.

Au Burkina Faso, on estime en effet que les enfants présentent en moyenne cinq épisodes de diarrhée par année³⁴. L'Institut de la Francophonie pour la Médecine Tropicale attribue quant à lui à cette pathologie 1,6 % des décès en Afrique subsaharienne (par année) des enfants de moins de quatre ans³⁵.

5.3.2 CAUSES :

Ces diarrhées résultent pour la plupart d'une infection qui peut être due à une bactérie (Shigella, Salmonella, E. coli, etc.), un virus (Rotavirus, etc.) ou un protozoaire. Mais ce qui est déterminant dans l'apparition d'un syndrome diarrhéique chez l'enfant est avant tout, le manque d'hygiène aboutissant à une transmission fécale-orale élevée ainsi que le manque d'accès à une eau de bonne qualité.

La transmission fécale-orale résulte en grande partie d'un manque d'utilisation des latrines et de l'absence d'installations sanitaires de qualité³⁶. D'une part, du fait de la pauvreté, il est assez rare que les habitants des zones rurales possèdent des latrines ; d'autre part, les enfants ont tendance à ne pas les utiliser. De plus, pour les jeunes enfants, l'utilisation du pot est assez peu répandue. Il n'est pas rare non plus, et ce également en ville, de voir des enfants déféquer dans des terrains vagues.

L'hygiène des sous-vêtements est également problématique puisque la lessive se fait à la main, c'est-à-dire à l'eau froide. Il faut encore souligner que le lavage des mains à l'aide de savon n'est pas systématique et que cela contribue drastiquement à l'augmentation de la transmission fécale-orale. De même que cela a été évoqué pour la malnutrition, ces manquements à l'hygiène de base découlent d'un manque d'éducation de la population. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la qualité de l'eau est également un problème majeur. En effet, seul 51 % de la population burkinabée dispose d'un accès facilité à une source d'eau de qualité³⁷. En zone rurale, l'eau provient le plus souvent de puits. Cela sous-entend une eau stagnante qui peut être facilement contaminée par les excréments du bétail.

5.3.3 DIAGNOSTIC :

Les symptômes de la diarrhée correspondent à la présence de plus de trois selles par 24 heures et au caractère liquide de ces selles.

Au Centre Médical Pédiatrique Persis, le diagnostic de la diarrhée repose essentiellement sur l'anamnèse et l'examen clinique. L'utilisation d'examens complémentaires –tel qu'analyse de selles- permettant de rechercher le pathogène en cause est extrêmement rare et ce de par le fait

³⁴ Ce chiffre est tiré de la thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie : Médicaments essentiels au Burkina Faso : proposition d'un guide d'utilisation, Anne Guironnet, juillet 2000.

³⁵ Ce chiffre provient du séminaire sur la diarrhée, datant d'août 2005, de l'Institut de la Francophonie pour la Médecine Tropicale s'intitulant : Maladies Diarrhéiques : vue d'ensemble. Il est possible de consulter ce document sur le site Internet : http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/IFMT_MB3_maladies-diarrheiQUES.pdf

³⁶ Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain du PNUD (2005) seulement 12 % des habitants du Burkina Faso disposent d'installations sanitaires de qualité. (Par installations sanitaires on entend ici toutes les installations d'hygiène destinées à distribuer, utiliser et évacuer l'eau dans les habitations.)

³⁷ Ce chiffre provient du Rapport Mondial sur le Développement Humain (2005) du PNUD.

du coût élevé de tels examens³⁸. Par contre, l'accent est mis sur l'évaluation de la gravité de la diarrhée : c'est-à-dire sur l'évaluation de la déshydratation et sur le statut nutritionnel de l'enfant³⁹.

L'évaluation de la déshydratation se fait par la recherche de plusieurs signes : pli cutané ; langue sèche ; yeux cernés ; absence de larmes ; altération de l'état de conscience et fontanelle creusée (chez le nourrisson de moins d'un an). La recherche du pli cutané consiste à pincer la peau du ventre de l'enfant, si celui-ci souffre de déshydratation le pli va persister par manque d'élasticité de la peau. Lorsque l'abdomen de l'enfant est ballonné –par exemple lors de malnutrition- la recherche du pli cutané peut être difficile.



Fig. 15 : Signe du pli cutané chez un enfant souffrant d'une déshydratation sévère provoquée par une diarrhée cholérique⁴⁰.

5.3.4 TRAITEMENT :

La prise en charge de la diarrhée, telle qu'elle est pratiquée au CMPP, comprend : l'administration d'un antibiotique à large spectre ou d'un antiviral (puisque l'agent pathogène n'est pas connu) ; l'administration de Tiorfan®⁴¹ et le traitement de la déshydratation (suivant la gravité celui-ci se fait par voie orale ou par perfusion).

Comme nous l'avons vu précédemment, les conséquences principales de la diarrhée sont la déshydratation et la malnutrition. Au CMPP, de nombreux décès sont dus à la déshydratation

³⁸ De fait, l'Institut de la Francophonie pour la Médecine Tropicale admet que la recherche du pathogène n'est pas importante. Par contre il recommande une prise en charge rapide, une évaluation de la gravité et la prise de décision concernant les traitements.

(Ces recommandations proviennent du séminaire sur la diarrhée, datant d'août 2005 s'intitulant : Maladies Diarrhéiques : vue d'ensemble. Il est possible de consulter ce document sur le site Internet : http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/IFMT_MB3_maladies-diarrheiques.pdf).

³⁹ Pour en savoir plus sur l'évaluation du statut nutritionnel de l'enfant, consulter le chapitre concernant la malnutrition.

⁴⁰ Cette image provient du séminaire sur la diarrhée, datant d'août 2005, de l'Institut de la Francophonie pour la Médecine Tropicale s'intitulant : Maladies Diarrhéiques : vue d'ensemble. Il est possible de consulter ce document sur le site Internet : http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/IFMT_MB3_maladies-diarrheiques.pdf

⁴¹ Le Tiorfan® est utilisé dans le traitement de la diarrhée aiguë. Il empêche l'hypersécrétion d'eau dans l'intestin.

du fait de l'état de gravité des enfants admis. De plus il faut noter que, dans ces cas extrêmes, il n'est pas toujours évident d'assurer une perfusion rapidement de par la difficulté rencontrée pour poser une bonne voie veineuse. Dans certains cas urgents, le médecin recourt alors à une perfusion intrapéritonéale. Cette technique d'urgence, moins efficace que la perfusion intraveineuse, permet dans la majorité des cas de sauver la vie de l'enfant.

5.3.5 CROYANCES LIEES A CETTE PATHOLOGIE :

Lors de mon stage, j'ai pu me rendre compte que la diarrhée s'accompagne de nombreuses croyances. Dès lors, sa prise en charge n'en est que plus délicate et nécessite une bonne connaissance de la culture et de la manière de penser de la population burkinabée.

La première croyance est que c'est l'eau bue par l'enfant qui ressort dans les selles, provoquant ainsi la diarrhée. Il est donc relativement courant que les parents arrêtent de donner à boire à l'enfant, ce qui est catastrophique pour la santé de celui-ci. La population n'ayant que très peu de connaissances sur le fonctionnement du corps humain, il est très difficile d'expliquer que c'est l'eau du corps –et non l'eau que l'on donne à boire- qui ressort dans les selles. De plus, les gens ont de la peine à percevoir l'importance de donner à boire à un enfant puisqu'ils ne considèrent pas que l'eau puisse avoir un effet thérapeutique.

Le Dr Zala a trouvé une manière très imagée et facilement compréhensible d'expliquer l'importance de l'eau dans la prise en charge de la diarrhée. Il donne un médicament –le Tiorfan®- aux parents en disant : “un médicament fonctionne comme de l'engrais. Si l'on met de l'engrais sur un champ mais qu'on ne l'arrose pas, l'engrais n'aura servi à rien. Pour le médicament c'est pareil, si l'on ne donne pas beaucoup à boire à l'enfant, le médicament n'aura pas d'effet.”

Dans une population qui compte plus de 80 % de cultivateurs, cette façon de présenter les choses obtient de très bons résultats. Cela souligne encore une fois l'importance d'une bonne connaissance de la culture et des croyances. On a beau posséder toutes sortes de connaissances sur la pathologie, si l'on est incapable de fournir des explications claires pour le patient, son observance thérapeutique sera mauvaise, entravant ainsi nos efforts pour le soigner. Je pense que l'un des avantages principaux du CMPP réside dans le fait que le personnel soit burkinabé, bien que le centre soit financé par le Nord.

Une deuxième croyance joue un rôle dans l'apparition de diarrhée. Elle est liée à ce que les gens appellent le « cotiguè », qui correspond plus ou moins à notre définition de la mycose intestinale.

Les « signes » du cotiguè sont : ventre chaud ; rougeurs de l'anus et fissures anales. Or les mères vérifient si souvent l'état de l'anus de l'enfant -et cela de manière peu délicate- qu'elles finissent par induire des lésions de l'anus. Très souvent, les mères attribuent les pathologies infantiles au cotiguè alors que les cas de mycoses intestinales sont assez rares. C'est en cela que cette croyance est néfaste pour la santé des enfants.

En effet, les mères, pensant qu'il s'agit du cotiguè, font subir à l'enfant de nombreuses purges qui vont induire des diarrhées et des carences nutritionnelles.

Cette pratique est tellement ancrée dans les mentalités qu'une mère ne purgeant pas régulièrement son enfant est considérée comme une mauvaise mère.

A ce propos, une infirmière travaillant au CMPP m'a confié : “Avant de faire mes études d'infirmière, je croyais aussi à ce genre de choses. Je purgeais très souvent mon enfant qui a alors dû être hospitalisé. Il avait le ventre gonflé et son état de santé était préoccupant. A l'hôpital, on m'a expliqué qu'il fallait que j'arrête de le purger, ce que j'ai alors fait. Ma belle-mère, apprenant cela, m'a insultée et m'a ordonnée de continuer.”

Il est évident ici que le poids des traditions est considérable et qu'il n'est pas facile de parvenir à les changer.

6 CONCLUSION :

La diminution de la mortalité infantile au Burkina Faso nécessiterait un changement radical du système de santé publique. Il serait nécessaire de mettre en place : des consultations infantiles « obligatoires » ; un système garantissant l'accès aux soins des plus démunis ; un système de santé décentralisé qui permettrait aux habitants des zones rurales d'avoir un centre de soins proche de leur domicile ; un programme de sensibilisation et d'éducation concernant la santé et la nutrition infantile ; etc.

Le chemin à parcourir semble encore considérable puisque, à l'heure actuelle, aucune mesure concrète n'est prise par le gouvernement. Celui-ci se contente de mettre en place divers projets de santé infantile, à l'échelle locale, dont l'efficacité reste à prouver. Mais absolument rien n'est entrepris à l'échelle nationale.

Dans l'idéal, il serait aussi souhaitable qu'à l'instar du Brésil, de l'Inde et de l'Afrique du Sud le Burkina Faso puisse produire lui-même des médicaments génériques, ce qui permettrait de réduire leur coût.

Dans un tel contexte, le caractère essentiel et vital du Centre Médical Pédiatrique Persis est évident. Bien sûr, ses effets se restreignent à l'échelle locale, mais à ce niveau ils demeurent considérables. Par exemple, le taux de décès enregistré par le CMPP est dix fois inférieur à celui de l'hôpital public de Ouahigouya.

Le CMPP peut donc prétendre participer à la réduction de la mortalité infantile en garantissant un accès aux soins aux plus démunis ; fournissant des soins de qualité ; vendant des médicaments à prix très bas et en contribuant –au travers du Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle- à la prévention de la malnutrition.

De plus, on ne peut que louer la détermination du personnel à soulager la population. En effet, il n'est pas rare de voir un infirmier payer lui-même le traitement d'un malade dans le but de réduire les dépenses du CMPP, celles-ci étant déjà élevées.

Pour une structure hospitalière dépendant des dons du Nord, il n'est pas facile de faire face à toute la misère de la population. Parfois, c'est donc impuissant que le personnel assiste à la mort d'un enfant. Cela se produit dans certains cas de cancers infantiles. La chimiothérapie étant extrêmement coûteuse, celle-ci ne peut pas toujours être prise en charge par le centre. Ce genre de situations est très pénible pour le personnel et s'accompagne d'une grande tristesse. Pourtant, par rapport à ce qui se passe dans le système de santé publique, ce genre de cas est peu fréquent.

Les pathologies infantiles courantes telles que la malnutrition, le paludisme et la diarrhée résultent de causes complexes et variées. La diminution de la prévalence de ces maladies nécessiterait une prévention accrue et l'augmentation du taux d'alphabétisation de la population. A nouveau, ce qui est entrepris par l'Etat burkinabé n'est de loin pas suffisant et est largement critiqué par l'OMS.

C'est pourquoi, au sein du CMPP, l'accent est mis sur l'information de la population et ce à plusieurs niveaux. Tout d'abord, lors des consultations, le Dr Zala sensibilise les parents aux différents aspects de la prise en charge de la santé infantile à domicile.

Ensuite, le Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle -dont le but est la prévention de la malnutrition- ne ménage pas ses efforts pour changer les pratiques nutritionnelles et donne aux mères les moyens de prendre correctement en charge leur enfant malgré le peu de ressources dont elles disposent.

Finalement, lors des soins, les infirmiers ne manquent pas de rappeler aux mères quelques points sur la prise en charge de leur enfant, notamment en ce qui concerne l'hygiène ; l'administration constante de boisson et l'arrêt de pratiques traditionnelles telles que les purges.

A nouveau cette manière de faire n'a d'effets qu'à l'échelle locale mais est tout de même très efficace.

Ce travail m'amène donc à conclure que le Centre Médical Pédiatrique Persis se rapproche grandement de ce que devrait être -dans l'idéal- le système de santé publique dans un pays tel que le Burkina Faso.

7 REMERCIEMENTS :

Tout d'abord, je tiens à remercier le Dr Zala de m'avoir acceptée en tant que stagiaire ; d'avoir pris du temps pour m'expliquer le fonctionnement du centre et de m'avoir témoigné une confiance absolue.

Je tiens également à remercier Mme Zala pour les nombreuses discussions que nous avons eues.

Mes remerciements vont ensuite à tous les membres du personnel du Centre Médical Pédiatrique Persis. Leur accueil, leurs sourires, la confiance qu'ils ont manifestée en participant aux entretiens et leur amitié m'ont profondément touchée. C'est en bonne partie grâce à eux que ce stage a été si agréable et enrichissant.

J'aimerais également témoigner ma reconnaissance à Madina et Alima pour leur accueil à la maison de Patoune et pour les repas délicieux qu'elles ont préparé avec soin durant tout mon séjour.

Mes remerciements vont aussi à Enok, Landry, Laetitia, Oumarou, Soulé, Tadina, Nafissatou et Ousséni qui ont enrichi mon séjour à la maison de Patoune. Leurs rires d'enfants m'accompagneront toujours.

J'aimerais encore remercier Sayouba, Alimata, Ismaël, Judicaël, Parfait, Inoussa, Tinga, Saodata, Tasséré, Lasso, Jean-Paul et Reine qui m'ont permis d'appréhender la culture burkinabée au travers de nos nombreuses discussions. Leur amitié est un cadeau précieux.

J'aimerais aussi remercier Lucie et Emilie pour ces nombreux échanges de points de vue qui ont enrichi mon séjour et pour l'amitié qui s'est construite au fil de notre stage au CMPP.

C'est grâce à toutes ces personnes que mon stage a été si enrichissant et restera une expérience inoubliable. Toutes ces amitiés sont un don merveilleux et sont la preuve qu'un pont entre les cultures est possible.

Alors une fois encore, un grand merci à tous !

8 ANNEXES :

8.1 LES ENTRETIENS :

ENTRETIEN AVEC LE PREMIER INFIRMIER:

1. Pourquoi êtes-vous devenu infirmier ?

“On n'a pas le choix des métiers, mais j'aurais voulu faire la médecine. J'ai eu des difficultés et j'ai dû arrêter mes études en terminale. C'est mon frère qui a payé mes études, car mon père n'avait pas les moyens. Mon frère voulait que je fasse la technique.

Les choses ne se sont pas passées comme je le voulais : j'ai fait mon BAC deux fois mais je ne l'ai pas eu. Puis j'ai chômé pendant deux ans, en faisant du travail de secrétariat pour mon frère. Ensuite je me suis mariée. Mon mari m'a fait venir dans son village où il enseigne, mais je ne pouvais pas continuer mes études là-bas. Après, mon mari a été affecté à Ouahigouya, il

voulait que je fasse l'ENEP⁴². On a dit à mon mari de plutôt m'inscrire à l'ENSP⁴³. Moi j'avais peur de faire l'ENSP parce que c'est difficile et en plus c'est trois ans au lieu de deux ans à l'ENEP. Comme les études c'est 200'000 CFA par année, 200'000 multiplier par deux ou par trois ça fait une différence !

Mais mon mari m'a dit de compter sur Dieu et de m'inscrire à l'ENSP.

Mes études se sont passées sans problème.

Je suis devenue infirmière un peu malgré moi.”

2. Qu'est-ce que vous aimez dans ce métier ?

“Ce qui me plaît c'est de soulager les gens.

Il y a un événement qui m'a beaucoup marqué : pendant une garde, un enfant est arrivé. Il montrait des signes d'anémie sévère. Je ne pouvais pas appeler le docteur à quatre heures du matin. Alors j'ai pris ma moto et je l'ai amené à l'hôpital pour qu'on le transfuse. Après les avoir déposés je suis retourné à ma garde. Quelques jours plus tard, j'ai pris des nouvelles de la femme et l'enfant, on m'a dit que la femme était partie car elle n'avait pas l'argent pour soigner son enfant. J'aurais pu lui donner l'argent, j'avais un billet de mille dans ma poche, mais je n'y ai pas pensé.

Une autre fois : un enfant qui avait un taux d'hématocrite à 18 %. On a attendu que le médecin arrive pour donner son avis. Mais j'avais trop de choses à faire et l'enfant il a traîné. Le docteur a dit qu'il fallait le transfuser et pour ça il fallait que la mère parte à l'hôpital public (au début on avait pas le matériel nécessaire pour transfuser). J'ai prêté ma moto à quelqu'un pour qu'il amène la femme à l'hôpital et qu'elle ne doive pas aller à pied ce qui aurait pris trop de temps. A l'hôpital, on s'est bien occupé de l'enfant. Deux jours après, la femme est venue me remercier. Ça m'a beaucoup touchée. C'est comme si j'avais contribué à sauver la vie de quelqu'un. C'est donc une satisfaction morale !”

3. Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans ce métier ?

“Quand tu es fatigué et que tu es de garde.

Tu es là de 7 heures à 12 heures et puis après tu reviens pour faire la nuit. Après tu t'énerves pour un rien quand on te dérange au milieu de la nuit et que tu es en train de te reposer.

Mais bon, je suis souvent disposée à aider beaucoup. C'est surtout la fatigue qui est difficile. Si y a pas la fatigue ça se passe comme un train sur des rails.

Aussi au niveau des soins même, ce n'est pas toujours facile. Par exemple, le docteur m'avait demandé de prendre la veine d'un enfant déshydraté. J'ai demandé à la mère de tenir l'enfant pendant que je le piquais. Elle ne l'a pas bien tenu et le cathéter s'est enlevé. Après j'ai réessayé partout pour trouver une veine, ça ne marchait pas. J'ai voulu piquer à la jugulaire, mais les parents n'étaient pas d'accord. Le docteur m'a dit d'attendre un autre infirmier. C'est lui qui a trouvé la veine. Ça m'a gêné car les gens ne comprennent pas que trouver la veine c'est une question de chance et pas de connaissance. Le lendemain, j'ai entendu les gens dire que je ne faisais pas bien mon travail mais que l'autre infirmier, lui, travail bien ; ça m'a fait mal.

Moi je ne suis pas gênée que quelqu'un fasse quelque chose mieux que moi. C'est comme ça que fonctionne une équipe. Si le premier ne trouve pas la veine et que le deuxième la trouve

⁴² Ecole Nationale pour l'Enseignement du Primaire

⁴³ Ecole Nationale de Santé Publique

c'est bien car on va sauver la vie de l'enfant, c'est ça qui est important ! Dans une équipe on travail tous ensemble."

4. Pourquoi avez-vous décidé de ne pas travailler dans la fonction publique ?

"Rentrer dans la fonction publique ce n'est pas facile. Il faut passer un test. Mais quand je suis sortie de l'école le test n'a pas eu lieu. Finalement je devais chercher du travail, je ne pouvais pas attendre comme ça pendant trop longtemps. On m'a dit que je devais essayer dans le privé en attendant de faire le test.

En deuxième année de l'ENSP, j'avais demandé une place chez Zala. Il m'avait dit que comme le centre n'était pas encore fini il n'engageait personne. Quand le centre a été terminé, je suis partie voir madame Zala et elle m'a dit qu'elle allait en parler au docteur. J'ai été engagée le 13 octobre, alors que j'étais enceinte, j'ai accouché en décembre. J'ai eu de la chance d'être engagée dans mon état."

5. Quelles sont les différences entre le CHR⁴⁴ et le CMPP ?

"Il y a beaucoup de différence au niveau des soins. Ici, on prend les gens tout de suite en charge. Si un enfant est mourant on ne s'occupe pas du côté financier mais de lui sauver la vie. A l'hôpital si c'est le cas, tu dois quand même partir payer à la caisse, sinon tu n'as rien. Et puis CHR, les infirmiers ont plus de liberté. Si tu n'es pas bien ou si ton enfant est malade tu peux ne pas aller au travail. Ici, il faut te dépêcher pour aller au travail et pas faire manquer des heures.

Et puis il y a les horaires. Ici tu dois être au boulot à 7 heures (pas de retard permis). Je me lève tous les matins à 5 heures. Quand je pars ma fille pleure, ce n'est pas facile quand tu es mère de famille. Je ne peux pas partir et laisser pleurer ma petite fille comme ça.

Souvent, je n'ai même pas le temps de manger avant de partir au travail. Alors je ne mange rien jusqu'à ce que je finisse le travail à 15 heures, je ne bois que de l'eau de 5 heures du matin à 15 heures.

Quand j'étais jeune fille, j'étais à l'heure. Mais quand tu es mère ce n'est pas facile. Au CMPP, le nombre des infirmiers est très restreint alors on a des horaires plus difficiles que dans la fonction publique. Quand j'étais en grossesse, mes pieds étaient enflés mais je marchais tout le temps. J'étais tenue d'être là. J'ai tout fait jusqu'à la veille : j'ai quitté le 15 et j'ai accouché le 20.

On n'a jamais parlé de ça avec Zala, ils ont des problèmes parce que c'est un centre social. Pour recruter d'autres infirmiers ce n'est pas facile à cause des finances."

6. Qu'est-ce que vous appréciez dans le CMPP ?

"Il y a beaucoup de points positifs au CMPP. Surtout au niveau de la prise en charge des patients. Si l'enfant qui arrive n'est pas bien, on ne s'occupe pas du côté financier. Une fois seulement que ce qu'il y avait à faire a été fait on s'occupe du remboursement.

Un autre point : il y a moins de décès chez nous, vraiment !

Au départ les gens ne venaient pas au CMPP car ils ne connaissaient pas. Mais maintenant oui, grâce au bouche à oreille. Et puis on s'occupe bien de nos malades.

Les Blancs, ils disent que l'on n'est pas assez proches des malades, mais on n'a pas le temps de rester dans les chambres. Ici ce n'est pas possible, ce n'est pas comme chez vous.

Moi, je ne suis pas pour les soins gratuits, car si c'est comme ça beaucoup de gens vont essayer de profiter et nous on va devoir fermer. Si on ferme, ça ne va arranger personne."

7. Qu'est-ce qui pourrait être amélioré au CMPP ?

⁴⁴ Centre Hospitalier Régional (hôpital public).

“Le personnel devrait être plus nombreux, au niveau des infirmiers et des médecins. Ça améliorerait la qualité des soins. On s’énervé quand on est fatigué, mais on n’a pas envie de s’énervé avec nos patients. Le docteur, il travaille trop. Sept jours sur sept ce n’est pas possible. Le dimanche on devrait accepter que les urgences, parce sinon les gens s’habituent à ce que le docteur travaille tout le temps. Ce n’est pas bien.

Si on avait quelqu’un pour seconder la femme de ménage ça serait bien aussi. C’est pas facile pour elle, il y a trop de travail. Elle nettoie tous les bâtiments puis elle balaie la cour. En plus, avec la chaleur ce n’est vraiment pas facile. Moi elle me fait pitié. Si elles étaient deux ça serait mieux.

Quand il y a le paludisme trop d’enfants sont hospitalisés et tu dois peser et prendre la température de tous ces enfants. En plus de ça tu dois donner à manger aux enfants du CREN. Ça, ça devrait être le travail des animatrices. Pour nous ça fait vraiment trop, on est au four et au moulin. Au CHR tu ne vas pas gaver les enfants. Il y a quelqu’un qui est spécialement là pour ça, toi, tu ne fais que les soins.”

8. Comment percevez-vous le fait d’être en partie financé par des partenaires du Nord ?

“Quand l’aide vient de l’étranger, il peut t’être refusé du jour au lendemain ce qui provoquerait la fermeture du centre. Mais si les bailleurs peuvent financer de l’an 2000 à l’an 3000, alors il n’y a pas de souci.

A l’hôpital, les gens bossent moins et sont mieux payés. Mais ici, le centre n’arrive pas encore à se prendre en charge. Si on s’occupait du problème des horaires et des salaires, personne n’aurait envie de quitter ce travail.

Certains malnutris restent pendant 2 mois et on demande 5'000 CFA on ne peut donc pas vouloir que le centre soit autonome, ce n’est pas possible. Et puis si on augmente les tarifs les gens ne vont plus venir. Moi je pense que c’est pas possible d’être autonome.”

9. Comment percevez-vous le fait qu’il y ait souvent des stagiaires occidentaux au CMPP ?

“Personnellement, pour moi, il n’y a pas de problème.

Une fois j’ai eu une prise de bec avec une Blanche, elle me posait trop de question et moi j’avais plein de travail. A peine je finissais de répondre à une question qu’elle m’en reposait une autre et comme ça pendant longtemps. On s’est fâché.

Mais sinon j’aime bien le contact avec les gens, qu’ils soient Burkinabés ou Blancs ça ne change rien, alors pour moi ça se passe bien.

Parfois les Blancs disent qu’on ne fait pas bien les choses, par exemple pour l’asepsie, mais nous on fait de notre mieux. On ne peut pas faire comme chez vous.

Et puis quand le docteur fait la visite avec les médecins blancs, il prend trop de temps. Il leur explique pleins de choses, ça traîne et nous on a plein de boulot.”

10. Que pensez-vous de la malnutrition ?

“Ça m’envoie à la pauvreté. Souvent tu veux verser des larmes tellement ça sent la misère. Pour les mères ce n’est pas facile. Souvent le mari ne s’occupe pas d’elles et s’il s’en occupe de toutes façons il ne possède rien. On ne peut pas éradiquer la malnutrition si on n’éradique pas la pauvreté.

Une fois on a eu un enfant de deux ans qui pesait 3 kg, imagine ! La femme avait marché pendant 3 jours pour venir. Pendant sa grossesse, le mari est parti en Côte d’Ivoire et n’a plus

donné de nouvelles... Qu'est-ce que la femme peut faire, elle a rien, aucun moyen. En plus souvent quand tu es pauvre les gens ne sont pas gentils avec toi. C'est surtout au village, en ville ça va mieux, les femmes peuvent avoir quelques activités commerciales. Mais au village qu'est-ce que tu peux faire ?!"

11. Que pensez-vous de la médecine traditionnelle ?

“Quand j'étais petite, j'ai eu des convulsions et ma mère m'a amenée dans un autre village pour aller voir le tradi-pratitien⁴⁵. Le tradi-pratitien est parti prendre un gros couteau peuhl, l'a accroché à une ficelle et me la mis quatre fois autour du cou, puis il a dit que c'était fini. Arrivée à la rivière entre les deux villages, ma mère s'est inquiétée car elle ne m'entendait plus crier et ne me sentait plus bouger. Elle a cru que j'étais morte. Alors elle m'a enlevée de son dos et a vu que je dormais paisiblement. Elle m'a ramenée en bonne santé à la maison. C'est des choses qu'on ne peut pas expliquer. Moi, j'ai fait l'école mais là, quand même, je ne sais pas quoi penser.

Moi, je n'ai pas confiance dans les médicaments des tradi-pratitiens. Une fois mon enfant avait une toux sèche qui ne passait pas. Mon mari est parti chercher du calcinat d'arbre, un médicament d'un tradi-pratitien, contre la toux sèche. En 3 jours, la toux a cessée alors qu'aucun médicament de pharmacie n'avait fait de l'effet. Mais à part ça je n'ai quand même pas confiance.

Mon frère, il avait trop confiance dans ces choses-là. Ces médicaments sont supposés tout soigner. T'as déjà vu ça, toi, un médicament qui soigne toutes les maladies ?!

Souvent les femmes qui arrivent ici sont déjà partis voir le tradi-pratitien. Les femmes elles ont leur petites idées derrière la tête en ce qui concerne chaque maladie. Pour nous après ce n'est pas du tout facile.

Mais parfois, les tradi-pratitiens font des merveilles, mais maintenant comme tout est une question d'argent, il y a beaucoup de charlatans.”

12. Comment se passe la relation avec les accompagnantes des malades ?

“Il y a des accompagnantes qui comprennent les choses et ça te facilite ton travail. Quand c'est comme ça, ça te motive à tout faire pour l'enfant.

Par contre, avec les intellectuelles qui croient mieux savoir que toi (ce qui n'est pas vrai), ce n'est pas facile. Mais il faut pas faire attention à ça, car l'enfant est innocent et à besoin de toi. Les femmes pas éduquées ne sont pas toujours faciles non plus.

De toutes façon ce n'est pas facile, il faut savoir comment réagir avec chaque accompagnante. Celles de la ville, si elles te posent une question et que tu ne peux pas répondre, c'est un problème. Alors t'as meilleur tant de les envoyer chez le docteur plutôt que d'essayer de répondre.

Les femmes des villages sont plus facilement « domptables » si tu leur expliques bien les choses.”

⁴⁵ Guérisseur qui pratique la médecine traditionnelle.

ENTRETIEN AVEC LE DEUXIEME INFIRMIER:

1. Pourquoi êtes-vous devenu infirmier ?

“Pour moi-même. Dans les services de santé les soins ne sont généralement pas corrects, alors j’avais envie de pouvoir soigner ma famille moi-même. J’ai fait le concours et la vocation est venue avec les études. Ça m’a alors donné envie de soigner tout le monde, pas seulement la famille.”

2. Qu’est-ce que vous aimez dans ce métier ?

“Si quelqu’un souffres -est désespéré- et que tu arrives à le soulager, ça procure une grande satisfaction. Souvent la famille ne connaît pas l’avenir du malade. La famille est souvent désespérée et si tu es là pour soigner le malade ça les rassure et les soulage beaucoup.”

3. Qu’est-ce que vous n’aimez pas dans ce métier ?

“Souvent tu es face à un cas mais tu n’as pas les moyens. Souvent un malade sombre et tu ne peux rien faire, ça me déplaît un peu. Non, ça me déplaît beaucoup. Ca me déplaît beaucoup.”

4. Allez-vous travailler dans la fonction publique ou au CMPP ?

“Le docteur Zala m’a demandé de travailler avec lui, je suis près à obéir à ce qu’il dit. Mais il y a beaucoup de papiers administratifs à remplir pour quitter la fonction publique, ça dépend surtout de ça.

J’ai commencé chez Zala en 2005, je faisais les week-ends ou bien je venais en urgence pour prendre une veine. C’était pendant que je reprenais mes études. Je faisais aussi des remplacements.”

5. Quelles sont les différences entre le CHR⁴⁶ et le CMPP ?

“Dans la fonction publique, au niveau du personnel, c’est différent. Tu peux venir à 8 heures et personne ne va rien dire. Donc c’est surtout la ponctualité et la rigueur dans le travail qui sont différentes. Et puis dans la fonction publique l’accueil des patients est moins bien. Dans la clinique de Zala, c’est bien mais ça n’est pas parfait non plus. Les gens peuvent y être soigné sans avoir d’argent et ça c’est très bien ! À l’hôpital, tu dois payer la consultation, les examens et même trois jours d’hospitalisation avant de te faire hospitaliser. Au CMPP, le personnel est beaucoup plus disponible. Tu n’as pas le droit de sortir prendre un café dehors pendant ton service. Donc les patients trouvent toujours un infirmier. Au CHR l’infirmier peut aller regarder la télé chez lui pendant son service.”

6. Qu’est-ce que vous appréciez dans le CMPP ?

“La plupart des patients qui viennent repartent satisfaits. C’est parce ce que l’on offre des soins de bonne qualité à prix social. Le médecin est disponible à tout moment. Même à 1 heure du matin, si tu l’appelles, il vient.”

7. Qu’est-ce qui pourrait être amélioré au CMPP ?

“Il faudrait offrir une formation continue aux infirmiers. Il faut toujours réévaluer les connaissances de chacun. Le docteur a beaucoup de travail alors parfois il prescrit des médicaments sans totalement examiner l’enfant. Comme ça on peut manquer des diagnostics importants. C’est rare que le médecin fasse comme ça, mais ça arrive. Il faudrait aussi une salle de réanimation efficace et bien équipée. Et puis il faudrait la radiologie, pour l’instant on envoie les gens à l’hôpital. Si c’était possible, ça serait bien si l’on avait une division de chirurgie pédiatrique. Mais cela demande beaucoup de moyens et de personnel, donc ça ne va pas être facile. Au CHR il est rare qu’un enfant survive à une intervention chirurgicale, car il faut vraiment des spécialistes. Ça serait bien si on pouvait faire ça au CMPP, directement.”

8. Comment percevez-vous le fait d’être en partie financé par des partenaires du Nord ?

“C’est bien, il y a une bonne collaboration ce qui permet de faire des prix sociaux. Ce genre de partenariat est à encourager. Être autonome c’est bien, mais le problème c’est que les gens se sont habitués à un prix social et si on devient autonome fatalement les prix vont augmenter. Ce que le CMPP gagne actuellement avec des prix si bas ne permet même pas de payer les salaires.”

9. Comment percevez-vous le fait qu’il y ait souvent des stagiaires occidentaux au CMPP ?

“Ça aussi c’est bien, ça nous apprend beaucoup de chose et permet un peu de faire une formation continue. Ça nous apprend des choses car on peut partager nos expériences et c’est enrichissant. Mais ça serait mieux de planifier pour qu’ils n’arrivent pas tous ensemble et décider qu’on en prend tant en juin, tant en juillet et tant en août. Sinon c’est très bien.”

⁴⁶ Centre Hospitalier Régional (hôpital public).

10. Que pensez-vous de la malnutrition ?

“C’est un problème de santé publique qui est très répandu au Burkina, notamment à Ouahigouya. C’est dû à l’ignorance de la population. Souvent les gens ne connaissent pas les différentes sortes d’alimentation.

Et puis il y a les croyances. Les gens croient que ce n’est pas une pathologie qu’on peut guérir, mais ils pensent que c’est un sorcier qui a jeté un mauvais sort à l’enfant. Ça c’est la pensée traditionnelle. En plus ils arrivent souvent au centre de santé un peu tard car d’abord ils essaient la médecine traditionnelle.

Et puis au Burkina la consultation du nouveau-né est négligée. Ici on ne met pas du tout l’accent sur la prévention.

La pauvreté joue aussi un rôle important dans la survenue de la malnutrition mais à mon avis c’est surtout l’ignorance qui est en cause.”

11. Que pensez-vous de la médecine traditionnelle ?

“D’un côté c’est bien et de l’autre ce n’est pas bien.

C’est bien parce qu’il y a des situations où la médecine traditionnelle arrive à de bons résultats. Ce sont des dons particuliers, ce n’est pas tout le monde qui peut faire ça. Mais parfois ils font des miracles. On ne sait pas pourquoi c’est comme ça mais c’est comme ça. Ce n’est pas bien parce que souvent ils retiennent trop longtemps les malades avant que ceux-ci viennent à la fonction sanitaire. Et puis les médicaments c’est un problème, comme c’est des gens qui n’ont pas fait d’études, ils ne connaissent pas bien les dosages. Avec un mauvais dosage c’est souvent nocif. On a eu un cas chez Zala où un petit est arrivé et est décédé en très peu de temps sans qu’on ne puisse rien faire. On pense qu’il avait reçu une trop grande dose de médicament traditionnel et qu’il s’est empoisonné avec ça.

Un autre exemple : au CHR on avait un enfant avec une infection néonatale qui était dans la salle de réanimation. La mère n’avait pas de lait, alors la vieille a amené du citron et l’a donné au nouveau-né en disant que ça allait faire venir le lait de la mère. La vieille ne savait pas que c’était nocif, quelques minutes après l’enfant est décédé. Je ne sais pas si ça lui a perforé l’intestin. En tout cas c’est une mauvaise tradition. La vieille pensait vraiment que ça allait donner du lait.

Pour que la pharmacopée traditionnelle soit efficace, il faudrait l’intégrée dans le système de santé. Ils connaissent des choses, surtout des plantes, que nous on ne connaît pas et qui pourrait améliorer la médecine moderne.”

12. Comment se passe la relation avec les accompagnantes des malades ?

“Pour le moment ça va, chacun vient avec ses caractères. Chez les infirmières il y a encore des insuffisances dans l’accueil qui doivent être relevées. Un patient bien accueilli est à 50 % guéri parce qu’il met sa confiance en toi. Sinon il te cache des choses et ce n’est pas facile de le soigner.

D’abord il faudrait faire les salutations d’usage, après demander ce qui amène le patient et ensuite l’installer correctement. Si on demande : « tu viens pourquoi ? » ça trouble le malade parce que lui il vient là pour se faire soigner et du coup il ne sait pas quoi répondre.

Il y a certaines attitudes qu’il faudrait adopter : la patience, la discrétion, l’empathie, la maîtrise de soi et le respect du secret professionnel. Tout ça c’est des qualités qui améliorent

l'accueil. Même si t'apprend ça à l'école, il faudrait quand même une formation continue sur l'accueil dans chaque service. C'est bien si on insiste sur ces thèmes là."

ENTRETIEN AVEC LE TROISIEME INFIRMIER:

1. Pourquoi êtes-vous devenu infirmier ?

"J'ai fait la série A (littéraire). Dès que j'ai eu mon BAC, mon mari m'a proposé de faire des études dans le domaine de la santé, de l'enseignement ou de m'inscrire à l'université. Mais à l'université, je savais que je ne pouvais pas tenir, et puis je préférais la santé. Mais mon papa, il n'était pas d'accord. Il disait que je ne serais pas capable de faire ces études. Mon mari à payer pour que je puisse suivre les cours de l'ENSP⁴⁷ parallèlement. En tout cas, c'était une chance pour moi de faire ces études d'infirmière."

2. Qu'est-ce que vous aimez dans ce métier ?

"Je trouve que quand tu arrives à aider quelqu'un à obtenir sa santé ou à le soulager c'est très satisfaisant. C'est ça qui me plaît beaucoup. Soulager beaucoup, donner des soins à qui en a besoin."

3. Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans ce métier ?

"Je ne sais pas quoi dire. Au niveau des horaires, c'est normal. On travail beaucoup mais Zala ne peut pas engager quelqu'un d'autre car le centre a ouvert il n'y a pas longtemps. Alors il faut s'y faire, c'est comme ça. Au début, on avait qu'un seul infirmier jusqu'à 15 heures. C'était trop dur. Mais maintenant qu'on a doublé le personnel le matin ça va mieux."

4. Allez-vous rester dans le privé ou rejoindre la fonction publique ?

"Pour le moment, je n'ai pas encore décidé car on n'a même pas encore reçu le test d'intégration dans la fonction publique. Dans le privé, tu ne sais pas quand on va te mettre à la porte. Mais dans le publique c'est plus sûr, ton poste est assuré. Par contre dans la fonction publique ils peuvent m'affecter n'importe où dans le Burkina et m'envoyer je ne sais où, loin de ma famille. Donc pour l'instant je n'ai pas encore décidé."

5. Quelles sont les différences entre le CHR et le CMPP ?

⁴⁷ Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)

“C’est surtout la qualité des soins qui est différente.

Au CMPP, l’avantage c’est que les médicaments qu’on utilise ne sont pas que des génériques. On a des spécialités et ce n’est pas important si les gens ne peuvent pas payer. Il y en a pour tout le monde. On ne laisse pas partir quelqu’un avant qu’il soit guéri.

Au CHR, ce n’est pas comme ça. Les médicaments sont chers. Tu paies 1'500 CFA de consultation et ce n’est même pas le médecin qui fait la consultation, mais un infirmier qui te prescrit n’importe quoi.

Au CMPP, Zala est toujours là et c’est lui qui fait les consultations Il est très disponible et c’est vraiment bien. En plus au CMPP, les patients participent aux frais selon leurs moyens.”

6. Qu’est-ce que vous appréciez dans le CMPP ?

“Que ça soit une aide pour la population, c’est vraiment social. Quelque soit ta classe sociale tu vas recevoir quelque chose. Même si tu arrives au centre pendant la nuit et que le médecin n’est pas là, on va te soulager en attendant le médecin.

Et puis ici, il y a les médicaments sur place pour que tu puisses commencer le traitement tout de suite. Ailleurs, c’est le malade ou un proche qui doit partir en ville pour acheter les produits et le malade doit trop attendre avant d’être soigné.

Ce que j’apprécie aussi beaucoup c’est que ça soit le médecin qui fasse les consultations.”

7. Qu’est-ce qui pourrait être amélioré au CMPP ?

“Il faudrait augmenter le nombre de bâtiments d’hospitalisation. Souvent il y a trois malades par chambres. Tu ne peux pas bouger ni faire les traitements dans des chambres comme ça. Il faudrait qu’on ait quelqu’un qui s’occupe spécialement de la pharmacie, que ça ne soit plus le médecin qui court tout le temps pour donner les produits. Parce que ça retarde les consultations. Nous, les infirmiers, on n’ose même pas aller demander quelque chose parce qu’on sait que ça va l’interrompre et on n’a pas envie.

Et puis il faudrait augmenter le nombre des infirmiers, c’est une évidence, on en a besoin, vraiment.

Il faudrait aussi un autre médecin pour aider le docteur. Un jour, il a consulté du matin jusqu’au soir sans rentrer chez lui. Mais ce n’est pas une machine, c’est pas possible de travailler comme ça. Jusqu’à quand il va tenir?!

Au niveau de l’hygiène et du nettoyage, il faudrait ajouter une autre personne pour faire le ménage dans les chambres pour que ça ne soit pas aux femmes, dont l’enfant est hospitalisé, de faire le ménage. Quand il y a des « grandes dames » qui arrivent, elles disent que ce n’est pas à elles de faire le ménage. Après elles se mettent à l’écart et laissent faire les femmes du village. Ce n’est pas bien et ce n’est pas juste.”

8. Comment percevez-vous le fait d’être en partie financé par des partenaires du Nord ?

“Si c’était pas grâce à ces personnes, est-ce qu’on aurait pu ouvrir le centre ? Même s’ils nous aident, il faudrait maintenant pouvoir devenir autonome. On nous a aidé pour le centre parce qu’on est pauvre. Ils nous aident aussi beaucoup pour les médicaments. Maintenant on doit essayer de se prendre en charge pour le fonctionnement. Pour les médicaments on a besoin d’aide, ça on ne peut pas s’en passer.”

9. Comment percevez-vous le fait qu'il y ait souvent des stagiaires occidentaux au CMPP ?

“Il n’y a pas de mal à ça. Chacun vient pour apprendre quelque chose. Nous on peut pas aller là-bas, alors c’est bien qu’eux ils viennent comme ça on peut échanger nos expériences. Ce que j’aimerais qu’ils comprennent, c’est que chez nous c’est pas la même chose, que ça fonctionne différemment de chez eux. Mais si on fait comme on fait et que ça marche, il faut pas qu’ils nous critiquent trop. Surtout au niveau de l’hygiène, si c’est pour nous donner des conseils, c’est bien. Mais si c’est pour nous critiquer, alors là c’est frustrant. Parce que c’est comme si on n’avait pas de volonté. Comme si on ne faisait pas de notre mieux. Mais c’est différent chez nous, on ne peut pas faire comme chez vous !!”

10. Que pensez-vous de la malnutrition ?

“Déjà on voit la pauvreté, mais pourtant on voit des enfants de fonctionnaires malnutri. Qu’est ce que tu peux dire de ça ? Dans ces cas là, ce n’est pas la pauvreté qui est la cause, mais c’est quoi alors ?

Mais pour les autres c’est parce qu’ils ne mangent pas ou que la bouillie n’est pas bien préparée. D’ailleurs les peuhls disent qu’une femme qui mange, elle fait du lait et l’enfant tête. Mais si tu donnes à manger à l’enfant et qu’après il tête, il aura mangé 2 fois.”

11. Que pensez-vous de la médecine traditionnelle ?

“On vit dedans. Je ne peux pas la condamner. Pour beaucoup de maladies on recommande d’aller voir un tradi-pratitien. C’est souvent au niveau des vieilles personnes que ça ne va pas. Elles connaissent des remèdes mais elles ne t’indiquent pas la posologie. Si tu as de la chance et que Dieu t’aide, tu vas administrer correctement le remède et ton enfant va s’en sortir. Pendant ma garde, une femme a apporté son enfant. Elle lui donnait une tisane mais je n’ai pas vu de suite car elle faisait ça quand j’étais vers les autres malades. L’enfant est mort en 30 minutes, il vomissait par le nez, par la bouche. Il s’est intoxiqué. Donc même si ces médicaments sont efficaces, c’est toujours prendre un grand risque que de les utiliser. Même moi, dans mon jardin, j’ai des plantes que je mange si j’ai la diarrhée. Ça marche bien mais il faut savoir les utiliser.

Le problème c’est la transmission du savoir. Les vieilles, elles apprennent à leur fille que telle plante soigne ceci ou cela et comment tu dois la préparer. Par contre elles ne donnent pas d’indication sur les concentrations. Mais les tradi-pratitiens eux, ils connaissent les concentrations et les posologies.”

12. Comment se passe la relation avec les accompagnantes des malades ?

“Souvent ça va amis des fois ce n’est pas évident. Si tu as affaire à des gens qui ne comprennent rien et que tu essaies de leur expliquer mais qu’elles ne veulent pas se défaire de leurs idées, c’est parce qu’on leur a trop « laver la cervelle » depuis qu’elles sont toute petites. Pour elles ce n’est pas facile non plus.

Avant de faire mes études, je croyais aussi à ces choses là. Je faisais les purges et tout le reste. Si tu voyais mon enfant comme il était devenu, il avait le ventre tout gonflé. Je l’ai amené à la pédiatrie chez Zala. J’ai pleuré. Mais ma belle-mère m’a insultée et m’a dit qu’il fallait que je continue de le purger. Imagines, si tu as quelqu’un comme ça devant toi, tu ne vas pas pouvoir le faire changer d’avis. Mais si tu as quelqu’un qui veut t’écouter, elle va te dire que c’est parce qu’elle ne savait pas et que maintenant elle ne va plus faire comme ça.”

ENTRETIEN AVEC L'INFIRMIERE DU CREN⁴⁸ :

1. Pourquoi êtes-vous devenue infirmière ?

“Je suis devenue infirmière parce que j’aimais ce métier. C’était mon ambition depuis mon enfance, donc je n’ai fait que réaliser mes rêves.

Bon, je voulais d’abord être docteur mais comme ça n’a pas marché j’ai préféré devenir infirmière, comme ça reste dans le corps médical il n’y a pas de problème.”

2. Qu’est-ce qui vous aimez dans ce métier ?

“C’est le fait de pouvoir secourir les gens et de pouvoir répondre aux besoins des uns et des autres.”

3. Qu’est-ce qui ne vous n’aimez pas dans ce métier ?

“C’est souvent un métier ingrat. Souvent on ne te dit pas merci. Les gens ne se rendent même pas compte que tu fais des efforts. Ils ne sont pas reconnaissants.”

4. En quoi consiste votre travail au CREN ?

“C’est d’abord de suivre les phases de la malnutrition. D’assister le reste de la récupération des enfants. De terminer ce qui a été commencé en pédiatrie.

Le CREN c’est un centre de récupération et d’éducation nutritionnelle donc les différentes activités sont : la récupération des enfants malnutris et l’éducation des mamans.”

5. Quels sont les différents types de bouillie enrichie ?

“Elles sont faites à base d’ingrédients locaux pour que les femmes des villages puissent continuer de les préparer une fois rentrées chez elles.

Il y a plusieurs sortes de bouillies. Le matin on fait la bouillie au lait avec de la farine de maïs, de sorgho, de petit mil ou de riz.

Le soir, la bouillie est préparée par les mères. Ça peut être de la farine de maïs avec de la pâte d’arachide ou du sésame. Ça peut être du poisson sec ou du soumbala⁴⁹. On met le soumbala pour enrichir la bouillie mais il y a beaucoup de gens qui n’aime pas. Il y a même des enfants qui refusent de manger cette bouillie.”

6. Quels sont les trois groupes d’aliments ?

“On classe les aliments en trois groupes pour amener les femmes à comprendre que tu peux avoir les bons aliments mais que ce qui est surtout important c’est de savoir les combiner.

⁴⁸ Centre de Récupération et d’Education Nutritionnelle (CREN).

⁴⁹ Graines séchées de néré qui sont très riches en protéines.

Quand elles cuisinent il faut qu'il y ait des aliments des trois groupes. Par exemple, si tu fais la bouillie au soubala tu vas ajouter la farine, l'huile et le sucre. Comme ça il y a tous ce qu'il faut."

7. Qu'est-ce que la spiruline ?

"C'est une plante riche en vitamine. Je ne connais pas grand-chose sur la spiruline mais on l'utilise pour préparer les bouillies. Pour connaître l'action réelle de la spiruline il faudrait faire une étude mais ça n'a pas été fait. Mais je sais que sans la spiruline les enfants récupèrent aussi. Maintenant, ce que ça change avec la spiruline, ça je ne le sais pas."

8. Parlez-moi des différents thèmes abordés lors des causeries ?

"Pour choisir les thèmes qu'on aborde, on a essayé de voir les problèmes que l'on rencontre couramment. Généralement, on parle de la santé de l'enfant : on fait des causeries générales sur la prise en charge de la diarrhée ; la pesée et la vaccination et la prise en charge des maladies infantiles. On aborde aussi le SIDA et l'excision. Pour le SIDA, on explique ce que c'est et qu'elles sont les voies de transmission. Pour l'excision, on leur montre les inconvénients et on leur explique qu'il n'y a aucun avantage. L'excision maintenant ça va. Avec la prévention les gens ont commencés à comprendre et ça tend à disparaître. Souvent les femmes réagissent de telle sorte qu'on remarque qu'elles ne comprennent rien à la matière. Alors on leur pose des questions et on explique de nouveau. Ce qui est le plus important c'est qu'elles soient capables de prendre correctement en charge l'enfant quand elles rentrent, pour que la malnutrition puisse être évitée, qu'il n'y ait pas de rechute."

9. Que pensez-vous de la malnutrition ?

"C'est une maladie très fréquente ici chez nous, au Burkina. C'est beaucoup dû à l'ignorance et à la pauvreté. Mais la pauvreté est devant. Quand tu as de l'argent, on n'a pas besoin de t'apprendre quoi que ce soit, tu peux combiner pour te débrouiller. Mais quand tu es pauvre, tu manges pour manger et les repas ne sont pas variés. En tout les cas, c'est vraiment une maladie à ne pas négliger."

10. Que pensez-vous de la condition de la femme au Burkina ?

"Elle est médiocre. Elle n'est pas favorable. La femme africaine, c'est elle qui a tout à faire. Elle cultive, elle va chercher à manger, elle s'occupe de l'enfant malade et pendant ce temps l'homme est en promenade. La preuve c'est que quand les femmes font deux ou trois mois ici avec leur enfant, on ne voit jamais le mari. Ça m'étonnerait qu'il y ait un changement de sitôt car tous ça c'est lié à la pauvreté (parce que ceux qui ont un peu les moyens ne sont pas concernés, c'est surtout les pauvres villageoises qui sont touchées), alors on va faire comment ?! Peut-être qu'il y a aussi un manque de volonté de certains hommes, mais le plus souvent c'est le manque d'argent."

En Afrique, il y a des tâches déterminées à la femme mais il n'y en a pas qui sont déterminées à l'homme. Souvent on dit que telle chose c'est le rôle de l'homme, mais quand tu regardes bien, tu te rends compte que c'est quand même la femme qui fait.

C'est la femme qui s'occupe de la famille. Les hommes pour faire les enfants, ça ils sont forts ! Mais pour l'éducation, l'habillement, l'école et la santé, là, ils ne s'en occupent pas. L'homme ne fait que remplir sa cour d'enfants, c'est tout."

11. Quelle est la proportion de femmes éduquées/non éduquées qui passent par le CREN ?

"On ne voit jamais des femmes institutrices ou infirmières au CREN. À moins qu'il n'y ait un autre problème qui provoque la malnutrition. Un problème que l'on aurait pas détecté. La majorité est composée de femmes non éduquées. Mais certaines sont quand même un peu aller à l'école. Celles-là comprennent plus vite et mieux que celles qui n'ont pas eut la chance d'aller à l'école."

12. Qu'est-ce que le « cotiguè » ?

"Ce que les femmes appellent « cotiguè » ça n'existe pas. Elles pensent que c'est très fréquent mais ce n'est pas la réalité. Le « cotiguè » c'est ce que, nous, nous appelons la mycose digestive.

Les femmes font des purges dès qu'un enfant a la diarrhée, ce qui augmente alors le transit et la diarrhée. Elles regardent toujours l'anus et à force ça devient rouge et ça se fissure ; alors elles disent que c'est à cause du « cotiguè ».

C'est un peu comme pour la fièvre, ici toute fièvre est supposée être causée par le paludisme. Je ne sais pas si c'est à cause des coutumes ou si c'est par habitude."

13. Est-ce qu'il y a beaucoup de rechute ?

"Non, c'est rare. C'est réconfortant qu'il y en ait si peu, au moins on se dit que l'on ne parle pas dans le vide."

14. En moyenne, combien de temps les femmes passent-elles au CREN ?

"Une à deux semaines. Quand ça dure plus longtemps c'est qu'il y a un problème associé à la malnutrition. Des fois on ne découvre pas tout de suite le problème de l'enfant, on pense alors qu'il est guéri et on le transfère au CREN. Après quelque temps, il fait une rechute et on doit le ramener en pédiatrie. Ce qui fait que la durée du séjour augmente."

15. Quels sont les points forts du CMPP ?

"C'est que si un enfant vient, l'enfant est pris en charge tout de suite, avant qu'on ne s'occupe du côté financier. Ici, c'est les soins d'abord.

Les autres points forts sont les résultats, l'accueil et le suivi de l'enfant. Ce n'est vraiment pas comme ailleurs."

16. Quels sont les points faibles du CMPP ?

"C'est que les gens travaillent beaucoup, on ne se repose pas. Le repos est rare.

À la longue, je ne sais pas si le personnel va tenir et j'ai peur que ça se répercute sur la prise en charge des malades et que ça ne soit plus comme au tout début."

ENTRETIEN AVEC UN INFIRMIER TRAVAILLANT DANS UN ETABLISSEMENT AUTRE QUE LE CMPP :

1. Pourquoi êtes-vous devenu infirmier ?

“Par vocation. Le manque de personnel de santé et la santé précaire de la population : c’est ce qui m’a motivé.
Le port de la blouse blanche m’a aussi motivé [rires]. Quand j’étais à l’hôpital et que je voyais quelqu’un en blouse blanche ça me faisait envie.”

2. Qu’est-ce qui vous plaît dans ce métier ?

“Sauver des vies, c’est surtout ça qui me plaît. Quand quelqu’un t’amène son malade pour que tu le soignes et que tu y arrives c’est vraiment bien. Même si tu ne reçois pas de salaire pour ce que tu fais tu es vraiment content !”

3. Qu’est-ce qui ne vous plaît pas dans ce métier ?

“Le comportement de certains accompagnants qui n’arrivent pas à comprendre à cause de l’ignorance. Ça les amène à crier sur les prestataires de soins. Ce n’est pas agréable.
Au niveau de nos hôpitaux, on n’a même pas le strict minimum de matériel pour donner des soins de bonnes qualités.
Et puis il y a le côté financier, c’est comme on nous l’avait dit à l’école : « si tu veux avoir de l’argent il ne faut pas faire agent de santé. Parce que il n’y a pas d’argent dans ce domaine. C’est du social et tu fais ça par vocation ».
Ce qui me gêne aussi, c’est l’ambiance entre collègues. Il n’y a pas de compréhension, pas d’entente, l’équipe n’est pas soudée.
Et puis au niveau de la continuité des soins : les gens qui descendent de garde ne notent pas les choses correctement dans le cahier de consignes ou alors ils ne notent rien du tout. Toi, quand tu arrives, tu ne sais même pas quel médicament administrer aux patients. Tu ne sais pas ce qu’il s’est passé pendant la nuit. C’est vraiment dommage qu’il y ait autant de problème de passage de l’information.”

4. Après vos études, quel a été votre parcours professionnel ?

“D’abord j’ai fait un stage de perfectionnement pendant trois mois, dans la division de médecine générale au CHR⁵⁰.
Ensuite, comme le centre Hamadia⁵¹ voulait un infirmier, ils ont contacté le CHR qui m’a recommandé. Je suis donc parti là-bas en tant qu’infirmier titulaire. J’ai fait quatre mois là-bas mais ils n’avaient pas les moyens de nous payer et de faire fonctionner le centre, alors ils ont fermé.
Le cabinet de soins Elso Santé⁵² m’a alors engagé. D’abord, le directeur a voulu me faire faire trois mois de stage non payé pour évaluer mes capacités. Finalement, le stage n’a duré qu’un mois au vu de mes compétences. J’ai travaillé là pendant six mois, mais j’étais trop chargé. Il y avait deux sortes d’horaire, une semaine tu faisais un type et la semaine suivante tu changeais et ainsi de suite. Le premier horaire c’était de 7 heures à 14 heures et le deuxième

⁵⁰ Centre Hospitalier Régional (hôpital public).

⁵¹ Centre de soins privé, à but lucratif.

⁵² Centre de soins privé, à but lucratif.

horaire c'était de 14 heures à 18 heures puis de 21 heures à 7 heures du matin. Vraiment ces horaires, ce n'était pas facile.

Et puis il y a Mariam qui a dit qu'elle était en discussion avec des partenaires pour financer un projet de santé mobile. Le projet consiste à donner des soins de première nécessité dans les différents villages impliqués. Mariam m'a donc demandé de participer à ce projet. J'ai dit oui. D'abord on a fait une étude du milieu sur l'état de santé de la population puis on a rédigé le projet qui a été envoyé. Le projet a été accepté par les partenaires et va être financé. Ça devrait débiter au mois de septembre. Pour l'instant, au niveau de cette association, je coordonne les interventions sur le VIH/SIDA.

Mais pour moi le parcours continue toujours, le gouvernement a décidé de nous appeler au mois d'août pour faire le test de recrutement de la fonction publique. Si je réussis ce test, je vais partir dans la fonction publique, car là au moins tu as une garantie de salaire et si tu as une famille plus tard, ce genre de chose c'est vraiment important."

5. Qu'est-ce que vous pensez de la médecine publique burkinabé ?

"C'est catastrophique! Il faut que l'Etat mette encore beaucoup d'efforts et qu'il mette les moyens nécessaires à disposition.

Franchement dit, la médecine publique n'est pas une médecine de qualité. Tu n'es pas satisfait quand tu parts te soigner là-bas, même l'accueil n'est pas bon.

Certains infirmiers ou médecins désertent le public pour travailler dans le privé. Quand toi tu arrives à l'hôpital public, on te dit qu'ils ne sont pas là et que tu dois prendre rendez-vous dans le privé, là où ils travaillent, pour pouvoir les voir. Ils font ça parce que dans le privé tu gagnes plus d'argent.

Et puis dans le public, l'attente est longue. L'accès aux soins est très difficile, ça traîne tout le temps. Même au niveau des examens complémentaires t'as pas tout de suite les résultats, tu dois attendre longtemps. Ce n'est pas la même chose dans le privé."

6. Qu'est-ce que tu penses de la médecine privée burkinabé ?

"En tout cas, sa place est justifiée. Le problème c'est que ça n'est pas accessible à la population, mais seulement aux personnes riches. Et puis les centres privés sont plus concentrés dans les grandes villes. En province, ils sont très rares.

La médecine est de meilleure qualité, ils ont de meilleurs médecins que dans le secteur public. Le problème c'est que souvent, dans le privé, ils gardent le patient le plus longtemps possible pour lui soutirer un maximum d'argent. Parfois, même s'ils savent qu'il faut référer un patient à l'hôpital, ils attendent 2 à 3 jours avant de le faire. C'est vraiment comme ça dans la majorité des centres privés."

7. Entre médecine publique ou privée, où est-ce que tu situes le centre du Dr Zala ?

"La différence est nette. Chez Zala, comme il reçoit des aides de l'étranger, c'est mieux que dans le public. Et c'est moins cher que dans le privé, ... et qu'à l'hôpital public aussi ! En plus chez Zala t'as des soins de très bonne qualité.

Chez Zala, que tu sois pauvre ou riche, il ne fait même pas de distinction. Il t'accueille correctement et fait des soins à moindre coût."

8. Qu'est ce que vous pensez du fait d'être financé par des partenaires du Nord ?

"C'est une bonne initiative de l'Europe et je pense que même l'Etat encourage ça, surtout quand c'est dans le domaine sanitaire. Lorsqu'on a fait notre étude de milieu, avant de lancer

le projet de santé mobile, on a interrogé un des responsables du CHR pour savoir ce qu'il pensait de tout ça. Il nous a dit qu'il pensait que c'était une bonne chose car ça allait décharger le CHR, qui pour l'instant est surchargé de malades. Pour le moment, le CHR n'arrive pas à répondre au besoin de la population."

9. Comment définiriez-vous le rapport entre l'adulte et l'enfant, ici au Burkina ?

"Ici, je peux dire que l'enfant est un bien précieux de tout le monde. C'est une richesse pour la famille. Avoir beaucoup d'enfants est une richesse car les enfants aident les parents aux champs et dans les travaux ménagers.

Le décès d'un enfant est un coup dur pour la famille. Même un couple qui n'arrive pas à avoir d'enfant est mal vu par la société.

Mais ici, on a plus l'habitude de perdre un enfant que chez vous. Ici la mortalité infantile entre 0 et 5 ans est très élevée. Mais on s'en remet à Dieu et à la fatalité ou alors on pense que c'est à cause d'un mauvais sort ; d'un sorcier ou d'une sorcière. L'adulte, lui, quand il meurt, si il/elle est père/mère de famille, c'est très dur. Les enfants deviennent alors une charge pour la société."

10. Qu'est-ce que vous pensez de la malnutrition ?

"C'est un phénomène qui sévit d'année en année dans notre région. Comme on vit dans une région semi désertique avec une pluviométrie basse, on n'arrive pas à se nourrir correctement. Surtout dans un pays où la population est pauvre, très pauvre, c'est incontournable.

Il y a aussi l'analphabétisme et l'ignorance. Dans un pays où il y a 90% d'analphabètes, les gens n'arrivent pas à faire la différence entre les différents types d'aliments qu'il faut donner à un enfant. C'est surtout à cause de ça que les mères n'arrivent pas à donner la bonne alimentation : des aliments protecteurs, des aliments énergétiques et des aliments constructeurs."

11. Qu'est-ce que vous pensez de la médecine traditionnelle ?

"Avant c'était bien mais de nos jours elle ne fait plus son travail car tout le monde est tradi-thérapeute. Le gros problème c'est qu'ils administrent des produits non dosés. Ils pratiquent ça uniquement pour s'enrichir et leurs produits ne sont pas fiables.

On reçoit souvent des patients qui ont pris des produits, ce qui a aggravé leur maladie ou les a intoxiqué. Quand c'est une intoxication on leur fait alors un lavage gastrique.

Certains tradi-thérapeutes ont des produits efficaces mais ils sont rares.

Actuellement, les médecines traditionnelle et moderne travaillent ensemble. Certains produits traditionnels sont testés en laboratoire et puis vendus en pharmacie. Par exemple, il y a la « Dribala » (une racine qui lutte contre le paludisme) et le sirop « Nguer » contre la toux (qui provient de la plante « Nguera senegalensis »)."

ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR ZALA :

1. Pourquoi avez-vous décidé d'étudier la médecine ?

“Parce que c’est un beau métier qui nous permet d’être utile pour les autres. Mais la vraie raison, c’est que j’étais souvent malade quand j’étais petit et que j’étais bien content d’être soigné.”

2. Comment se fait-il que vous ayez étudié en France ? Et qu’est-ce que ça a changé pour vous ?

“Après mon BAC, j’ai obtenu une bourse pour partir étudier à l’étranger. Je devais choisir 3 villes par ordre de préférence. Mon premier choix était Abidjan, puis Toulouse (car mon proviseur m’avait conseillé cette ville) et finalement Dakar. En fin de compte on m’a envoyé à Reims (F).

Aller voir à l’extérieur ça élargit le champ de vision de la vie. Et puis les conditions de la médecine sont meilleures là-bas. En plus de cela, comme j’avais un BAC qui était valable en France, c’était bon de pouvoir se mesurer aux étudiants français.”

3. Pourquoi êtes-vous retourné au Burkina Faso pour travailler ?

“C’était à cause d’une dette morale : quand on a bénéficié d’une bourse d’études on doit alors travailler pendant 10 ans dans le pays ou alors on rembourse. Je suis donc revenu pour respecter mon engagement. Et puis, je pense que je suis plus utile ici que là-bas. Je n’avais pas d’autre raison, autre que financière, de rester là-bas. Mais c’est une raison qui ne me suffit pas.”

4. Quelles sont les causes les plus importantes de mortalité infantile ?

“Dans l’ordre d’importance il y a : le paludisme, la diarrhée, les infections pulmonaires et puis les carences nutritionnelles.”

5. Pourquoi y a-t-il tant de malnutrition ?

“Parce que 63 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, donc avec moins de 6000 francs CFA⁵³ par mois. Si vous avez que 6000 CFA par mois, avec une femme, des enfants...

Et puis il y a beaucoup d’analphabétisme, surtout chez les femmes. Les statistiques internationales estiment à 17 % le taux d’alphabétisation au Burkina Faso. Le gouvernement prétend que ce taux est de 40 %, il grossit les chiffres pour dire qu’il fait quelque chose. Finalement, comme la malnutrition est un phénomène courant, les mères pensent que c’est une question de malchance et donc ne se culpabilisent pas.”

6. Est-ce que le rapport à l’enfant est différent en Europe et au Burkina Faso ? Si oui, est-ce que cela influence la santé des enfants ?

“Oui, c’est différent, dans les couches pauvres par rapport aux couches instruites. A cause du passé ancien, tant qu’un enfant n’a pas un certain âge, on ne le compte pas vraiment comme faisant partie de nous. On sait qu’il peut mourir d’un jour à l’autre sans qu’on puisse rien n’y faire. Donc, on s’investit moins pour un enfant que pour un adulte.

⁵³ Ce qui correspond à quinze francs suisses.

Pour preuve : un enfant malade couche dans un hôpital, la maman demande à le sortir pour aller à des funérailles ou assister un adulte malade, son père, sa mère. C'est pas parce qu'on aime pas l'enfant, c'est parce que dans la vie c'est comme ça. Ca c'est moi qui le dit : « un adulte nous a rendu un service, un enfant aucun... ».”

7. Qu'est-ce qui a motivé votre volonté de créer le CMPP ?

“C'est pour faire mieux qu'à l'hôpital public. Pour faire une médecine plus humaine, moins chères et plus accessibles aux couches les plus défavorisées. Par ce que moi-même j'ai bénéficié de ce genre de médecine quand j'étais petit. Voilà..., parce que la population étant très pauvre ici, si on ne crée pas des conditions qui leur donnent accès aux soins, en tant que médecin on est presque inutile.”

8. Qu'est-ce qui a changé dans votre travail ici, par rapport au CHR⁵⁴ ?

“Ici c'est quand même plus agréable, il y a moins d'administration. Il y a moins de protocole, surtout pour le malade. Les soins sans prépaiement sont possibles ici, ce qui améliore la qualité des soins, l'accès aux soins et la rapidité des soins. Un malade qui arrive ici n'a pas besoin de courir pour acheter ceci ou cela, il est aussitôt pris en charge et pour le paiement on voit après si il peut payer ou pas. Ce qui répond fort bien à la politique nationale en matière de santé. Ils ont essayé de mettre ça en place au CHR mais ça n'a pas marché. Le personnel a refusé de gérer les médicaments donnés sur place dans les différents services. Quand nous on a essayé de le faire, ça nous a causé des problèmes à l'hôpital.”

9. Comment le CMPP est-il financé ?

Il y a les associations fixes et régulière :

- Actions.Afrique de Paris
- TAA de Paris
- Persis Essonne

Et puis il y a les aides ponctuelles :

- de Martigny :- Mme Bossy
 - Emile Schürmann
 - Dr Jacques Petite
- de Suisse : - Mme Musy
 - Jean-Pierre Leupin
 - Hymne aux enfants zone Suisse
 - Christine Krähenbühl
- JERMI Rhône-Alpes et Dijon
- ADA
- Coup de pouce Burkina
- Nouvelle Planète
- Bibir (Espagne)
- Rotary de Hyères
- Aviation sans Frontière (transport de lait)
- Terre des Hommes, Lausanne
- Association Hélène Le Chatel
- OSEN
- Association Keradouré, Belmont

⁵⁴ Centre Hospitalier régional (hôpital public).

- Ghyslaine d'Albignac
- Enfants du Monde, Côte d'Azur
- Le sourire sucre les larmes, Jocelyne Lebrun

Et finalement les amis individuels : - Les Morel

10. Quels sont les avantages et les inconvénients d'être financé par des partenaires du Nord ?

“L'avantage principal, c'est que ça revient moins cher à la population car c'est quelqu'un d'autre qui paie pour eux. C'est pourquoi j'aime dire aux bailleurs de fond que leur aide va directement à la population, c'est elle qui en bénéficie directement.

Il n'y a pas plein d'intermédiaires qui augmentent les coûts.

Le désavantage principal, c'est qu'on est dépendant et que si un jour ils arrêtent de nous financer on est bien embêté.”

11. Quels sont les avantages d'avoir construit un CREN dans l'enceinte du CMPP ?

“Ça fait une prise en charge intégrée du malade. Il n'a pas à courir à gauche à droite et ça fait moins d'administration. C'est quand même plus agréable pour nous tous.

Et puis la malnutrition c'est quand même un grand pourcentage des consultations, ne pas les prendre en charge serait quand même laisser pour compte un grand nombre d'enfants.”

12. Le CREN est-il indépendant du CMPP ?

“Non, le CREN est dépendant du CMPP.”

13. Quelle est la capacité d'accueil du CMPP ?

“Elle est de 28 lits, plus 20 lits au CREN. Actuellement nous sommes à 40 patients.

Une fois, on a atteint 106 patients (CREN compris).

A cause du nombre élevé d'enfants malnutris qui restent plus longtemps dans les chambres, ça tourne moins vite. Alors que les enfants atteints de paludisme sortent en trois jours.”

14. Cela vous arrive-t-il de devoir transférer des patients au CHR, faute de place ?

“De toute façon, ils ne veulent aller au CHR. Au début, on a transféré des gens, pas par faute de place mais parce qu'ici on ne pouvait pas transfuser. Donc, la transfusion sanguine était la seule indication de transfert.”

15. Comment fonctionne la pharmacie ?

“C'est une pharmacie artisanale. C'est le médecin qui est responsable de la pharmacie. Les médicaments sont achetés en grande partie à la CAMEG⁵⁵, pour les soins des hospitalisés et pour les soins des patients en consultation.

Quand on donne un médicament, on demande une participation de 400 francs CFA⁵⁶ par échantillon et s'ils ne peuvent pas payer, on le donne.

⁵⁵ Dépôt de médicaments générique.

⁵⁶ Ce qui correspond à un franc suisse.

Il est prévu d'ouvrir un dépôt pharmaceutique, ce qui rapporterait un peu plus de bénéfices et ce qui déchargerait le médecin. Mais c'est encore des papiers à remplir, c'est pour cela que ça traîne un peu."

16. Dans quel but avez-vous aménagé cette pharmacie ?

"Encore pour faciliter l'accès aux soins. Sans le médicament, il n'y a pas de médecine. Un hôpital sans pharmacie est un hôpital un peu bancal."

17. Comment définiriez-vous la population ayant recours aux services du CMPP ?

"C'est tout le monde, y compris les adultes. Maintenant, un peu moins car on doit refuser les adultes. On doit informer la population pour leur dire que c'est que pour les enfants, maintenant ils commencent à comprendre.

En général, dès qu'un enfant est malade on dit « va au CMPP », en tout cas c'est ce que les gens disent."

18. Comment se passe la collaboration avec le CHR ?

"Elle est mitigée. Avec les agents de santé du CHR il n'y a aucun problème, elle est bonne. C'est essentiellement avec la directrice qu'il y a des problèmes et cela influence indirectement sur les deux établissements.

J'espère qu'elle pourra s'arranger un peu."

19. Qu'avez-vous mis en place pour lutter contre la mortalité infantile ?

"Ça, ça ne relève pas de nous. Mais si ça relevait de nous, j'allais mettre en place des consultations infantiles « obligatoires » pour que chaque enfant soit suivi dès la naissance, avec un système de prise en charge en cas de maladie. Et puis des campagnes de vaccination. Nous ici on lutte indirectement en rendant accessible des soins de bonne qualité (ils font pas mieux à Ouaga qu'ici). Pour preuve, il y a dix fois moins de décès ici que quand j'étais au CHR."

20. Qu'est-ce qui est entrepris par le gouvernement burkinabé pour lutter contre la mortalité infantile ?

"Oh, il y a beaucoup de projets, de programmes. La première dame vient d'inaugurer un projet contre la mortalité maternelle et infantile."

21. Quelles sont les activités principales du CMPP ?

"Les soins : la consultation des patient est une grosse activité, l'hospitalisation, le labo et puis la mise à disposition (à prix symbolique) des médicaments pour la population.

Pendant la consultation, on éduque les gens. Et puis il y a le CREN où on éduque les gens pour les soins de l'enfant et la nutrition."

22. Comment fonctionne la cuisine pour nourrir les accompagnants ?

"Chaque soir on prépare un repas copieux pour la mère/nourrice de l'enfant. Ce qui nous revient moins cher qu'à l'achat dans un restaurant et ceci même en comptant le salaire de la

cuisinière. On aurait aimé faire deux repas par jour, on est en train d’y réfléchir. Le problème c’est que si on commence il faut pouvoir continuer.”

ENTRETIEN AVEC MME ZALA :

1. Quel est votre rôle dans le CMPP ?

“Au début du CMPP, il y avait un minimum de personnel et donc c’est une stagiaire américaine qui nous a proposé de s’occuper de la caisse. Quand elle est partie c’est moi qui me suis occupée de reprendre la caisse. Je m’occupais du recouvrement et de l’accueil des patients. En mars de cette année, Saga est venu et s’occupe de la caisse, mais maintenant je l’appuie encore un peu.

Comme il n’y a pas de comptable je m’occupe de ça. À la fin de chaque journée, je vérifie les carnets où sont inscrits les reçus des patients. J’inscris donc les entrées et les recettes et vérifie si il y a le bon nombre d’argent dans la caisse, puis j’inscris tout ça dans le cahier

recettes/dépenses et je saisi tout sur Excel. Ça me permet de pouvoir faire un compte rendu à nos partenaires.

En même temps j'assure le secrétariat.

Au niveau du stock de médicaments, je m'occupe de faire les achats ici et à Ouagadougou. Si il manque du sang je pars aussi en chercher à Ouagadougou à la banque de sang. Je fais aussi le suivi des dossiers et les démarches administratives.

J'assure l'approvisionnement des vivres pour les repas et je vérifie la quantité et la qualité des repas avec la cuisinière, tous les soirs. Je suis en train de voir si on peut assurer un repas de midi. Il y a des mères qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins et à ceux de leur enfant, en plus certaines ne reçoivent pas de visite donc la famille ne leur apporte pas à manger. Ce qui fait que certaines mères ne mangent que le repas du soir qu'on leur offre et qu'elle doivent attendre jusqu'au lendemain soir pour manger à nouveau.

Je suis aussi présidente de l'association Persis Essonne, donc je devrais prendre du temps aussi pour entretenir la relation avec les bailleurs de fond et faire des rapports d'activité. Mais pour l'instant je n'ai pas trop de temps pour ça à cause de tout le reste."

2. Pensez-vous qu'il soit possible que le CMPP soit autonome, tout en gardant des prix sociaux aussi bas ?

"Maintenant, on couvre 75% des frais, notre souci c'est de garder l'aspect social du centre sans faire de l'assistanat. Il faut aussi que la population participe comme elle le peut et que ça soit gratuit pour les cas sociaux. On essaie de voir jusqu'où on peut aller avec l'autonomie. On va de toute façon garder ces prix et après on verra si on peut être autonome. Il n'est pas question d'augmenter les prix car déjà maintenant il y a des personnes qui ne peuvent pas payer.

C'est grâce au dons (en médicaments, en lait, en vêtements et en espèces) qu'on peut faire des prix si bas et assurer 75% du financement."

3. Combien de personnes le CMPP emploie-t-il ?

"Il y a 13 permanents, deux vacataires en laboratoire et deux vacataires en pédiatrie.

Dans les 13 permanents il y a :- une femme de ménage

- un gardien de nuit
- un caissier
- un technicien en laboratoire
- cinq infirmiers (pédiatrie et CREN)
- deux animatrices au CREN
- une animatrice/cuisinière au CREN
- un médecin

Moi je ne me suis pas comptée dans ces 13 personnes, car je ne suis même pas salariée.

Puisque je suis la présidente de l'association Persis Essonne, je ne peut pas être salariée.

C'est la cuisinière du CREN qui s'occupe du repas du soir. Si on fait aussi un repas à midi, elle ne s'occupera plus que de la cuisine et ne sera plus animatrice au CREN."

4. Quelles sont les plus grosses dépenses du CMPP ?

"Il y a d'abord les médicaments, parce qu'on donne la plupart gratuitement puisqu'ils font partie du forfait hospitalisation.

Ensuite, il y a les vivres. Parfois un forfait malnutri à 5'000 CFA couvre un mois d'hospitalisation.

Et puis il y a l'électricité.

Finalement il y a le lait 1^{er} âge qu'on achète et qui coûte très cher. Le lait 2^{ème} âge et le lait écrémé on les reçoit par des dons."

5. Quelles activités du centre rapportent le plus d'entrée ?

"C'est les consultations, les hospitalisations ne font pas rentrer beaucoup d'argent. Même au CREN, on recouvre plus d'argent car les mères paient petit à petit et sont bien encouragées à payer en fonction de leurs moyens. Donc elles paient mieux qu'en pédiatrie, c'est dû au dynamisme de l'infirmière du CREN."

6. Quels sont les points forts du CMPP ?

"Ça répond aux besoins énormes de la population. La population apprécie beaucoup la disponibilité des médicaments à moindre prix.

Un jour une femme est venue et a demandé un médicament. On lui a dit que ça coûtait 400⁵⁷ CFA. Elle s'est mise à pleurer parce qu'à la pharmacie, en ville, on lui avait demandé 2'500 CFA pour le même produit. Elle nous a remercié les larmes aux yeux et s'en est allé.

Et puis on offre des prestations de qualité par un spécialiste à moindre prix. Dans les autres villes une consultation chez un spécialiste revient à 10'000 CFA et 15'000 si elle a lieu en dehors des horaires habituels. Au CMPP la consultation coûte 1'000 CFA. Donc, ici on offre des soins de qualité à moindre frais, ce qui permet à la population d'avoir accès aux soins."

7. Quels sont les points faibles du CMPP ?

"On a des problèmes de recouvrement. Il y a des personnes qui ne sont pas de bonne foi et qui ne veulent pas payer. Parfois les femmes disent que leur mari est mort et qu'elles n'ont pas un sou, mais si on se renseigne on découvre que le mari est bien vivant et qu'elles peuvent participer au frais des soins de leur enfant. Mais notre priorité c'est toujours de soigner l'enfant, pour le financement on s'en occupe après. Le problème c'est que ça n'est pas facile de détecter ceux qui peuvent payer et ceux qui ne le peuvent pas, c'est un vrai casse-tête. Et puis ça ne serait pas juste de ne pas faire payer ceux qui ont les moyens de payer. L'esprit du CMPP est que chacun participe, en fonction de ses moyens et que si la personne ne possède vraiment rien, ça soit gratuit."

8. Quel genre de dons recevez-vous ?

⁵⁷ Un franc suisse correspond à quatre cent CFA.

“Du lait 1^{er} âge, 2^{ème} âge, écrémé et entier. De la bouillie enrichie instantanée. Des médicaments et des produits pharmaceutiques. Du matériel médical et de laboratoire. Des vêtements. Des jouets. Un ordinateur. Un bureau. C’est très varié. Et puis il y a aussi des dons en espèces.”

9. Comment percevez-vous le fait d’être soutenu par des partenaires du Nord ?

“C’est une très bonne chose, il a fallu ce soutien du Nord pour que les choses existent. On est très reconnaissant pour ça. Mais en même temps, il faut encourager la participation des bénéficiaires pour que l’un dans l’autre ça s’équilibre bien. Personnellement, je pense que si tu as quelqu’un qui t’aide tu dois en être conscient et ne pas rester les bras croisés, mais participer. C’est seulement de cette manière que celui qui t’aide va prendre du plaisir à le faire et qu’il va continuer à t’aider. Le problème du développement c’est que lorsque tout est gratuit, les gens ne prennent pas soins des choses parce que de toutes façons ils ont l’impression que ça tombe du ciel. Au centre Persis, on fait du social. Ça veut dire que les tarifs sont bas mais que les gens doivent tout de même participer, sauf en cas d’incapacité majeure. Et ces recouvrements sont très important parce qu’ils nous permettent de ne pas être dépendant à 100% des bailleurs de fonds.”

10. Où sont fabriqués les médicaments vendus à la CAMEG⁵⁸ ?

“Ils proviennent d’Europe ou d’Inde. La CAMEG fait des appels d’offre et achète chez les fournisseurs auprès de ceux qui sont le moins chers. Donc il n’y a pas toujours la qualité.”

11. Combien vous coûte une journée d’hospitalisation en moyenne ?

“On n’avait calculé qu’au CREN, ça nous revient à 22’000 CFA par séjour (qui dure en moyenne un mois). Ce chiffre prend en compte la nourriture et les médicaments mais pas les salaires des employés. Je pense que pour une hospitalisation en pédiatrie ça doit nous revenir à 3’000 ou 4’000 CFA par jour et par personne. Et ceci à nouveau, sans compter les salaires. Mais il faudrait que je regarde précisément dans les comptes pour te donner un chiffre précis, car ça dépend beaucoup des pathologies et il faudrait faire une moyenne. Mais je pense que ça s’approche de ce que je t’ai dit.”

ENTRETIEN AVEC LA PREMIERE STAGIAIRE OCCIDENTALE:

1. Pourquoi avez-vous décidé de faire des études de médecine ?

“Pour faire quelque chose qui me semble utile, que j’apprécierai toute ma vie et dont je ne me lasserai pas. Parce que je voulais faire de l’humanitaire et que la médecine me semblait le meilleur moyen d’y parvenir. Parce que je ne compte pas rester en France, ça ne m’intéresse pas.”

2. Qu’est-ce qui vous plaît dans le métier de médecin ?

“Le contact humain, le social... C’est gratifiant pour soi. Et puis je veux faire de la chirurgie alors j’aime bien aussi ce qui est technique. J’aime également savoir que ce que je fais servira à quelqu’un.”

3. Qu’est-ce qui ne vous plaît pas dans le métier de médecin ?

⁵⁸ Dépôt de médicaments génériques.

“Je pense que c’est difficile, quand tu es jeune tu dois réussir à tenir le coup mais au bout d’un moment tu dois un peu t’essouffler. Il faut pouvoir tenir sur la durée.

C’est un des métiers où tu dois avoir le plus de déception.

Et puis quand je devrai faire 90 heures par semaine... Peut-être que ça ne va pas me gêner mais quand je projette, je me dis que je vais faire que ça tout le temps. Mais c’est le plus beau métier du monde, enfin peut-être pas mais en tout cas c’est ce que je voulais faire.”

4. Pourquoi avez-vous décidé de faire un stage au CMPP ?

“Je voulais partir dans un pays en voie de développement. Comme j’étais déjà partie deux fois au Burkina, je suis une grande « fan » du docteur Zala.

Et puis j’avais envie de vérifier que c’est bien ce dont j’ai envie et que je peux le supporter. Et puis même si je n’avais pas voulu travailler à l’étranger c’est aussi bien de s’ouvrir et de voir autre chose que la médecine en France.

Pour voir la médecine d’ici qui est surtout clinique car il n’y a que peu d’examens complémentaires et pour voir les pathologies d’ici. Et puis je trouvais intéressant la perception qu’ont les soignants de leur métier et de ce qu’ils font.”

5. Qu’est-ce qui change dans la manière de pratiquer la médecine, ici ou en France ?

“Par rapport à la pédiatrie, c’est surtout la clinique, mais les consultations pour toutes les petites pathologies ressemblent à ce qu’on fait en France. Tu vois que Zala il a fait les mêmes études que nous. Ce qui change c’est les examens complémentaires. Ici, si tu tousses on ne va pas te faire de radio. Et ici on ne fait pas d’énumération blanche pour n’importe quoi.

Au Burkina, dès que c’est une pathologie grave tu te sens impuissant : tu peux faire des examens, trouver ce qui ne va pas mais tu auras pas les moyens pour soigner la maladie. Alors à quoi ça sert de faire des examens.

Chez nous tu es remboursé, alors tu prescris ce que tu veux. Ici, si tu n’as pas l’argent tu ne peux pas te soigner. Alors c’est bien de faire un diagnostic mais si tu n’as pas les moyens de te soigner... C’est ça qui est le plus dur : ne pas pouvoir faire ce que tu veux ; ce qui pourrait être fait.

Ce qui change aussi c’est qu’en France les gens viennent pour des petits « bobos ». Ici, ils attendent longtemps avant de venir, alors évidemment ça change la prise en charge.”

6. Pendant votre stage, est-ce que vous vous êtes retrouvée face à des incompréhensions culturelles ?

“Je pense que si j’étais venue pour la première fois au Burkina, il y a beaucoup de choses que je n’aurais pas comprises.

Ici, la relation mère-enfant est différente et parfois tu as l’impression que les mères se désintéressent de leur enfant. Mais quand tu sais qu’elles ont perdu beaucoup d’enfant alors tu peux comprendre qu’elles soient désabusées. Au niveau des croyances il y a des choses que tu ne comprends pas. Mais tu sais que c’est des choses qu’ils entendent depuis tout petits, qu’on leur a sans cesse répété.”

7. Est-ce que vous pensez que le rapport adulte-enfant est différent au Burkina et en France ?

“Oui. En France l’enfant est roi (ce qui est insupportable aussi). Ici, tu te demandes parfois s’il y a de l’amour ou bien si les femmes ne font que subir leurs grossesses. Je pense qu’il y a des deux. Il y a des couples qui viennent en consultation et qui sont tout inquiets pour

l'enfant. Il y en a d'autres qui viennent seulement parce qu'un membre de la famille leur a dit de venir, mais ils ne font pas attention à l'enfant.

Ici c'est les plus petits qui font beaucoup de chose, on envoie toujours le petit faire les choses qu'on a pas envie de faire : la lessive, aller chercher des choses à la boutique. Quand tu viens d'Europe, c'est assez déroutant.

En plus ici à cause de la mortalité infantile qui est très importante, tu apprends à ne pas t'attacher à l'enfant. C'est une manière de se protéger."

8. Qu'est-ce que vous pensez de la malnutrition ?

"Ce qui choque c'est que les enfants meurent d'ignorance. Si les mères étaient éduquées, il y aurait beaucoup moins de malnutrition. En tout cas, ça ne serait pas si grave.

Même au CREN elles disent que c'est parce qu'elle ne savent pas préparer les repas.

Et puis il y a aussi le cercle vicieux de la malnutrition : les maladies entraînent la malnutrition, qui à son tour entraîne des maladies."

9. À quelles difficultés culturelles vous êtes-vous heurtée pendant votre stage ?

"Lorsqu'il y a des femmes qui te disent que leur mari vient les frapper jusque dans leur chambre d'hôpital, c'est très dur !

Ce qui m'a beaucoup choquée, lors d'un débat au CREN sur le SIDA et les MST, je me suis rendue compte qu'au village les gens ne savent pas ce qu'est le SIDA. Ni comment ça se transmet.

Je dois dire que j'ai aussi un peu de peine à accepter la polygamie.

Ce qui me choque le plus c'est l'excision, mais pendant ce stage je n'y ai pas été confronté."

10. Qu'est-ce que ce stage aura changé dans votre vie ?

"Je ne sais pas si je m'en rends compte maintenant. Ça va plutôt être à mon retour, quand je vais parler avec les gens là-bas, quand je vais regarder des photos que je vais pouvoir me rendre compte de ce que cela a changé.

Quand tu es dedans, tu ne te rends pas compte de la dureté des choses.

Ça va me faire relativiser, c'est sûr."

11. Qu'est-ce que vous appréciez dans la manière de travailler du Dr Zala ?

"Sa disponibilité pour chacun. Le fait qu'il y ait un suivi pour tout le monde et que son seul souci ça soit la santé des enfants."

12. Qu'est-ce qui vous a surpris dans la manière de travailler du Dr Zala ?

"Au début, ce qui m'a beaucoup surpris c'est qu'il travaille de la même manière que chez nous. Je ne pensais pas que ça serait comme ça.

Il travaille beaucoup avec les probabilités pour choisir le traitement approprié, car il ne peut pas faire beaucoup d'examen complémentaires. Mais moi avec les études que je fais, je n'ai pas l'habitude de faire les choses de cette manière.

Ce qui m'a impressionné, c'est de voir comment il arrive à gérer les consultations, les hospitalisations, les employés, les étudiants étrangers et les gens qui visitent le centre. Je ne sais pas comment il arrive à tenir.

Et puis je n'arrive pas à comprendre comment il fait pour savoir : « oui, il me reste une boîte de tel médicament dans la pharmacie ». Je sais pas comment il arrive à s'y retrouver, il y a tellement de chose. Vraiment, je ne comprends pas.”

13. Que pensez-vous du Burkina ?

“Déjà, si on me dit Burkina je pensent aux sourires des gens. C'est ici que j'ai vu les plus beaux sourires.

Je pense aussi que je ne sais pas comment ils vont s'en sortir. Ici, tu as l'impression que tout est contre le Burkina, comme disait un ami : « comment tu veux qu'on se développe si on a rien dans le ventre ?! ».

Ils n'ont rien mais ils ont le sourire. Et puis ici la religion a beaucoup d'importance. Une infirmière me disait : « nous on est pauvres, on est obligé de croire sinon cela ne va pas ! »”

14. Quelle est l'expérience qui vous a le plus marqué pendant votre stage ?

“C'est le décès d'un enfant, hier. Cet enfant je l'avais vu le matin, pendant la visite. Il n'avait pas l'air bien mais ça ne me semblait pas si grave. Il est parti très rapidement. On a essayé de le réanimer, mais on n'a pas réussi. Je n'avais jamais vu mourir un enfant comme ça.

Et puis il y a eu les deux cas de tumeurs abdominales qui m'ont beaucoup marqué.

Et puis bien sûr, les enfants de 13 mois et qui pèsent 3 kilos. C'est clair que je vais m'en rappeler.”

15. Que pensez-vous de la manière dont est organisé le CMPP ?

“C'est bien mais il manque du personnel. Il faudrait en tout cas un médecin en plus et un pharmacien.

Et puis ça m'énerve qu'ils ne puissent pas recevoir une aide d'ici, de leur pays (de l'Etat). Parce qu'ils font du travail vraiment efficace.”

ENTRETIEN AVEC LA DEUXIEME STAGIAIRE OCCIDENTALE:

1. Pourquoi avez-vous décidé de faire des études de médecine ?

“Je n’ai jamais réfléchi à ça. Je voulais être institutrice puis en terminale je me suis dit : « je tente la médecine ». Maintenant ça me plaît, peut être parce qu’on peut aider les gens.”

2. Qu’est-ce qui vous plaît dans le métier de médecin ?

“Je trouve que c’est utile et concret. Dans la majorité des cas les patient viennent avec un signe X ou Y ; tu réfléchis un peu et tu les soignes. C’est vraiment concret. Et puis j’aime les rapports humains ; la prévention et les discussions avec les gens. Ce n’est pas le rapport humain du psychologue, tu as aussi le côté concret. Et puis c’est assez gratifiant comme métier, tu ne te l’avoues jamais, mais ça fait plaisir de se sentir utile. Mais je dois dire que ce n’est pas la raison principale. Soigner les gens, c’est ça qui me plaît.”

3. Qu’est-ce qui ne vous plaît pas dans le métier de médecin ?

“En Afrique c’est ce rapport constant avec le manque d’argent. C’est quelque chose que tu n’as pas en France parce qu’il y a des assurances. En France les gens ne se rendent pas compte du prix ; gaspillent et ne viennent pas aux consultations. En Afrique c’est le rapport limitant de l’argent qui ne me plaît pas.”

Ce qui me plaît c'est de travailler à l'hôpital : tu n'as pas besoin de gérer ton cabinet et de faire de la comptabilité. A la fin de leur carrière, les médecins qui ont un cabinet sont devenus des professionnels du marketing, ça ne me fait pas envie du tout."

4. Pourquoi avez-vous décidé de faire un stage au CMPP ?

"C'est un peu égoïste : je voulais faire de mon dernier stage quelque chose de bien et d'utile. Puis on a parlé du Burkina Faso (à cause de mes parents qui connaissent bien ce pays) et de Zala qui a fait ces études à Reims.

Ca aurait très bien pu être un autre endroit, c'est le hasard qui nous a amené ici, mais c'est un heureux hasard !

Il s'agissait plus de partir et de faire un stage utile, plutôt que du lieu en lui-même. Je crois que j'avais vraiment besoin de partir et puis c'est une bonne manière de finir ces études."

5. Qu'est-ce qui change dans la manière de pratiquer la médecine, ici ou en France ?

"Ils manquent beaucoup de moyens ici.

Tout change : les moyens ; les gens. Ce n'est pas la même médecine. Il y a des choses qu'on ne verra pas en France : les questions de moyens ; le manque d'éducation et le rapport mère – enfant (qui est très différent de chez nous).

Ici, tu dois faire « Mc Gyver » avec ce que tu as dans l'armoire. Mais si tu avais les mêmes moyens ce serait différent quand même parce que les gens qui sont en face de toi sont différents."

6. Pendant votre stage, est-ce que vous vous êtes retrouvé face à des incompréhensions culturelles ? Est-ce que vous pensez que le rapport mère-enfant est différent au Burkina et en France ?

"Ici, j'ai de la peine à accepter le rapport mère-enfant. Je m'en veux parce que c'est quelque chose qui est trop facile à critiquer, mais je n'arrive toujours pas à avoir le recul nécessaire. J'ai l'impression que les mères se désintéressent totalement de leurs enfants. La manière de prendre les enfants et de les consoler est très différente de ce que l'on voit en France. Pourtant je sais bien qu'en France la situation est tout autre et que les enfants que tu as c'est parce que tu les as voulu. Ici les femmes ont beaucoup d'enfants et ils ne sont pas forcément désirés.

Donc je me rends bien compte que les mères ne sont pas responsables du détachement dont elles font preuve envers leurs enfants. Tout de même, ce détachement ne cesse de me choquer quand j'y suis confronté et je n'arrive pas à l'accepter peut être parce que j'ai trop l'habitude des enfants surprotégés.

Et puis j'ai des difficultés avec la relation homme-femme et la polygamie, mais ce n'est pas ça qui me choque le plus."

7. Qu'est-ce que vous pensez de la malnutrition ?

"C'est un peu lié avec la question d'avant. Je pense qu'il y a des enfants qui meurent de faim parce qu'ils n'ont rien dans leur assiette. Mais je pense que c'est pas la majorité des cas. Je pense que c'est beaucoup lié à la relation mère-enfant.

Peut être que je me fais des fausses idées. Mais ici on a l'impression que la mère allaite l'enfant et puis arrête soudainement. Et puis il y a aussi la simplicité de donner tout de suite le repas familial, ce que l'enfant ne mange pas bien. Ici le repas n'est pas un plaisir. En France, pendant le repas, tu joues avec ton enfant (bon, t'as moins d'enfants aussi) et il y a un échange

très important qui se crée. Ici je pense que les enfants peuvent facilement déprimer et que c'est en partie pour cela qu'on voit autant d'anorexie infantile."

8. À quelles difficultés culturelles vous êtes-vous heurté pendant votre stage ?

"Il y a pas vraiment des difficultés quand tu es là en tant que stagiaire pour deux mois. Si je devais me mettre à la place d'une femme africaine je n'y arriverais pas. Mais ici, je ne suis pas une femme africaine. Et puis tu ne peux pas te permettre de juger, parce qu'on est pas en France. Tu ne peux pas vouloir changer les choses tout de suite."

9. Qu'est-ce que ce stage aura changé dans votre vie ?

"Pleins de choses. Ça te met une claque dans la figure, ça te fait relativiser tes petits soucis et réaliser les moyens que tu as. Et puis ça m'aura beaucoup enrichi de connaître une autre culture et un autre pays, même si en deux mois tu ne vois pas tout."

10. Qu'est-ce que vous appréciez dans la manière de travailler du Dr Zala ?

"Le temps qu'il passe à s'occuper des gens. Il est toujours présent. Tu vois que le CMPP c'est sa vie, il donne tout son temps et ne se fatigue jamais. Mais parfois, je ne suis pas sûr que c'est une bonne chose qu'il gère tout. Mais c'est sûr que tu ne peux que admirer son travail."

11. Qu'est-ce qui vous a surpris dans la manière de travailler du Dr Zala ?

"La manière dont il improvise devant chaque situation, il trouve toujours une solution. S'il n'y a pas de traitement il va voir ce qu'il a et se débrouille avec autre chose."

12. Que pensez-vous du Burkina ?

"Très chouette ! C'est très accueillant et très aidé... peut être un peu trop ? Je n'ai pas de comparaison avec les autres pays d'Afrique alors c'est difficile à dire."

13. Quelle est l'expérience qui vous a le plus marqué pendant votre stage ?

"Il y a un événement qui m'a vraiment fait craqué 5 minutes. C'est quand j'ai dû faire un massage cardiaque à un enfant. Quand je suis entrée dans la salle des infirmiers, il fallait poser une perfusion alors j'ai fait le massage pendant qu'un infirmier piquait. Mais je sentais que ça n'allait pas. Quand tout a été finit, ça ma fait un choc."

14. Que pensez-vous de la manière dont est organisé le CMPP ?

"Je pense que c'est très bien qu'il y ait ce centre, c'est très utile. Surtout quand on compare à l'hôpital public."

ENTRETIEN AVEC LA TROISIEME STAGIAIRE OCCIDENTALE:

1. Pourquoi avez-vous décidé de faire des études de médecine ?

“Je ne me suis jamais posé la question. C’est venu naturellement, je ne me voyais pas faire autre chose depuis que je suis toute petite. Quand j’avais dix ans, la situation de la Somalie m’avait beaucoup bouleversé. Je ne voulais pas voir ça et je me suis dit que plus tard je voulais pouvoir agir contre de tels événements.”

2. Qu’est-ce qui vous plaît dans le métier de médecin ?

“Avant tout le côté relationnel avec les gens. Le fait d’essayer d’être un peu utile. La relation qui se crée avec le patient. Et puis aussi l’aspect connaissance qu’il faut toujours enrichir, le fait de devoir toujours apprendre.”

3. Qu’est-ce qui ne vous plaît pas dans le métier de médecin ?

“Le fait de ne pouvoir pas forcément exercer de la façon dont on le souhaite. La difficulté de la sélection pour y arriver. Et puis je n’aime pas l’impuissance qu’on peut avoir, parfois, face à certaines situations.”

4. Pourquoi avez-vous décidé de faire un stage au CMPP ?

“Je voulais partir pour moi ; voyager et découvrir une autre culture, un autre pays. Et puis je voulais aussi apporter quelque chose d’autre que ce que je pouvais apporter dans un stage en France. Le centre Persis c’est un peu par hasard qu’on est arrivées là. On a eu l’adresse de Zala par un médecin de la pédiatrie de Reims.”

5. Qu’est-ce qui change dans la manière de pratiquer la médecine, ici ou en France ?

“Les moyens. L’absence, pratiquement, d’examens complémentaires. Ici, il faut s’adapter aux traitements qui sont disponibles. Et puis le fait qu’il faut prendre en compte, en permanence, les moyens financiers des patients.

Au niveau de la clinique et des traitements, on a la même manière de voir les choses, en dehors des moyens financiers.”

6. Pendant votre stage, est-ce que vous vous êtes retrouvé face à des incompréhensions culturelles ?

“Pas vraiment des incompréhensions. Je crois qu’en venant ici j’ai essayé de perdre un peu mes repères pour ne pas transposer. Ce n’était pas des incompréhensions mais des découvertes. Et puis on avait quand même le docteur avec nous pour nous expliquer comment ça se passe ici. A l’hôpital, j’essaie de ne pas me dire : « c’est bien ; c’est pas bien ». Comme ça tu essaies de dépasser tes jugements.

Si, en fait il y a juste eu cette histoire de sorcière que j’ai eu du mal à comprendre.

Et puis autour de la culture il y a toutes les croyances. Mais ça je commence à comprendre.

Même le « cotiguè »⁵⁹, je commence à comprendre.”

7. Est-ce que vous pensez que le rapport mère-enfant est différent au Burkina et en France ?

“Oui. Les points principaux sont : le nombre d’enfant ; les moyens pour les élever et la mortalité infantile élevée. Tout ça fait que les mères ont beaucoup plus de choses à gérer en même temps, ce qui modifie le rapport avec chaque enfant. C’est modifié par tout ce qu’on demande aux mères d’assumer en même temps et le fait que ça ne soit pas toujours des grossesses désirées.

Les mères mettent souvent du temps pour venir consulter quand il y a un problème. Mais elles viennent toujours aux rendez-vous ce n’est pas du désintérêt. De toute façon cela dépend beaucoup des mères.”

8. Qu’est-ce que vous pensez de la malnutrition ?

“Je pense que c’est un énorme problème et que ça explique beaucoup de décès d’enfants. Je trouve extrême l’état dans lequel certains bébé arrivent, sans que personne n’ait réagit avant. Je trouve que c’est très compliqué de comprendre la part des choses entre le manque de nourriture ; le désintérêt de la maman ; le bébé qui refuse de manger et les pathologies qui peuvent précipitées ça.”

9. À quelles difficultés culturelles vous êtes-vous heurté pendant votre stage ?

“D’abord il y a la langue qui provoque des problèmes de communication.

Ce qui m’a frappée c’est qu’il y ait beaucoup de mamans seules car je pensais que la famille était beaucoup plus présente ici. Je ne pensais pas qu’il y avait des mamans seules avec des bébés qui doivent se débrouiller, sans travail.

J’ai l’impression d’avoir compris certaines choses de la culture à force d’en avoir parlé avec les gens. Mais en consultation, quand je pense que la maman dit des choses que l’on ne perçoit pas forcément.

Je pense qu’on a vu qu’une petite partie de la culture et qu’il reste à découvrir. Surtout ce qui a trait à la place de la femme dans la société.”

10. Qu’est-ce que ce stage aura changé dans votre vie ?

⁵⁹ A ce propos consulter le chapitre sur les croyances liées à la diarrhée.

“C’est très important de se confronter à une autre culture et de remettre en questions nos points de vue et nos repères. Ca fait prendre conscience de ce que peut être la médecine sans tous les moyens qu’on a en Europe.

Ca me convainc de plus en plus que je pourrais exercer ailleurs qu’en Europe. Ca change pleins d’autres choses dont je ne me rend encore compte. Peut être qu’au retour j’y verrai plus clair.

Toutes les rencontres changent quelque chose.”

11. Qu’est-ce que vous appréciez dans la manière de travailler du Dr Zala ?

“Son énergie et sa volonté. Et le fait qu’il ne baisse pas les bras et qu’il essaie de faire au mieux tout le temps.”

12. Qu’est-ce qui vous a surpris dans la manière de travailler du Dr Zala ?

Le fait qu’il soit sur tous les fronts en même temps. Le fait qu’il soit impliqué dans tous les aspects du centre.

Et ces connaissances en médecine : il est au point de tout ce qui se passe aussi chez nous au niveau des traitements.”

13. Que pensez-vous du Burkina ?

“Je pense que c’est un pays que j’ai envie de connaître mieux. Avant de partir, j’avais des clichés mais maintenant ma vision s’est beaucoup élargie.”

14. Quelle est l’expérience qui vous a le plus marqué pendant votre stage ?

“C’est les décès des enfants qu’on a perdu. Et la violence de ces décès.”

15. Que pensez-vous de la manière dont est organisé le CMPP ?

“Au niveau du fonctionnement et de la gestion des fonds : c’est très bien organisé. Le suivi des enfants est assuré au maximum.

Par contre, parfois, on a envie que le docteur puisse déléguer un peu de son travail. Mais quand j’y pense : c’est ce qu’il a fait avec nous. Mais qu’il puisse, peut être un peu distribuer les responsabilités.”

8.2 LES THEMES DES « CAUSERIES » :

LES GROUPES D'ALIMENTS

Objectifs de la causerie :

- connaître les 3 groupes d'aliments
- savoir à quel groupe appartiennent les aliments les plus courants pour l'alimentation des enfants
- savoir composer une bouillie ou un plat bien équilibré, contenant les 3 groupes d'aliments

Les groupes d'aliments : on peut classer les aliments en 3 groupes

- les aliments de construction
- les aliments d'énergie
- les aliments de protection

I- Aliments de construction (ils sont riches en protéines)

On peut les comparer aux briques d'une maison : ces aliments permettent de construire l'organisme et de grandir

A- Aliments d'origine animale

- Lait +++
- Œufs +++
- Viande +++
- Poisson +++

B- Aliments d'origine végétale

Légumes secs :

- Haricots +++
- Pois de terre +++

Oléagineux :

- Arachide, Pâte d'arachide, koura-koura +++
- Sésame
- Soja
- Soubala

Céréales :

- Riz +
- Mil, sorgo, petit mil +
- Fonio +
- Maïs +
- Blé (pain, spaghettis) +

II- Aliments d'énergie (ils sont riches en glucides ou en graisses = lipides)

Ils permettent d'apporter la force pour marcher, courir, travailler, jouer,...

A- Aliments glucidiques

Les tubercules :

- Manioc +++
- Igname +++
- Pomme de terre +++
- Patate douce +++

Les céréales :

- Mil, sorgho, petit mil +++
- Maïs +++
- Riz +++
- Blé (pain, spaghettis) +++
- Sucre ++

B- Aliments gras :

- Huile (palme, arachide, soja, sésame, etc...) +++
- Graines oléagineuses (arachides) +++
- Beurre (karité, ...) +++

III- Les aliments protecteurs (ils sont riches en vitamines et en minéraux, ex : fer)

Ils servent à protéger des maladies

- Fruits (orange, citron, banane, mangue, papaye, goyave,...) +++
- Légumes (tomate, carotte, oignon, salade, chou, gombo, oseille, haricot vert) +++
- Autres aliments : haricot, néré, pain de singe, soubala

Les aliments peuvent appartenir à plusieurs groupes à la fois :

Ex. : le petit mil est un aliment d'énergie et constructeur

Pour la préparation d'une bouillie, il faut toujours apporter des aliments des 3 groupes

Ex. : Bouillie de petit mil au soubala

- Petit mil

- Soubala
- Haricot
- Huile
- Sel
- Eau

L'EXCISION

Objectifs de la causerie :

- Définir l'excision
- Connaître les conséquences de l'excision

I- Définir l'excision :

C'est une pratique néfaste pour la santé de la jeune fille. Elle consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris et de son capuchon.

II- Les conséquences de l'excision :

- Hémorragie avec choc hypovolémique suivi de la mort de l'excisée
- Risque d'infection au VIH
- Risque d'accolement des lèvres et du méat urinaire
- Accouchement difficile avec déchirure du périnée
- Risques d'infection pouvant entraîner la stérilité
- Souffrance fœtale lors d'accouchement à domicile, aboutissant à enfant mort né

III- Les raisons erronées de la pratique de l'excision :

- Rendre fidèle la jeune fille
- Empêcher la jeune fille d'être frivole
- Les raisons religieuses
- Les raisons culturelles

NB : Il n'existe aucun avantage, pour la jeune fille, émanant de l'excision, si ce n'est sa destruction.

PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHÉE À DOMICILE

Objectifs de la causerie :

- savoir prévenir la diarrhée
- Connaître la conduite à tenir en cas de diarrhée, fièvre ou autres infections
- Savoir reconnaître les signes qui nécessitent une consultation médicale, sans attendre l'aggravation de l'état de l'enfant

I- La diarrhée

A- Comment la prévenir ?

- **L'allaitement maternel** : il protège contre la diarrhée ; il est recommandé de le poursuivre pendant 12 mois en commençant la diversification vers 4-6 mois
- **L'amélioration des pratiques de sevrage** : introduire la bouillie vers 4-6 mois, le plat familial vers 8-12 mois tout en écrasant les aliments ; respecter une bonne hygiène dans la préparation des aliments
- **Utilisation d'eau propre en abondance** : le risque diminue si on utilise de l'eau propre et on la protège de toute contamination
- **Le lavage des mains** : beaucoup de diarrhées sont dues à la contamination par les mains, c'est pourquoi il faut les laver au savon après chaque manipulation de selles, chaque toilette et avant de préparer et de donner à manger aux enfants
- **Utilisation des latrines** : les latrines doivent être utilisées également par les enfants et restées toujours propres et bien protégées
- **Élimination hygiénique des selles des enfants** : conseiller l'utilisation d'un pot
- **Vaccination** : la vaccination contre la rougeole peut réduire l'incidence de la diarrhée

NB : Le respect de l'hygiène alimentaire, vestimentaire, corporelle et environnementale permet de réduire les risques de diarrhée.

LE PALUDISME

Objectifs de la causerie :

- Définir le paludisme simple
- Connaître la conduite à tenir en cas de paludisme simple
- Connaître les moyens de prévention du paludisme

1- Définition du paludisme simple :

Le paludisme est une maladie à forte prévalence qui se manifeste par la fièvre, suite à la piquûre infectante d'un moustique (anophèle femelle), qui transmet le parasite.

Paludisme simple : toute personne présentant de la fièvre avec maux de tête, douleurs au dos, frissons, sueurs, myalgies, nausées et vomissements simples.

Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants.

II- Conduite à tenir devant un cas de paludisme :

Devant tous cas de fièvre, déshabiller l'enfant, faire un enveloppement froid, se rendre au centre de santé le plus proche.

Le médicament de premier choix pour le traitement du paludisme simple au Burkina Faso est la chloroquine :

- 1^{er} jour de traitement : 10 mg/kg
- 2^{ème} jour de traitement 10 mg/kg
- 3^{ème} jour de traitement 8 mg/kg

III- Les moyens de prévention :

- Dormir sous une moustiquaire
- Destruction des gîtes larvaires (eaux stagnantes)
- Désherber tout autour de la concession

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est une priorité. La chimioprophylaxie commence dès la première consultation prénatale (traitement du paludisme simple) :

J₁ : 10 mg/kg J₂ : 10 mg/kg J₃ : 5 mg/kg.

A partir du 2^{ème} jour depuis le début du traitement : 300 mg de chloroquine en prise unique, une fois par semaine, pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'à 45 jours après l'accouchement.

LES INFECTIONS SEXUELEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Objectifs de la causerie :

- Définir les IST
- Connaître les manifestations syndromiques des IST
- Connaître les conséquences des IST
- Connaître les moyens de prévention des IST

I- Définition des infections sexuellement transmissibles :

Les infections des appareils reproducteurs et génito-urinaires humains, sont transmises de façon prédominante par contact sexuel.

Ex : Gonocoque et Syphilis

II- Les manifestations syndromiques :

- Bubon inguinal
- Conjonctivite purulente du nouveau-né
- Douleurs pelviennes chez la femme
- Ecoulement vaginal avec ou sans odeur nauséabonde
- Ecoulement urétral avec ou sans dysurie chez l'homme
- Gonflement douloureux du scrotum
- Ulcérations génitales
- Végétations vénériennes

III- Les conséquences des IST :

- Facilitation de la transmission du VIH
- Une des causes principales d'avortement
- Accouchement d'enfants mort-né
- Entraîne la prématurité
- Entraîne les infections congénitales
- Cause importante de la baisse de fécondité
- Entraîne la stérilité

IV- Les moyens de prévention des IST :

- Bonne hygiène corporelle et vestimentaire (sous-vêtements)
- Eviter le vagabondage sexuel et le multi partenariat
- Porter des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels
- Etre fidèle à son partenaire

NB : Toute personne présentant un ou plusieurs des symptômes cités ci-dessus, doit aller consulter le plus rapidement dans un centre de santé.

VIH / SIDA

Objectifs de la causerie :

- Définir le VIH/SIDA
- Connaître quelques manifestations du VIH/SIDA
- Connaître les modes de transmission et d'infection du VIH
- Connaître les modes de prévention du VIH
- Connaître les voies erronées de contamination du VIH/SIDA
- Connaître les conséquences jusqu'à la perte de la vie humaine

I- Définition :

LE VIH/SIDA est une maladie sexuellement transmissible dans la majorité des cas, sans traitement efficace, conduisant, de nos jours, inévitablement à la mort.

II- Les manifestations du VIH/SIDA :

- Fièvre persistante
- Diarrhée de plus de 1 mois
- Amaigrissement considérable (>10 %)
- Manifestations buccales (muguet, lèvres rouges, etc.)
- Manifestations cutanées (furoncles, etc.)
- Adénopathies
- Parfois tous associée

NB : Il existe des porteurs sains (séropositifs) qui ne manifestent pas la maladie, mais peuvent transmettre la maladie à une tierce personne.

III- Les modes de transmission et d'infection :

- Par la voie sexuelle (bi-sexuelle ou buco-sexuelle)
- Par le sang et les liquides contaminés (liquide amniotique, sécrétions vaginales)
- Par la piqûre des objets tranchants souillés (aiguilles de seringues, lamelles, etc.)
- Par la manipulation à mains nues d'objets souillés par du sang contaminé (serpillière, pagne, placenta, etc.)
- De la mère à l'enfant (pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou pendant l'allaitement)

IV- Les comportements à risque :

- Vagabondage sexuel
- L'infidélité ou le multi partenariat sexuel
- Rapports sexuels non protégés
- Le levirat⁶⁰
- Le sororat⁶¹
- Les drogues par voie intraveineuse
- Les malades qui reçoivent des produits sanguins non testés
- La pratique de l'excision

V- Les modes de prévention du VIH/SIDA :

- Port de condoms lors des rapports sexuels occasionnels
- Etre fidèle à son partenaire
- Faire le test de dépistage VIH avant tout levirat ou sororat
- Eviter la manipulation des objets souillés à mains nues
- Faire le dépistage VIH des femmes enceintes

VI- Les voies erronées de contamination :

- Manger avec un malade du SIDA ou donner à manger à celui-ci
- Saluer un malade du SIDA en lui serrant la main
- Dormir à côté d'un malade du SIDA
- Faire la toilette d'un malade du SIDA en respectant les règles d'hygiène

VII- Les conséquences di VIH/SIDA :

- Perte de bras valides avec diminution des revenus
- Disparition de famille toute entière
- Beaucoup de veuves, veufs, orphelins

⁶⁰ Le levirat est un type particulier de mariage où une veuve épouse le frère du défunt, afin de continuer la famille de ce dernier. Les enfants issus de ce remariage ont le même statut que les enfants du premier mari. Cette pratique, souvent forcée et combinée avec la polygamie, est notamment encore pratiquée dans certains pays africains. Le Bénin l'a interdit en même temps que la polygamie le 17 juin 2004. Elle est encore pratiquée dans plusieurs pays d'Afrique de l'ouest, dont le Burkina Faso ou le Togo. Elle existe également dans certaines communautés du Tchad. Le levirat est dénoncé comme étant une pratique rétrograde, limitant les droits des femmes et maintenant l'idée qu'"une veuve fait partie de l'héritage". Certaines campagnes de prévention du Sida, en Afrique, stigmatisent la pratique du levirat en indiquant que celle-ci favorise la propagation de la maladie. Outre le fait que cela n'est pas vrai sur le plan épidémiologique, certains auteurs font remarquer que la pratique du levirat est la seule mesure de protection sociale dont bénéficient les veuves dans ces pays, et qu'il n'est pas forcément bienvenu de lutter contre cette pratique sans en remplacer l'aspect social.

⁶¹ Le sororat fonctionne selon le même principe que le levirat (voir ci-dessus). Un veuf épouse la sœur de sa défunte femme, afin de remplacer celle-ci.

LA CONSULTATION PRENATALE

Objectifs de la causerie :

- Définir la consultation prénatale (CPN)
- Les avantages de la consultation prénatale

I- Définition :

C'est l'ensemble des soins, de surveillance médicale et obstétricale, apportés à la femme enceinte pendant la période allant de la conception jusqu'au début du travail de l'accouchement.

II- Les avantages :

- La CPN permet de prévenir et d'éviter les accidents maternels et les répercussions fœtales et infantiles qu'une grossesse à risque peut entraîner.
- Dépister les affections courantes : anémie liée à la grossesse, leucorrhées, etc.
- Suivre l'évolution de la grossesse
- Confirmer la grossesse
- Maintenir et améliorer la santé physique et mentale de la femme
- D'établir le pronostic de l'accouchement

LA PLANIFICATION FAMILIALE

Objectifs de la causerie :

- Définir la planification
- Les avantages de la planification familiale
- Donner brièvement les différentes méthodes

I- Définition :

La planification familiale est une manière de penser et de vivre que des individus et des couples adoptent de leur libre volonté afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familiale. Les couples peuvent prendre leur propre décision quant au nombre d'enfant qu'ils désirent avoir et les intervalles qui séparent les grossesses.

II- Les avantages de la planification familiale :

Il est a noté que les avantages de la planification familiale sont multiples :

Pour la mère : - permet un bon repos de la mère après son accouchement
- permet un bon suivi de son enfant

Pour le père : - diminution des dépenses familiales
- permet d'avoir des relations au moment voulu

Pour l'enfant : - un bon développement de l'enfant
- renforcement de la relation mère-enfant

LA VACCINATION ET LA PESEE

Objectifs de la causerie :

- Montrer les différents vaccins qu'un enfant doit recevoir
- Donner les avantages de la vaccination et de la pesée

I- Les différents vaccins que l'enfant doit recevoir :

A la naissance :	BCG ⁶² + Polio orale
2 mois :	DTC ⁶³ I + Polio I
3 mois :	DTC II + Polio II
4 mois :	DTC III + Polio III
9 mois :	Rougeole + Fièvre jaune
16-18 mois	Rappel DTC + Polio

NB : La mère doit se faire vacciner contre le Tétanos durant sa grossesse, si elle ne l'avait pas fait auparavant.

II- Les avantages de la vaccination et de la pesée :

La vaccination permet de prévenir certaines maladies (polio, rougeole, etc.) → à commenter

La pesée permet de contrôler l'augmentation du poids, le développement psychomoteur de l'enfant, de déceler précocement la malnutrition et de la prendre en charge

8.3 PHOTOGRAPHIES DU CMPP :

⁶² Vaccin contre la tuberculose.

⁶³ Vaccin contre la diphtérie ; le tétanos et la coqueluche.



Photo. 1 : le laboratoire



Photo. 2 : la pharmacie



Photo. 3 : la salle de consultation avec le Dr Zala, Emilie et Lucie



Photo.4 : La salle des infirmiers avec Marie-Estelle et Adama



Photo. 5 : Saga, le caissier

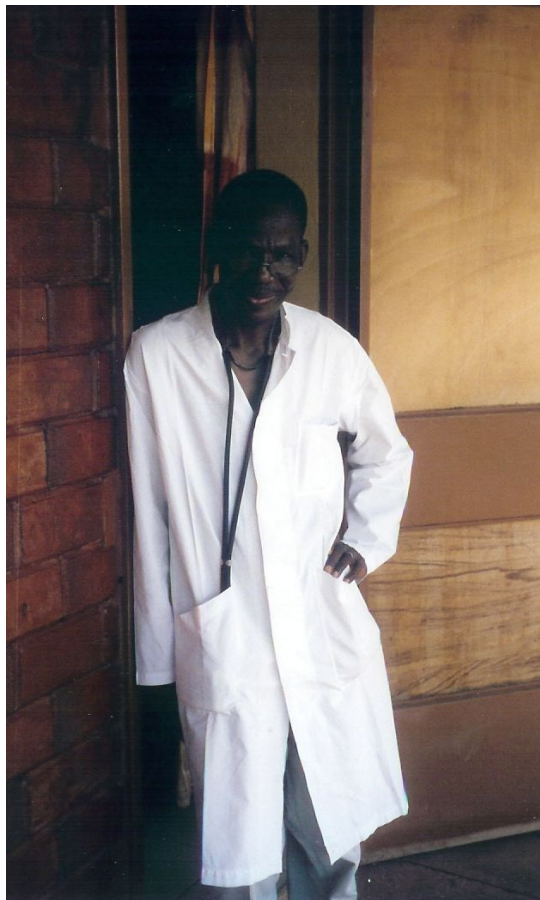


Photo.6 : le Dr Zala

8 BIBLIOGRAPHIE :

Livres :

Ebène, Ryszard Kapucinski, Editions Plon, 2000

Amkoullel, l'enfant peul, Amadou Hampâté Bâ, Editions 84, 2000

L'Etrange destin de Wangrin, Amadou Hampâté Bâ, Editions 10/18, 1999

Oser inventer l'avenir, Thomas Sankara, Editions Pathfinder, 2000

Burkina Faso, Pays des Hommes Intègres, Guides Olizane/Découverte, Editions Olizane 2000

Articles :

Comment l'excision recule au Burkina Faso, Le Monde Diplomatique, août 2006

Adolescence et violence : Impact des traditions et coutumes africaines dans la signification de la loi à l'enfant en pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques, D. Mbassa Menick, Revue Médecine Tropicale, 2003, vol. 63, pages 601-607

Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso, B. Taverne, Revue Sciences Sociales et Santé, 1996, vol.14, pages 87-106

Diagnostic du paludisme, recherche de plasmodium sur frottis et goutte épaisse, sérologie, A.-M. Deluol/ H. Levillayer/ J.-L. Poirot, Revue Développement et Santé, décembre 1998, n° 138

Thèses :

Médicaments essentiels au Burkina Faso : proposition d'un guide d'utilisation, Anne Guironnet, thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie, juillet 2000

Rapports :

Recommandations canadiennes pour la prévention et le traitement du paludisme (malaria) chez les voyageurs internationaux, Agence de Santé Publique du Canada (ASPC), Relevé des maladies transmissibles au Canada, juin 2004, vol.30S1

La coopération internationale à la croisée des chemins ; L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités, Rapport Mondial sur le Développement Humain 2005, Programme des Nations Unies pour le développement, 2005

Rapport alternatif du MBDHP aux quatrième et cinquième rapports périodiques combinés présentés par le Burkina Faso au Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 33^{ème} session, juillet 2005, New York

Vingtième rapport, Comité OMS d'experts du paludisme, 1998,
http://www.who.int/malaria/docs/ecr20fr_toc.htm

Maladies Diarrhéiques : vue d'ensemble, Séminaire sur la diarrhée, Institut de la Francophonie pour la Médecine tropicale, août 2005,
http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/IFMT_MB3_maladies-diarrheiques.pdf

Sites Internet :

Human Rights Watch : <http://hrw.org/french/westafrica/>

Actions.Afrique : <http://actions.afrique.free.fr>

WildAF/FeDDAF : <http://www.wildaf-ao.org/fr/index.php3>

Institut Pasteur : <http://www.pasteur.fr/actu/presse/documentation/Paludisme.html>