

Rapport de stage « Immersion en Communauté »
Semestre d'été 2006
Faculté de Médecine, Université de Genève

Le système de santé ghanéen : un exemple d'application en zone rurale (district de Nkwanta)



MARGALITH Jonathan

MAYOR Grégoire

RELECOM Allan

Introduction

Comme son titre l'indique, le but de ce rapport est de donner un aperçu de la situation médicale, qu'il s'agisse de médecine clinique ou de santé publique, telle qu'elle se présente dans le district de Nkwanta, une des zones les moins développées du Ghana. Les informations que vous y trouverez sont issues de nos notes et observations faites sur place durant les quatre semaines de stage dans le Nkwanta District Hospital et dans les environs. La plupart des chiffres sont quant à eux issus des statistiques du bureau local de prévention des maladies. Les données plus objectives sont parfois jalonnées de témoignages et d'impressions forcément plus subjectives mais, à notre avis, non moins révélatrices de la situation réelle.

Nous avons jugé souhaitable d'introduire la situation dans le district par quelques brèves informations générales sur le Ghana, qu'elles soient d'ordre médical ou non. Elles permettent de mieux saisir la dimension sociale dans laquelle s'inscrit forcément la médecine humaine. Nous espérons encore mieux vous la faire saisir par les photographies que nous avons placées ça et là dans le rapport.

En guise de conclusion, nous nous sommes permis de vous faire connaître notre opinion plus intime sur notre mois passé à Nkwanta. Nous espérons qu'ils vous montreront tout le bénéfice certainement durable de ce voyage sur notre esprit. Bonne lecture.

1. Le Ghana



1.1. Carte d'identité

Superficie : 240'000 km²
 Population : 22 millions (Projection 2050 : 40 millions)
 Capitale : Accra (2 millions d'habitants)
 Régime politique : République
 Langue officielle : Anglais
 Ethnie principale : Ashantis
 Climat : tropical à subtropical



Au premier regard, ce qui frappe l'observateur d'une carte du Ghana est sans aucun doute la grandeur du Lac Volta. A juste titre d'ailleurs puisque sa superficie atteint les 8000 km² (soit 30 fois le canton de Genève). Il s'agit d'un lac artificiel. La construction du barrage d'Akosombo a duré de 1963 à 1965. 750 villages ont dû être évacués, ainsi que les dizaines de milliers de personnes qui y habitaient. Ils ont été relogés à Tema, ville entièrement créée pour eux le long de la côte à 50 km d'Accra. A l'époque déjà controversée, la construction du barrage a prouvé à tous que la réalisation d'un projet ambitieux n'était pas une utopie dans l'Afrique de l'Ouest des années 60. Il fournit de l'électricité dans tout le pays ainsi qu'au Bénin, au Togo et à la Côte d'Ivoire.

Il nous paraît important de fournir des données supplémentaires sur le pays. Pour leur donner un sens moins abstrait, nous les mettrons en perspective avec quelques chiffres suisses. Par ailleurs, il n'est pas sans rappeler que la plupart d'entre eux ont un rapport indirect avec la santé publique.

		
Espérance de vie	57 ans	80.5 ans
Croissance démographique	1.8 %	0.7 %
Proportion des – de 15 ans	40 %	15 %
Densité de population	90 hab/km ²	180 hab/km ²
Population urbaine	45 %	60 %
Mortalité infantile	6 %	0.6 %

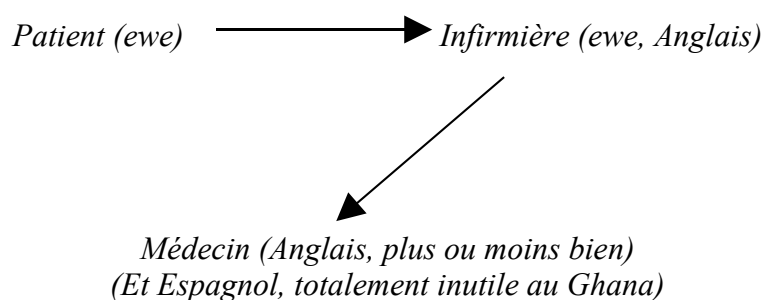
IDH	0.54 (129/177)	0.93 (10/177)
Alphabétisation	55 %	82 %

1.2 Langues et Religions

L'Anglais est la langue officielle du pays, utilisée dans l'administration et les relations publiques. Cependant, le niveau moyen en Anglais dépend directement du niveau d'éducation des personnes puisque c'est à l'école qu'il est appris. Ainsi, toute la population le comprend et en maîtrise les bases mais peu de personnes le parlent parfaitement.

Les discussions informelles entre gens de la même région ont lieu en dialecte local. On en dénombre une dizaine, les principaux étant le **twi** et le **fante**. A Nkwanta, les gens parlent le **ewe**.

Les barrières de communication à l'hôpital : la majeure partie des consultations se déroulaient en Anglais. Lorsqu'un patient ne parlait pas l'Anglais, l'infirmière présente dans la salle de consultation traduisait l'ewe au médecin. Le problème principal était que les deux médecins cubains parlaient relativement mal l'Anglais. Nous servions parfois d'interprètes lorsque des patients togolais se présentaient à l'hôpital (la frontière togolaise se trouve à 20 km de Nkwanta). Situation type lorsque le patient ne parle pas l'Anglais :



60 % des Ghanéens sont catholiques, 15 % musulmans. Les autres pratiquent des cultes animistes locaux. Ils sont très religieux et consacrent une grande partie de leur dimanche à aller prier et chanter à l'église. Un office religieux avait lieu un ou deux matins par semaine à l'hôpital. Le personnel soignant y participait aussi.

1.3 Situation actuelle

La situation politique est réellement stable depuis le début des années 90. La situation économique est bonne en comparaison des autres pays africains de la région. L'augmentation du prix des matières premières et la création d'emplois à haute valeur ajoutée ont permis une augmentation du PIB de 5 % par année depuis 2002. L'amélioration des finances a permis l'effacement d'une partie de la dette. La corruption est élevée mais reste en deçà de celle observée dans les autres pays africains. La redistribution des revenus y est donc plus équitable.

La fuite des cerveaux reste un problème préoccupant. Elle concerne 50 % des diplômés universitaires, soit le deuxième taux le plus élevé au monde après Haïti. Il y a plus de médecins ghanéens en Grande-Bretagne qu'au Ghana. La situation est identique avec les Etats-Unis et le Canada. En 2004, il y avait 1 médecin pour 100'000 habitants au Ghana.

- PIB/hab: 380 \$ (plus de 100 fois inférieur à celui de la Suisse)
- Ressources principales : or, diamants, cacao, tourisme

1.4 Histoire

15^e : Découverte et colonisation de la côte par les Portugais ;

17^e : Forte concurrence entre les Hollandais, les Anglais, les Suédois, les Danois, les Français et les Portugais ; la raison principale étant les ressources aurifères et la traite des Noirs ;

18^e – 19^e : les Anglais prennent l'ascendant sur les autres puissances déclinantes ;

1919 : La SDN place le Ghana (à l'époque Gold Coast et Togoland) sous mandat britannique ;

1957 : Proclamation de l'indépendance ; Joseph Nkrumah est proclamé premier président du Ghana ;

1960 : Le Ghana est proclamé République démocratique ;

Depuis 2000 : John Kufuor est Président de la République, élu démocratiquement puis réélu en 2004.



2 Ghana Health Service

Ses buts principaux sont la prévention des maladies, la promotion de la santé, la disponibilité de soins de qualité et la réhabilitation des patients. Le GHS tend vers cet idéal en essayant de réduire les inégalités d'accès aux soins en décentralisant les structures les dispensant et en promouvant un système d'assurance qui bénéficie aux plus démunis. En outre, il établit un plan quinquennal pour la gestion de la santé publique.

Les principaux problèmes de santé au Ghana sont 1) la malaria 2) la tuberculose et 3) le vers de Guinée. Il s'agit donc avant tout de problèmes infectieux.

Voici regroupées dans deux tableaux les principales données du GHS concernant la santé au Ghana ainsi que ses principales actions.

Indicateur	Valeur (2003)
Total des dépenses de santé en % du PIB	4.5
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	31.8
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	68.2
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	5.0
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé	15.8
Paiements directs en % des dépenses privées de santé	100.00
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé	0.0
Total des dépenses de santé par habitant (US\$)	16
Total des dépenses de santé par habitant (US\$)	98
Dépenses publiques de santé par habitant (US\$)	5
Dépenses publiques de santé par habitant (US\$)	31

Indicateur	2004
Nombre de médecins	3,240
Densité médicale pour 1000 habitants	0.15
Nombre d'infirmières	19,707
Densité	0.92
Nombre de dentistes	393
Densité	0.02
Nombre de pharmaciens	1,388
Densité	0.06
Nombre de laborantins	899
Densité	0.04
Nombre d'aide-infirmiers	7,132

Densité	0.33
Nombre de personnel administratif	19,151
Densité	0.90

⇒ **Augmentation de l'efficacité des soins**

Les *guidelines* générales du GHS sont :

- Augmenter la performance des soignants
- Mieux gérer les différents niveaux de priorité des soins

Pour comparer l'efficacité des différents hôpitaux, il a fallu quantifier l'efficacité E des soins. Elle est calculée ainsi :

$$E = x / y$$

x = taux d'occupation quotidien des lits [Nkwanta : 55 %]
y = turnover quotidien de chaque lit [Nkwanta : 30 %]

E(Nkwanta) = 55 / 30 = 1.83, très légèrement en dessus de la moyenne nationale.

⇒ **Politique de santé face au HIV**

Le Ghana n'est pas un pays très touché par le HIV en comparaison des autres pays africains. La prévalence y est de 3.8 % (2004). Elle atteint les 40 % au Botswana et au Swaziland, ce qui a un effet dévastateur sur l'espérance de vie (37 ans contre 57 au Ghana...et 77 en Suisse). Cependant, le pays comptant 22 millions d'habitants, le nombre absolu de patients diagnostiqués dépasse les 800'000. C'est un véritable challenge pour un pays pauvre que de s'en occuper. Le GHS a édité des *guidelines* sur

- la trithérapie
- la gestion des infections opportunistes dues à l'infection primaire
- la prévention de la transmission verticale mère – enfant (la mère est traitée prioritairement pendant la grossesse, de même que le nouveau-né après la naissance)

Le prix d'une trithérapie reste extrêmement élevé pour un Ghanéen. Nous en avons côtoyé quelques uns durant notre séjour à l'hôpital. Nous avons su que pour soigner l'un d'eux, ses deux frères étaient allés à Accra pour vendre au marché une ou deux de leurs vaches...preuve que le prix du traitement n'est pas à la portée du salaire mensuel.

⇒ **Maternal and Child Health**

Ce programme regroupe diverses mesures de médecine préventive et de santé publique dont les buts généraux sont bien entendu l'amélioration de l'état de santé des nouveaux-nés, des enfants et des adolescents ainsi que des mères.

Nutrition

A Nkwanta, une grande partie de ces programmes concerne la nutrition : *Infant and Young Child Feeding Strategy* et *Community based Nutrition and Food Security project*.

- Lutte contre les carences en sel par *Iodine Deficiency Disorders Control*
- Lutte contre les carences en fer par *Iron Deficiency and Anemia Control*
- Lutte contre les carences en vitamine A par *Vitamin A Deficiency Control*

Immunisation

Un deuxième aspect très important de ce programme concerne l'immunisation : *Expanded Program of Immunization* contre :

- Tuberculose
- Diphtérie, Tétanos, Pertussis
- Rougeole

Les campagnes de vaccination sont généralement couronnées de succès puisque la couverture vaccinale dépasse toujours les 80 %, excepté pour la rougeole.

Exemple : la rougeole dans le district

- Couverture vaccinale : 77 % (dès 2004)
- Nombre de cas en 2003 : 13
- Nombre de cas en 2004 : 2
- Nombre de cas en 2005 : 2

Planning familial

Il concerne les mesures prises au niveau de la santé sexuelle et génitale :

- Distribution de pilules
- Distribution de préservatifs
- Mesures de stérilisation des femmes
- Examens gynécologiques approfondis

	2003	2004	2005
Nombre d'utilisateurs de préservatifs	1405	1485	1768

3 Le district de Nkwanta

3.1 Situation générale



Géographie

Le district de Nkwanta est situé au nord de la région de la Volta, elle-même située dans l'est du pays. Il est l'un des douze districts qui la composent.

Ce district, éloigné d'environ 400 kilomètres de la capitale Accra se situe entre le lac Volta et la frontière avec le Togo, à l'est. Il se trouve en dehors des grands axes routiers et est éloigné des grandes villes ghanéennes.

La ville principale est Nkwanta, capitale du district avec un peu moins de 12'000 habitants. Les autres villes – ou grands villages sont Brewaniase, Kpassa, Damanko et Bonakye.

Climat et végétation

Dans cette partie du Ghana, le climat est de type semi équatorial, avec une saison sèche et une saison des pluies. Les variations de température vont de 28°C en mars à 24°C en juillet. La végétation varie entre forêt semi-déciduale et grandes étendues de savane. Le climat joue un rôle majeur dans les problèmes de santé de la région puisqu'il permet au vecteur de la malaria (l'anophèle) de s'y épanouir.

Population

D'après un dernier recensement en 1999, la population dans le district de Nkwanta est de 187'523 avec un taux de croissance de 2.6% par année. Cependant ces chiffres varient quelque peu selon différentes sources. L'ordre de grandeur est d'environ 190'000 habitants. La densité de population est de 25 personnes par kilomètre carré.

Religion

La religion est très présente au Ghana, et notamment dans ce district très pauvre. Dans la région où nous nous trouvons, nous avons pu rencontrer principalement des pratiquants catholiques et animistes. Plusieurs fois par semaine, tôt le matin avant les consultations, un prêtre venait donner la messe dans la salle d'attente de l'hôpital.

Transport et communication



Seuls deux tronçons importants traversent le district, décrivant tous deux parallèlement un axe nord-sud. Ces routes sont composées de terres en grandes parties et plus rarement de goudrons.

L'état de ces routes est un des composants responsables de la situation économique et sanitaire de cette région. De plus, lors de la saison des pluies, les routes en terre devenant boueuses sont parfois complètement immaîtrisables.

Beaucoup de communauté ne sont accessibles que par vélo ou moto, ce qui réduit évidemment beaucoup l'accès au soins de ces personnes.

De plus, au Ghana les gens voyagent en bus ou en taxi. Ainsi tout déplacement engage un coup parfois important pour des gens volant se rendre à l'hôpital.

3.2 La santé dans le district de Nkwanta

Nkwanta est l'un des 15 districts que compose la région de la Volta. Les maladies principales sont pour la plupart communes à tout le Ghana.

Le schéma ci-dessous illustre les principales causes d'admission dans les deux hôpitaux du district au cours de l'année 2005.

Malaria	26.4%
Anémie (souvent secondaire à la malaria)	11.9%
Hypertension	5.0%
Hépatite	4.4%
Pneumonie	3.1%
Fièvre typhoïde	3.1%
Piqûres de serpent	2.5%
Diarrhée	1.9%
ARI	1.3%
Autres pathologies cardiovasculaires	1.3%

Le paludisme, l'anémie et l'hypertension sont donc les trois principaux problèmes de santé auxquels les hôpitaux doivent faire face, le paludisme étant de loin le plus important.

3.2.1.1 La structure du système de santé

Pour pallier à ces problèmes de santé, le système de santé du district de Nkwanta est organisé sur la base d'une structure à trois niveaux allant des plus petites structures de santé au niveau d'une communauté, jusqu'au principal hôpital du district. Cette organisation du système de santé primaire est commune à tous les districts de la région et du pays.

Niveau A :

Il s'agit ici de tous les fournisseurs de santé à petite échelle qui sont implantés localement, dans une petite communauté. Sont regroupés ici les nurses (ou infirmières) faisant parties du programme CHPS (ceci va être développé plus loin), les petites pharmacies de village (chemical sellers), les petites cliniques de communauté ainsi que les fournisseurs de médecine traditionnelle. Ces fournisseurs de soin travaillent en association avec le VHC (village health committees), petit comité chargé de la santé de la communauté, ainsi que les VV (village volunteers) qui sont pour la plupart des jeunes humanitaires implantés dans un village (ex. Peace Corps). Il s'agit donc ici de petites structures faiblement équipées implantées dans, et travaillant avec, une communauté donnée.

Niveau B :

Au niveau B se trouvent regroupés les petits centres de santé dans lesquels travaillent plusieurs nurses ainsi qu'un assistant médical. Ils sont relativement faiblement équipés et sont les fournisseurs de soins de plusieurs communautés.

Niveau C :

Le niveau C est composé de l'hôpital du district uniquement. Il constitue la structure la plus importante dans le système de santé primaire du district. Les cas qui dépassent les capacités et moyens de ces hôpitaux sont référés à l'hôpital régional ou aux 'teaching hospitals', équivalents aux hôpitaux universitaires en Suisse, qui sont mieux équipés et parfois capables de traiter les cas les plus graves.

3.2.1.2 Logistique

Transports

Le NDH possède – ou possédait – une dizaine de pick-up, une ambulance 4x4 ainsi que 23 motos à dispositions des infirmières CHPS. A cause de la conduite hasardeuse – pour ne pas dire téméraire – de certains chauffeurs et de l'état pitoyable des routes, 4 pick-up ont été détruits en 2005. Quant aux motos, une dizaine ont été détruites la même année et une autre dizaine sont hors service. Il ne reste pour ainsi dire que 3 motos réellement utilisables pour le district. Une reste à Nkwanta et les deux autres sont à Damanko et Kpassa, deux grands villages du district.

Durant l'année 2005, les statistiques du NDH montrent que les véhicules ont roulé plus de 166'000 km et consommé plus de 22'000 litres d'essence pour un coût total (essence + réparations) d'environ 160'000'000 Cedis, soit à peu près 35'000 CHF. Cette somme reste importante pour le NDH et constitue un problème réel de financement pour le directeur de l'hôpital.

Ressources humaines

Le manque de personnel qualifié est un des problèmes majeurs dans le district, pour ne pas dire au Ghana et même dans toute l'Afrique, voire le Tiers-Monde. Le ratio docteur : habitant reste cependant légèrement plus élevé que dans le reste du pays mais il est difficile, à notre avis, de donner un sens à cette statistique puisqu'elle ne tient pas compte de l'accessibilité à ces mêmes docteurs (nombre de kilomètres à parcourir, transports à dispositions, etc.)

Ratio Docteurs : Habitants en 2004 = environ 1 docteur pour 40'000 habitants.

Collaborations avec l'étranger

De nombreuses ONG ainsi que des aides institutionnelles participent au financement des structures de soins dans le district.

- Women and Development Programme
- World Vision International
- Population Council
- Japan Embassy
- Liverpool School
- John Hopkins University
- Unilever Ghana
- USAID
- Sight Savers

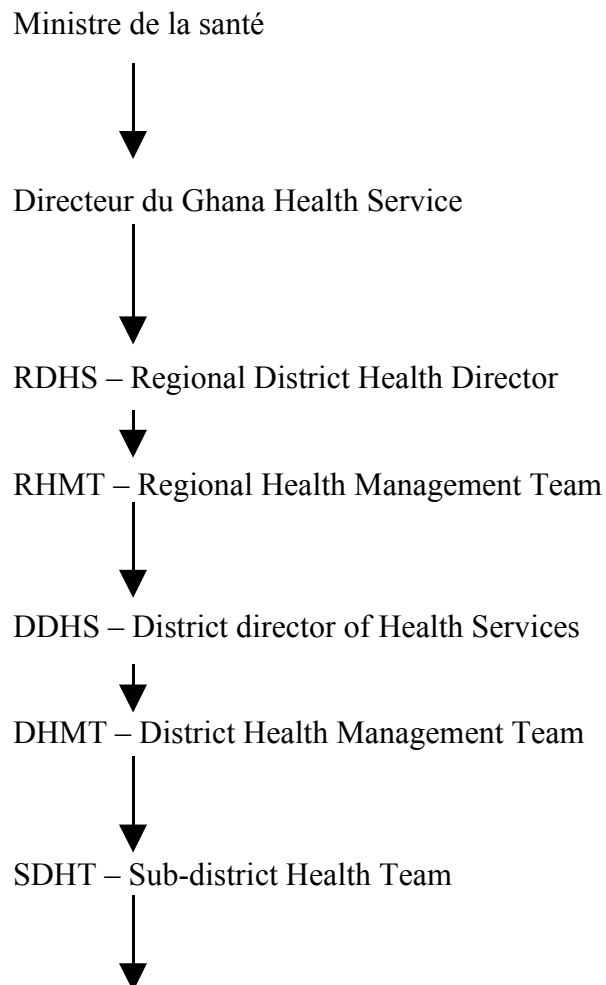
- Danida Water and Sanitation
- Health Research Unit – Ghana-Dutch Research

3.2.1.3 Les organismes de gestion et de contrôle du système de santé au niveau régional

Les trois niveaux de fournisseurs de soins sont chacune sous le contrôle de différents organismes chargés de leur gestion.

Le système de santé du district est sous la responsabilité du DHMT (district health management team), qui est composé d'un petit comité qui est dirigé par le District Health Director, qui endosse la responsabilité du système de santé de tout le district. Ce DHMT est lui-même sous le contrôle du District Assembly (assemblée adressant tous les problèmes à la fois économiques et sociaux du district) ainsi que du RHMT (regional health management team), équivalente à la DHMT mais cette fois-ci pour toute la région. Ces deux organismes sont responsables de fournir de l'aide à la fois technique et administrative au DHMT pour l'aider dans son travail. De plus petits groupes travaillent aussi en aval du DHMT en étant responsable de la santé de plus petites communautés. Il s'agit de SDHT (sub-district health team).

Cette organisation est illustrée ci-dessous.



CHO – Community Health Officer ↔ CHC- Community Health Comitee

Le DHMT est donc responsable de la santé de la population du district, ce qui implique qu'il doit être actif à plusieurs niveaux. En effet, ce comité se doit de gérer un éventail d'aspect ayant un lien avec le niveau de santé, les principaux étant

- soins médicaux
- soins maternels et de l'enfant (voir planning familial)
- éducation sur la santé
- contrôle et surveillance des maladies
- conseils et promotions sur la nutrition
- amélioration de l'environnement sanitaire (et éducation de la population)

Nous allons maintenant reprendre chacun de ces niveaux du système de santé primaire de façon à les analyser de manière plus détaillée.

3.2.2.1 Le Niveau C (Nkwanta District Hospital)

L'hôpital est l'endroit où nous avons passé le plus de temps durant ce stage. Nous allons donc passer en détail sa structure, son équipement, son personnel ainsi que ses capacités et ses limites face à des problèmes de santé plus graves.

Historique

Le Nkwanta District Hospital a été fondé il y a 10 ans. Il était à l'époque le seul hôpital du district. Il y a depuis quelques années un second hôpital qui a été implanté dans le district, situé lui aussi à Nkwanta. Ce dernier, l'hôpital St. Joseph, est un hôpital religieux relativement plus petit et moins bien équipé que le Nkwanta District Hospital. Chaque hôpital a un seul et unique médecin qui y travail, chacun étant capable d'opérer des cas plus ou moins complexes. Lorsque l'un des deux médecins est absent, les cas graves nécessitant un avis médical immédiat où une opération chirurgical sont référés à l'autre hôpital. Les opérations les plus délicates sont le plus souvent opérées par le Dr Koku, du Nkwanta District Hospital, qui est le chirurgien le plus qualifié des deux. Il existe donc une grande entraide entre ces deux hôpitaux qui luttent ensemble pour assurer une qualité de soins acceptable pour la population du district.

Le Dr Koku Awoonor Williams est arrivé lors des fondations de l'hôpital et a pris en charge sa construction et son développement. Il occupe actuellement de multiples fonctions au sein du district. En effet, il est à la fois le seul médecin officiel de l'hôpital (et donc seul chirurgien), directeur de l'hôpital ainsi que directeur du DHMT, et donc responsable de tout le système de santé du district. Tout le système de santé du district repose donc principalement sur les épaules de ce médecin.

Il est aussi important de savoir que lorsque cet hôpital a été créé, il n'y avait pas encore d'électricité ni d'eau courante dans cette région. Le téléphone a été installé il y a seulement trois ans (2003) et une connexion internet vient d'y être installée, quelques semaines avant notre visite.

Annexes

⇒ *Utilisation des ressources*

L'utilisation des ressources de soins augmente chaque année dans le district. Plus de 13'000 patients sont venus suivre une consultation ambulatoire en 2005 au Nkwanta District Hospital. Par ailleurs, plus de 9'000 ont consulté au St – Joseph Hospital et plus de 33'000 dans les différentes structures CHPS.

Out Patient Department per capita en 2005 : 0.28

Out Patient Department per capita en 2004 : 0.26

Out Patient Department per capita en 2003 : 0.16

La malaria reste la principale raison de consultation en OPD, à hauteur de 40 % environ.

⇒ Admissions

Il existe deux hôpitaux dans le district : Nkwanta District Hospital et St – Joseph Hospital. Le taux d'admission en 2005 fut de 26,5 pour 1000 habitants.

Admission au NDH en 2005 : 1838

Admission au NDH en 2004 : 2277

Admission au St – J H en 2005 : 2572

Admission au St – J H en 2004 : 1560

La baisse du nombre de consultation au NDH est due au fait que le directeur de l'hôpital, le Dr Koku Awoonor-Williams, est souvent absent en raison de voyages ou d'autres missions. Le Dr Koku étant un médecin et chirurgien réputé dans le pays, l'attrait de l'hôpital diminue considérablement en son absence, d'autant plus que le NDH se trouve à environ 45 minutes aller-retour à pied du centre ville alors que le St – Joseph Hospital se situe en plein centre.

La durée moyenne d'un séjour au NDH est de 11,8 jours.

⇒ Exemptions de frais

Le NDH, en accord avec les principes du GHS, continue à fournir des soins gratuitement à une certaine partie de la population :

- enfants < 5 ans
- femmes enceintes (soins anténataux et accouchement)
- personnes âgées

Le manque à gagner pour l'hôpital est compensé par des remboursements par le GHS. Au total, ce programme d'exemption coûte au GHS environ 300'000'000 Cedis, soit environ

40'000 CHF par année, somme qui peut paraître négligeable en comparaison des frais de santé occidentaux au vue du nombre de personnes qui sont avantagées par ce principe.

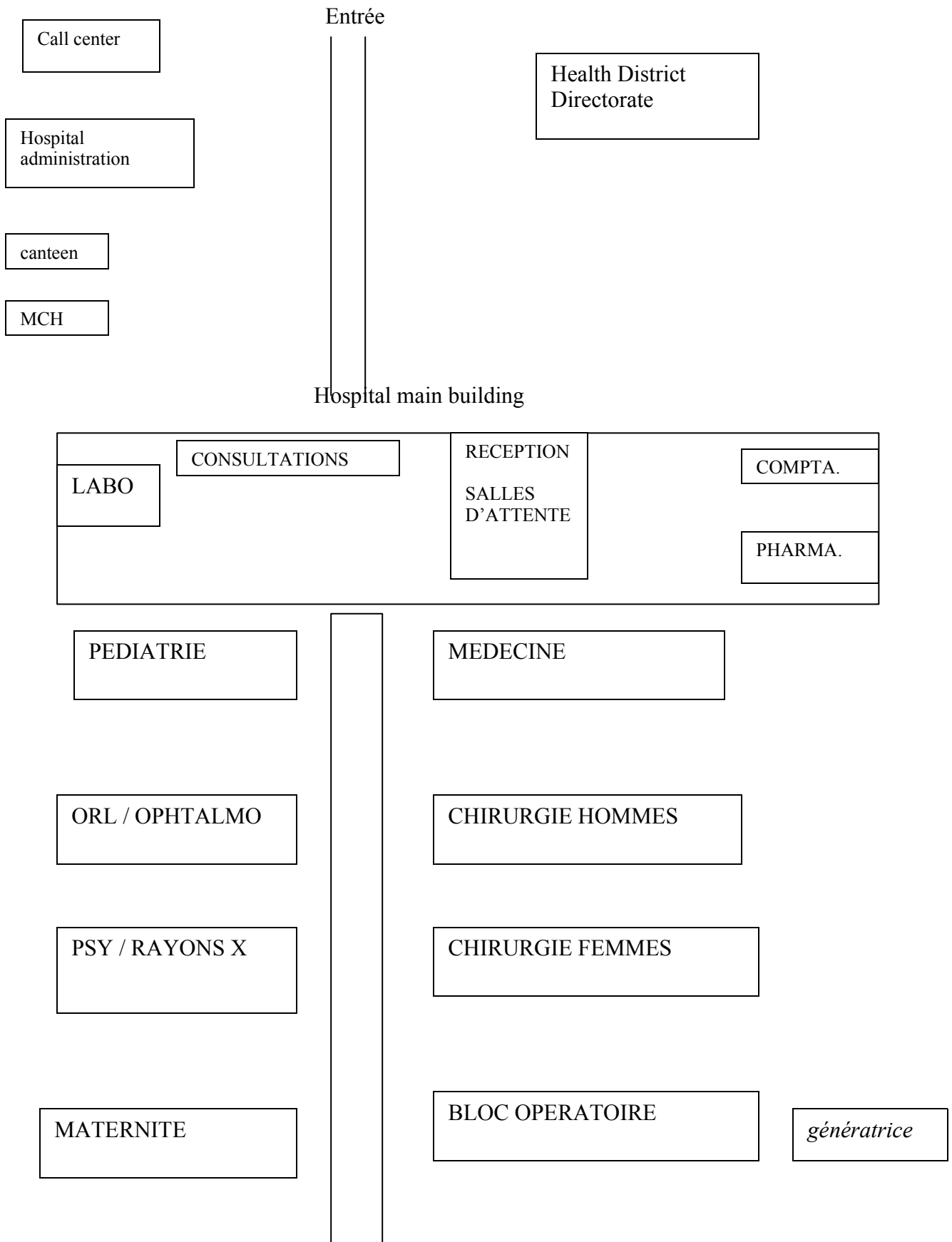


⇒ *Soins chirurgicaux*

Le Dr Koku est le seul chirurgien de la région. Il pratique essentiellement la chirurgie viscérale et gynécologique ainsi que toutes les autres petites opérations. Il n'y a pas de soins en neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et chirurgie cardiaque et thoracique. Cependant, une à deux fois par année, le Professeur Quartey de Accra venait à Nkwanta pour pratiquer la chirurgie orthopédique et traumatologie ainsi que... les opérations de la prostate !

Malheureusement, le Prof. Quartey et ses assistants – les Dr Bentsi et Wiafe - sont morts en 2005 dans un accident de la circulation en revenant justement de Nkwanta en direction d'Accra. Il s'agit là d'un terrible coup du sort en sachant que les médecins sont extrêmement rares au Ghana. Paix à leur âme.

PLAN DE L'HOPITAL



Comment ça marche pour le patient qui vient consulter au Nkwanta District Hospital?

-L'hôpital étant le seul endroit où se trouve un médecin dans tout le district, il sert à la fois de lieu de consultation et de lieu d'admission pour les patients nécessitant des soins prolongés.

-Les personnes venant consulter pour un problème de santé arrivent tout au long de la journée, mais en plus grand nombre le matin. En effet, ces personnes viennent pour la plupart de villages éloignés, et doivent donc venir tôt le matin, souvent à pied ou en bus, pour avoir le temps de rentrer chez eux avant la tombée de la nuit.

-Ils s'adressent ensuite à la réception OPD (Out Patient Department) où s'opère une collecte de plainte par une infirmière. Les motifs de consultation sont notés par cette dernière sur une petite carte (OPD card) où sont notés le nom, prénom, date de naissance, âge, sexe et lieu de résidence du patient. Il lui est aussi donné un numéro d'identification qui est inscrit sur la carte et qu'ils garderont pour une éventuelle future consultation.

-Les patients attendent ensuite dans le hall que l'équipe médicale ait fini la visite des patients admis. Pendant cette attente, le hall devient souvent un lieu de prière ou un prêtre vient dire une messe tôt le matin. L'attente peut durer plusieurs heures.

-Lorsque l'équipe médicale a fini la visite des patients admis, le médecin (si il est présent) et l'assistant médical commencent les consultations. Une infirmière leur donne les cartes OPD des patients, qu'ils se partagent entre eux.

-Le patient entre alors dans la salle de consultation où le médecin a déjà sa carte avec sa collecte de plainte. Il lui pose ensuite quelques questions et l'examine. Les détails sur la relation médecin-malade et la qualité de ces entretiens seront détaillés dans un chapitre ultérieur.

Suivant ce que le médecin ou l'assistant médical a trouvé lors de la consultation, le patient va :

-au laboratoire pour des analyses plus poussées (le plus souvent un test pour la malaria). Il est à noter que la plupart des analyses nécessitent de l'électricité et que les coupures sont fréquentes et peuvent durer plusieurs heures voir des jours et même parfois des semaines. Dans le cas d'une coupure de courant, le patient est renvoyé chez lui et il lui est demandé de revenir dans quelques jours, si son cas n'est pas une urgence médicale. Si le laboratoire fonctionne, le test dure en général 1 heure lorsqu'il n'y a pas de file d'attente. (le laboratoire est détaillé plus loin). Il revient ensuite voir le médecin avec ses résultats, qui le traitera en conséquence.

-à la pharmacie si le diagnostic est posé et que le traitement est disponible à la pharmacie de l'hôpital. Le patient peut alors directement retirer ses médicaments à la pharmacie avec l'ordonnance que lui a donné le médecin. Si le traitement n'est pas disponible à la pharmacie de l'hôpital, le patient doit alors aller au village ou dans la ville la plus proche pour l'obtenir.

-être admis dans l'hôpital si son cas le nécessite.

Les consultations et les soins aux patients admis à l'hôpital ne représente qu'une partie des services dont s'occupe l'hôpital du district.

Les autres services proposés par l'hôpital sont :

UGENCES

Une nouveauté dans le district est l'achat d'une ambulance relativement bien équipée. Cette unique ambulance (pour l'unique médecin de l'hôpital) sert donc pour tout le district. Le problème est le fait que la majorité de la population ignore l'existence de ce service d'urgence et donc n'y font pas appel, ou sont incapable d'y faire appel vu le manque de moyens de communication dans le district.



MATERNITE

L'hôpital propose une prise en charge gratuite du suivi de grossesse ainsi que des accouchements. Un accès facile et financièrement accessible est important dans ce domaine étant donné le pauvre degré d'éducation de la population sur les problèmes liés à la grossesse, et les croyances traditionnelles allant souvent à l'encontre du bien-être de la femme et de l'enfant. Les femmes sur le point d'accoucher sont donc admises gratuitement à l'hôpital, l'accouchement est assisté par une équipe médical et la femme et l'enfant sont ensuite maintenus sous observation pendant une période de 24 heures dans le cas où il n'y a pas eu de complication.

SOINS SPECIALISES

Operation Ghana Medical Mission est une association de médecins spécialisés qui, une ou deux fois par année, font des rondes dans les différentes régions reculées du pays pour prendre en charge et opérer les cas nécessitant une chirurgie spécialisée (par exemple les cas de trauma ou des prostatites) qui dépassent la capacité du médecin de l'hôpital.

MCH (*Mother and Child Health*)

Il s'agit ici d'un centre chargé du recensement et du suivi des enfants dès leur naissance. Ils sont répertoriés, mesurés, pesés et vaccinés suivant un schéma de suivi précis. Ces données sont notées dans un petit livret propre à l'enfant- le *child health book*. Ce livret contient toutes les données liées à la santé de l'enfant et est d'une grande utilité pour le médecin lorsque l'enfant vient consulter.

PSYCHIATRIE

Lors d'une discussion, le Dr Koku nous a avoué que non seulement la disponibilité des traitements psychiatriques était mauvaise au Ghana – et certainement dans tous les pays pauvres – mais aussi que la simple conscience de l'existence de tels troubles restait faible.

Premièrement le diagnostic de troubles psychiatriques nécessite la présence de psychiatres. C'est une lapalissade...mais pas au Ghana puisqu'il n'y en a pour ainsi dire pas. Deuxièmement, lorsque les symptômes sont tels qu'ils ne peuvent être ignorés, le degré de stigmatisation est si élevé qu'il isole le patient du système social qui pourrait l'en soigner.

Pour lutter contre cet état de fait, le *GHS* pousse à la création de structures pouvant accueillir de tels patients. Il existe à Nkwanta des lits de psychiatrie mais, en un mois, nous n'y avons vu aucun patient y séjourner. La consultation ambulatoire de patients psychiatriques n'existe pas.

LABORATOIRE



Introduction

Les tests de laboratoire tiennent un rôle très important dans l'hôpital. Ils sont en effets les seuls examens paracliniques sur lesquels peuvent s'appuyer les médecins puisqu'il n'y a aucune possibilité d'avoir recours à quelque méthode que ce soit d'imagerie ou autre.

Les limitations principales sont de trois ordres. Premièrement les coupures de courant sont quotidiennes et empêchent le fonctionnement du microscope optique ou de la centrifugeuse. Contrairement à la salle d'opération, le laboratoire ne dispose pas d'une génératrice. Deuxièmement, le manque de spécificité et / ou de sensibilité de certains examens n'est jamais comblé puisqu'il n'y a pas d'autres examens possibles. Finalement, la formation des laborantins n'est pas optimale.

Lorsque l'infirmier anesthésiste nous confia qu'il pensait souffrir de la malaria, nous lui avons conseillé d'aller faire le test correspondant au laboratoire. Il nous répondit qu'il n'avait aucune confiance en leurs moyens. Il nous raconta qu'il y avait une fois envoyé son urine, à la place de celle de sa femme, pour un test de grossesse...Bien entendu le test fut positif.

Lors de nos consultations ambulatoires du matin, nous avons compté que plus d'un patient sur deux était envoyé au laboratoire, surtout en vue de diagnostiquer – ou non – la malaria. Lorsque la proportion augmente, il n'est pas rare que le laborantin interrompe la consultation des médecins pour leur demander de diminuer le nombre de demandes d'examen...

Tests

- a) Tests sanguins
 - [Hémoglobine]
 - Vitesse de sédimentation
 - Groupes sanguins ABO et Rhésus
 - Leucocytes
 - Test de Coombs
 - Bf (malaria)
 - HIV
 - Grossesse
 - [Glucose]

- b) Infectiologie
 - Fèces
 - Urine
 - Sperme
 - VDRL
 - Sputum AFB (tuberculose)
 - HBsAg (hépatite B)

SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Le MCH pour *maternal and child health* est un programme qui a été mis en place depuis environ quinze ans par le Ghana Health Service (GHS).

Ce programme doit être suivi par les femmes enceintes et surtout par les jeunes mères. Il y est donné un enseignement sur la grossesse et la façon de gérer un nourrisson. On y prodigue également différents services comme des campagnes de vaccination, un enregistrement des naissances et un suivi des nourrissons, avec notamment une pesée régulière de ces derniers. Chaque mère reçoit un livret qui regroupe toutes les informations et données nécessaires au suivi de l'enfant.

Les femmes concernées par ce programme doivent s'y rendre régulièrement, correspondant au suivi de leur enfant selon le livret ou sur conseil du médecin. Elles se réunissent avec des infirmières spécialisées dans une annexe de l'hôpital. Le fait qu'elles soient en groupe permet de mieux éveiller chez elles un esprit communautaire où elles peuvent échanger des informations et des conseils.

De plus il est intéressant de noter que tant les mères que les enfants sont bien habillés lorsqu'ils vont au MCH, comme pour un événement exceptionnel. Cela montre que les gens accordent intérêt et un respect pour ce genre de programme.

Le livret de l'enfant

Ce livret a plusieurs rôles, c'est un carnet de naissance, un carnet de vaccination, un suivi de l'évolution de l'enfant, puis on y trouve des informations sur la nutrition et les maladies de l'enfant.

La mère doit le garder précieusement et il est demandé par le médecin à chaque fois qu'un enfant lui est amené.

La vaccination

Pendant le programme MCH ou à d'autres moments, l'enfant est vacciné contre :

- La poliomyélite, à la naissance puis un rappel à 6, 10, 14 mois.
- La rougeole, à 9 mois.
- La fièvre jaune, à 9 mois
- La diphtérie, le pertussis, l'hépatite B, H.Influenza B et le tétanos (5 en 1).

Toutes ces vaccinations sont reportées dans le livret à la page correspondante.

La croissance de l'enfant

L'évolution est suivie d'après le poids en fonction de l'âge de l'enfant. Lors de la venue de la mère et de l'enfant au MCH, ce dernier est régulièrement pesé et les données sont reportées dans le livret sur un graphe et comparé à une courbe témoin. (Figure 1)

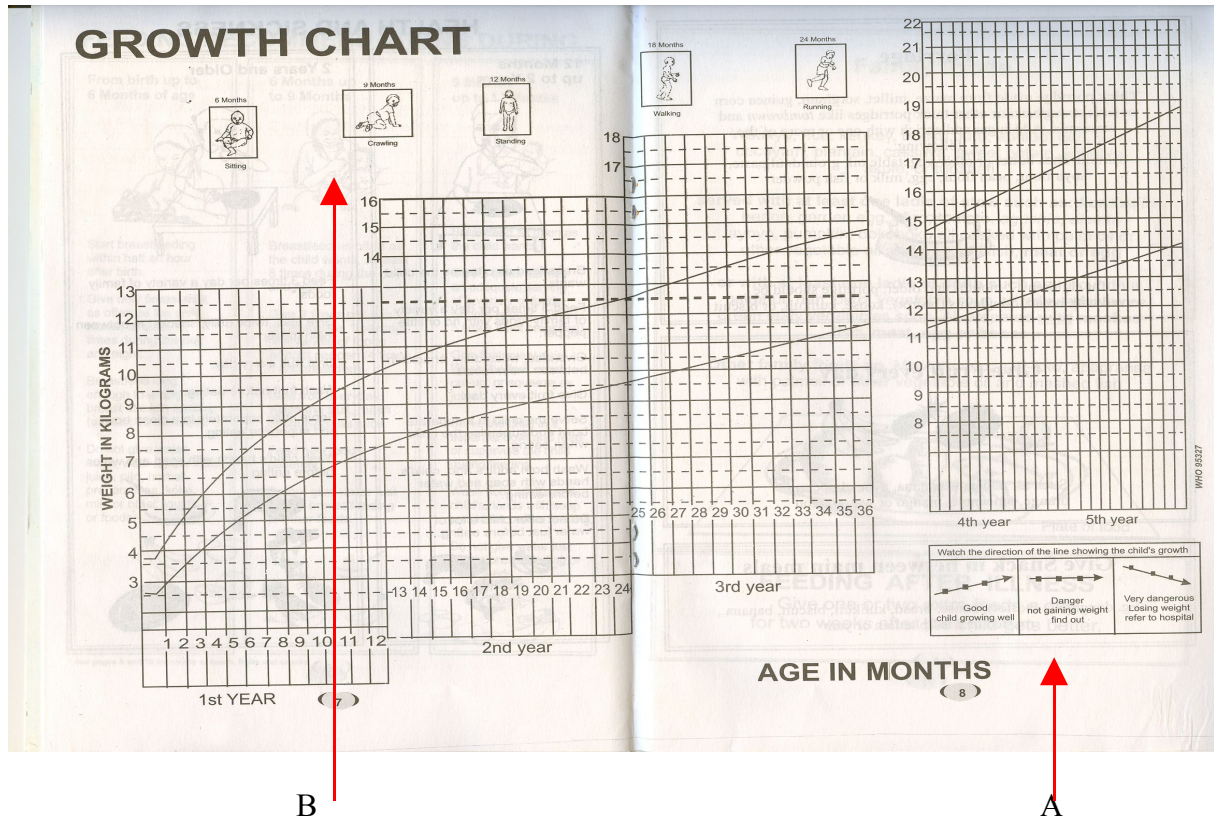


Figure 1 :

A : Il est expliqué dans le livret que si la courbe est positive, la croissance est bonne, si elle est nulle, la croissance ne l'est pas et que si elle est négative, l'enfant est en danger et qu'il faut se rendre à l'hôpital.

B : Il est expliqué à la jeune mère à quel moment, approximativement, son enfant devrait commencer à se tenir à quatre pattes ou à marcher, afin de lui donner une comparaison de l'évolution de son enfant.

La nutrition

On trouve plusieurs points traitant de la nutrition. Le premier indique les différents régimes que l'enfant doit suivre suivant son âge. (Figure 2)

Il est donné également plusieurs indications sur des aliments importants pour l'enfant. La préparation du porridge est décrite, pouvant être faite à base de différentes farines (manioc, pomme de terre, maïs, blé, etc.) et comment ce plat pourrait être enrichi (farine de soya, beurre, huile de palme, beurre de cacahuète, poudre de poisson). Il est également souligné l'importance d'incorporer au régime des fruits et de la viande dès que possible.

Figure 2 :

From birth up to 6 Months of age



- Start breastfeeding within half an hour after birth.
- Give only breast milk as often as the child wants, at least 10 times during the day and night.
- Breastfeed long enough to empty the breast at each feeding. (at least 10 minutes).

6 Months up to 9 Months



- Breastfeed as often as the child wants, at least 8 times during the day and night.
- Give 3 times per day an adequate * serving of a variety of foods without pepper. (4 times if not breastfed).
- Give fruit everyday. Wash the fruit, mash or squeeze as juice.

6 Months up to 9 Months



- Breastfeed as often as the child wants, at least 8 times during the day and night.
- Give 3 times per day an adequate * serving of a variety of foods without pepper. (4 times if not breastfed).
- Give fruit everyday. Wash the fruit, mash or squeeze as juice.
- Feed new foods patiently.

9 Months up to 12 Months



- Breastfeed as often as the child wants.
- Give 4 times per day an adequate serving of a variety of foods without pepper. (Give 5 times if not breastfed)
- Give fruit every day. Wash the fruit; mash, cut-up, or squeeze as juice.
- Serve the child in a separate bowl and feed or supervise the child during feeding.

Le traitement des maladies à la maison

Dans ce livret, il est expliqué comment soigner des maladies fréquentes, ou du moins comment soigner leurs symptômes dans l'urgence. Ceci permet à la mère qui est dans

beaucoup de cas loin d'un centre médical d'intervenir elle-même en attendant d'amener son enfant à l'hôpital si le traitement ne suffit et qu'il apparaît des complications.

Est notamment décrit comment traiter :






La diarrhée : Comment traiter la déshydratation due à la diarrhée. (Cf. figure 3)

La fièvre : La malaria étant extrêmement fréquente dans cette région et rapidement mortelle chez les enfants qui sont les plus touchés, il est important de faire baisser la température du malade et de commencer un traitement antimalarique aussi vite que possible. La figure 4 montre à la mère comment cela est possible.

On trouve au dos du livret (figure 5) les différents signes de dangers que pourrait présenter l'enfant et qui nécessite de se rendre immédiatement dans une clinique.

Figure 3 :

HOME MANAGEMENT OF DIARRHOEA

1. **Give Home Fluids** eg. Rice Water. Coconut juice, Mashed kenkey, Mashed tuo zafi; porridge etc.
2. Give **ORAL REHYDRATION SOLUTION (ORS)**
 1. Sachet ORS

Mixed in

1 beer Bottleful of Clean water
 - or
 2. mineral Bottles full of Clean water

3. **CONTINUE FEEDING**
 - a. Breast Feed

 - b. Give other foods


Report at once to the nearest Clinic if

1. A child's diarrhoea does not stop in 24 hours.
2. There is blood in the stool

Figure 4 :

HOME MANAGEMENT OF FEVER

If a child's body is hot he/she might have Malaria take immediate action to avoid danger

For every child with fever

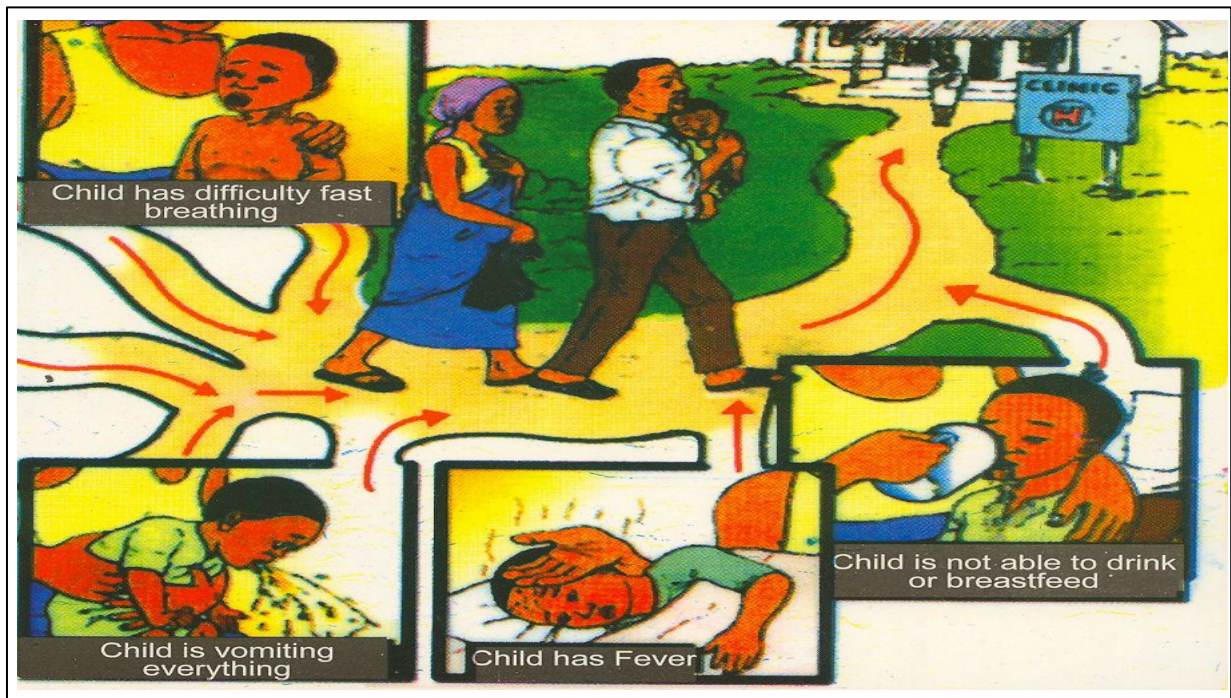
1. Sponge with water at room temperature
2. Give Paracetamol
3. Give chloroquine for three days

		CHLOROQUINE								
		Tabs			Syrup 5ml.			Syrup 10ml. Cup		
Age	Days	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 1	DAY 2	DAY 3
Under 1 year										
1 to 3 years										
3 - 5 years										

Report at once to the nearest clinic if

1. Child is convulsing
2. Fever does not stop 48 hours after giving Chloroquine
3. Child is weak or difficult to wake up

Figure 5 :



Conclusion

Le MCH, son livret de suivi de l'enfant et l'approche de la santé publique en général dans cette région et plus généralement au Ghana sont ciblés sur un processus de responsabilisation et de prévention des individus afin qu'ils participent pleinement au système de santé. Un médecin ne sera jamais aussi proche que le patient l'est de lui-même. En permettant au patient d'être son propre médecin, d'autant plus dans une région où l'on compte un docteur pour 160'000 habitants et où les patients ne peuvent atteindre géographiquement un hôpital dans les délais nécessaires, on peut agir plus rapidement, plus efficacement et sauver beaucoup de vies humaines.

CONTROLE DES MALADIES

A l'hôpital est aussi effectué le contrôle épidémiologique des maladies

HIV

111 cas de HIV ont été reportés dans le district en 2005. Le prix du traitement est très onéreux pour l'habitant du district car il inclut non seulement l'achat des médicaments mais encore le déplacement et l'hospitalisation à Ho, dans l'hôpital central de la région. C'est pourquoi l'accent est mis sur la prévention, soit par le médecin ou le *medical assistant* pendant les consultations privées en ambulatoire, soit par l'infirmière CHPS dans les écoles ou dans les autres structures de soin. Le personnel soignant insiste également pour que les personnes qu'on soupçonne être atteintes par les HIV fasse l'examen sanguin de détection. Généralement, les gens – et surtout les hommes – refusent de le faire par peur du diagnostic.

Incidence du HIV dans le district de Nkwanta en 2005

Hommes : 55

Femmes : 56

Enfants de moins de 5 ans : 4

Enfants de 5 à 14 ans : 2

Hépatite B

113 cas d'hépatite B ont été reportés dans le district en 2005. Le taux de mortalité atteignait 5.3 %. Un programme de prévention et de sensibilisation a par ailleurs débuté en 2005 et continue cette année. On parle aussi de vaccination.

Hommes : 85

Femmes : 28

Tuberculose

53 personnes étaient traitées en 2005 contre la tuberculose. Il y avait 8 personnes pour qui le traitement semblait insuffisant et 3 personnes en sont décédées cette même année. 30 personnes sont considérées comme étant guéries.

Schistosomiase

L'incidence de cette infection varie fortement selon les sous-districts. Elle est plus importante dans les sous-districts longés par la rivière Oti, soit à Tutukpene, Damanko et Kpassa. Elle affecte de manière égale les deux sexes. Un programme de traitement a été instauré par l'ONG *World Vision* qui envoie des volontaires dans les villages.

Pian (Yaws)

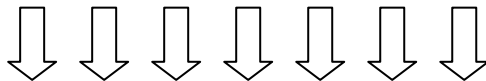
113 personnes ont été traitées dans le district en 2005. Cette infection chronique à *T.pallidum* atteint surtout les enfants en âge de scolarité. Les voies d'entrées des bactéries sont les brèches cutanées. La lésion guérit habituellement dans les 6 mois.

Les structures de contrôles

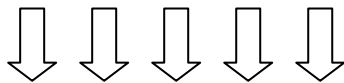
Voici présentées les différentes structures mises en place dans l'hôpital

- *Quality team* dont la fonction très générale est d'appliquer les mesures du GHS en vue d'augmenter la qualité des soins. En fait il s'agit du *hospital superintendent*.
- *Unit Control Diseases*, qui est chargée de récolter des données épidémiologiques sur les maladies infectieuses dans tout le district (surtout l'incidence et la mortalité, chez les adultes et les enfants). Il s'agit d'un système de centralisation des données :

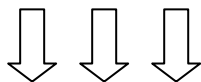
- 1) Zones CHPS (différents villages du district) : chaque infirmière tient un registre qu'elle envoie chaque mois à *UCD* de son district



- 2) *Unit Control Diseases* (hôpital du district) [dans notre cas, Nkwanta] : le responsable synthétise toutes les informations de son district et les envoie chaque mois à *UCD* de sa région.



- 3) *Unit Control Diseases* régional (dans la capitale de la Région [équ. d'un canton]) : idem à 2) mais au niveau de la région. Il envoie les informations à Accra.



- 4) *Ghana Health Service*, qui récolte les informations de chaque région.

C'est le responsable 2) qui décide en premier lieu d'intervenir en cas de flambées épidémiques dans un village. Il dispose d'infirmières de réserve qu'il peut décider d'envoyer comme aides à l'infirmière du village concerné. En cas d'épidémie importante, les niveaux plus élevés interviennent.

- *Control Medical Stores* qui veille à la disponibilité des médicaments de base dans l'hôpital

D'autres principes théoriques sont appliqués :

- Rationalisation des prescriptions de médicaments. En quelques années, le nombre moyen de médicaments par prescription est passé de 4.7 à 3.5.
- Code d'éthique médicale, de discipline et charte du patient

3.2.2.2 Niveau B

Le niveau B du système de santé primaire consiste en de petits centres de santé. Il n'y a pas de médecin dans ces centres, et, pour la plupart, les effectifs se limitent à un seul et unique assistant médical ainsi que une ou plusieurs infirmières. Ces centres ont donc une capacité de traitement très limitée et les cas instables ou nécessitant l'intervention d'un médecin sont donc référés à l'hôpital du district. La plupart des patients admis dans ces centres souffrent de paludisme. Ces centres sont donc importants car ils représentent un site géographiquement accessible où les cas non-complicés de paludisme et d'infections bactériennes non-sévères peuvent être traités. Ils servent donc de tampon pour éviter que les cas simples envahissent l'hôpital, et permettent un accès aux traitements pour les pathologies les plus courantes accessible aux patients n'ayant pas les moyens de se déplacer jusqu'à l'hôpital du district.

Il est intéressant de s'attarder ici sur ce statut d'assistant médical. Il s'agit de personnes ayant comme formation de base celle d'infirmier/ère et ayant travaillé plusieurs années en tant que tel au sein d'une structure médicale. Pour atteindre le statut d'assistant médical, ces personnes ont suivi une formation supplémentaire d'une durée de deux ans. Au terme de cette formation, l'assistant médical a la responsabilité de poser des diagnostics et de prescrire les traitements aux patients sans l'aval d'un médecin. Il s'agit donc d'une lourde responsabilité pour une personne n'ayant suivi qu'une formation relativement limitée. Ces assistants médicaux ont toutefois une importance capitale dans un système de santé comme celui du Ghana où il y a un manque considérable de médecins et où les années de formation sont un investissement important à la fois en terme financier et en terme de temps.

Il est donc intéressant pour le système de santé de former des personnes, ayant déjà une formation de base dans le milieu médical, de façon rapide et économique, pour avoir des assistants médicaux capables de diagnostiquer et traiter les maladies les plus courantes et les plus simples. Etant donné que la grande majorité des patients qui viennent consulter souffrent de paludisme, il serait dommage de monopoliser le temps d'un médecin formé (qui vaut de l'or pour le système de santé du pays) pour les traiter alors qu'un assistant médical ayant une moindre formation, mais apte à traiter cette maladie en particulier, est capable de s'en occuper. Les assistants médicaux servent donc de tampon pour les rares médecins, s'occupant des cas de maladies courantes et non-complicées, pour lesquels leur formation réduite est suffisante. Il est aussi à noter que ces assistants médicaux compensent leur manque de formation par une expérience impressionnante sur les maladies tel que le paludisme, qu'ils ont été amenés à traiter des milliers de fois dans leur carrière, et qui les rends probablement plus compétent (pour cette maladie uniquement) qu'un médecin européen n'ayant jamais vu un cas semblable auparavant.

Il nous a cependant semblé durant notre séjour à l'hôpital que ces assistants médicaux avaient une responsabilité qui dépassait l'étendue de leur formation. En effet, ils ne se limitent malheureusement pas toujours aux cas de paludismes et aux infections bactériennes non compliquées, mais sont souvent confronté, faute de médecin, à des cas bien plus complexes où deux années de formation sont insuffisantes pour y faire face. Ce système est donc avantageux dans la mesure où il y aurait des médecins compétents auxquels les cas les plus graves pourraient être référés, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas sur le terrain.

3.2.2.3 Niveau A

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le niveau A consiste en l'ensemble des structures du système de santé primaire, qui opère au niveau communautaire, en proche collaboration avec la population local. Il s'agit principalement de nurses implantées dans de petites communautés. Il s'agit ici d'une restructuration complète du système de santé basée sur un programme appelé CHPS (Community Based Planning and Services) et que nous allons détailler ici.

LE PROGRAMME CHPS



-Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit du programme officiel du GHS (Ghana Health Service) pour améliorer la qualité des soins médicaux de base qui sont fournis à la population, à la fois en terme de qualité et d'accessibilité.

Le principe sur lequel ce programme est fondé est que les soignants de première ligne sont les individus eux-même (et non pas les médecins et infirmières) et en particulier les mères de famille. En effet, se sont souvent ces dernières qui donnent les premiers soins et prennent la décision d'aller consulter si la situation les dépasse.

-Quels sont les buts du programme ?

Le but principal du programme CHPS est d'amener le système de santé 'à la porte' des foyers. L'idée est donc de restructurer le système vers une médecine de proximité, qui fonctionne en collaboration avec les communautés et les individus qui les composent. Ceci a pour but d'impliquer directement les individus dans le système de santé en les considérant comme des fournisseurs de soins à part entière.

Le fait que les individus sont les fournisseurs de soins de première ligne implique que la décision d'aller consulter ainsi que le type de soin rechercher dépend directement du niveau d'éducation de ces personnes sur la santé, ainsi que de leur environnement (leur communauté). Etant donné que cette décision d'aller consulter est souvent prise trop tard et pour de mauvaises raisons, et que le type de soin recherché n'est souvent pas adéquat, le fait d'intégrer les communautés et d'agir en leur sein, avec la collaboration des individus qui la composent, permet de résoudre le problème à sa source, et non pas d'agir uniquement sur ses conséquences.

L'interaction directe avec la communauté permet aussi d'agir plus efficacement sur la prévention des maladies. En effet, la grande majorité des maladies au Ghana seraient évitables si l'éducation sur la santé et l'environnement sanitaire étaient adéquats. L'action dans la prévention des maladies et le traitement rapide et efficace pour éviter leurs complications est aussi capital compte tenu du manque de médecin dans le pays. Par exemple, une infirmière avec une formation inférieure est capable d'agir dans la prévention et dans l'éducation sanitaire, mais est incapable d'opérer une perforation suite à une infection aux Salmonelles. Il est donc évident que les efforts du système de santé doivent se focaliser sur la prévention des maladies où il reste encore beaucoup à faire.

D'implanter des structures médicales au sein des communautés a aussi pour but d'agir sur le problème de l'accès géographique aux soins, qui reste un problème principal du système de santé du pays. En effet, l'état des routes et des moyens de transport, ainsi que les barrières financières, font que les grands déplacements pour atteindre les centres hospitaliers sont souvent impossibles pour les familles à faible revenu. Le programme a donc pour but de promouvoir l'équité dans le système de santé en éliminant les barrières géographiques.

Comment ça fonctionne ?

Les buts cités ci-dessus impliquent une restructuration complète du système de santé et de sa gestion. L'enjeu principal de ces changements est le redéploiement du personnel et des fonds pour la santé des hôpitaux (médecine de pointe), vers des actions orientées au niveau communautaire. Le but de cette démarche est de redistribuer les fonds au niveau des petites communautés, plutôt que de les focaliser dans des équipements de pointe dans les hôpitaux qui ne sont accessibles qu'à une toute petite partie de la population. Ceci est d'autant plus intéressant qu'il manque fortement de médecins dans ces hôpitaux capables de tirer profit d'un équipement plus pointu.

Concrètement, le Ghana Health Service compte atteindre ses objectifs en formant des nurses spécifiquement pour ce programme, et en les implantant dans une petite communauté, où elles

(ou ils) tiendront le rôle de CHO (community health officer). Le CHO sera responsable de tout ce qui a un lien, de près ou de loin, avec le niveau de santé dans sa communauté. Ce système de nurse a été établi sur la base d'un programme 'model' lancé dans le district de Navrongo qui a fait ses preuves. Il a donc ensuite été appliqué à tous les districts du pays, et a été particulièrement bien intégré dans le district de Nkwanta où nous avons fait notre étude. Il est important que la communauté joue un rôle actif pour que ce nouveau système de santé soit efficace. Le principe est donc de mobiliser les ressources de la communauté plutôt que des ressources extérieures pour implanter ces nurses dans les villages. Ceci a pour but d'impliquer la communauté dans le programme, ainsi que de stimuler l'économie du village.

L'implantation du programme CHPS dans une communauté se fait suivant un schéma précis en 6 étapes successives :

- 1) Identifier les communautés et délimiter les zones géographiques qu'elles occupent. Chaque zone, appelée zone CHPS, sera donc le siège d'une seule CHO au sein d'une seule communauté. Une communauté peut correspondre à un village ou un regroupement de petites habitations. Il est important que ces personnes aient un sentiment d'appartenance à leur communauté. Une communauté ne peut donc pas uniquement être définie en terme de nombre de personne. Cette étape est donc délicate, mais cruciale au bon déroulement du programme. Une fois la zone correspondant à une communauté délimitée, le niveau de santé de la population est analysé. Les problèmes de santé principaux sont relevés, ainsi que les besoins et les moyens de la communauté.
- 2) La prochaine étape consiste à introduire le concept aux autorités compétentes et aux chefs de village pour acquérir leur accord et leur soutien. Une fois ce premier contact établi, le concept est ensuite présenté à la communauté dans son ensemble. Il est ici très important d'obtenir l'enthousiasme de la communauté plutôt que leur accord passif. Il est aussi crucial d'insister sur le fait qu'ils auront un rôle central à jouer dans ce programme.
- 3) La construction du logement de la nurse et de la salle qui lui servira de salle d'examen et de bureau. Ce lieu est appelé le CHC (community health compound). Ces structures sont construites selon des plans standards et sont donc identiques d'une communauté à une autre. Il ne s'agit donc pas de récupérer des logements déjà existants, mais de construire cette structure à neuf. Les fonds pour cette construction proviennent en majeure partie du gouvernement, d'ONGs ou de dons de nations étrangères. Par exemple, l'un des CHC que nous avons visité durant notre stage avait été financé par le gouvernement Japonais. Il est toutefois important qu'une partie des ressources, aussi petite soit-elle, provienne de la communauté en elle-même. Par exemple, la population peut être chargée de la construction des chaises et des tables du CHC. Ceci a toujours pour but d'impliquer la communauté dans la mesure de leurs moyens, pour qu'ils prennent conscience de ce nouveau rôle actif qu'ils devront jouer pour l'amélioration de leur propre niveau de santé.
- 4) Introduire la nouvelle CHO de la communauté. Il est important que le CHO se sente accueilli par la communauté, et que cette nurse établisse un contact aussi proche que possible dès les premiers jours. En effet, tout le programme repose sur cette relation de proximité et d'entraide. Ce dernier point est important. En effet, le CHO offre un temps et une énergie énorme à cette communauté pour une rémunération presque symbolique. Il s'agit donc d'un grand sacrifice pour se retrouver dans des recoins très isolés du pays où il n'y a souvent pas d'électricité ni d'eau courante. Il est donc attendu de la communauté d'accueillir chaleureusement cette nurse et de l'introduire au sein de leur communauté. Ceci est aussi capital pour l'efficacité de son travail. Il est donc demandé à la population de prendre en charge la maintenance du CHC et de

l'habitation de la nurse. Les villageois doivent donc désigner une équipe de nettoyage pour s'occuper de cette fonction. Ils sont aussi responsable de la sécurité de leur CHO. Il s'agit en effet souvent de femmes qui sont amenées à vivre seule. La communauté a donc pour responsabilité de nommer un gardien de nuit qui veillera sur la nurse pendant son sommeil. Ces travaux sont non rémunérés ce qui une fois de plus renforce le rôle actif qui est attendu de la population.

- 5) Fournir au CHO l'équipement nécessaire à sa fonction. Ceci implique un moyen de transport pour que la nurse puisse se déplacer pour ses visites. Il lui est donc donné une petite moto qui servira cette fonction. Il lui est aussi fournit une radio pour avoir un moyen de se maintenir en contact avec une centrale établie au Nkwanta district Hospital. Ceci sert par exemple à demander le service de l'ambulance ou d'aide extérieur si la situation le demande.
- 6) Le CHO doit ensuite s'entourer de volontaires au sein de la communauté pour l'assister dans ses fonctions. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, l'intégration de la nurse dans la communauté est vitale au bon fonctionnement du programme. Il est donc attendu du CHO d'établir le plus rapidement possible un contact proche avec :

- le chef du village
- les volontaires
- les 'sage-femmes' traditionnelles
- les fournisseurs de soin traditionnel
- les institutions privées, les églises et les centres médicaux présents dans sa zone CHPS
- les groupes religieux
- le DHMT et l'assemblée du district dont sa zone CHPS fait partie.

Lorsque la construction du CHC est finie, l'inauguration de la nouvelle zone CHPS se fait lors d'une fête appelée 'Durbar'. Cette fête est un événement important dans laquelle toute la population de la communauté est conviée. Le but est une fois de plus de renforcer l'esprit de communauté et de permettre au nouveau CHO d'entrer en contact avec les villageois dans une ambiance conviviale. Cette fête se déroule selon un programme calqué sur les fêtes traditionnelles propre à la communauté en question. Il est aussi important de respecter la hiérarchie de la communauté en traitant par exemple le chef avec les égards auxquels il a droit au sein du village. Ces démarches importantes ont pour but de rendre l'introduction du programme aussi naturel et fluide que possible.



Quel est le rôle du CHO ?

Le CHO a un grand nombre de responsabilités au sein de la communauté. Il est responsable de fournir :

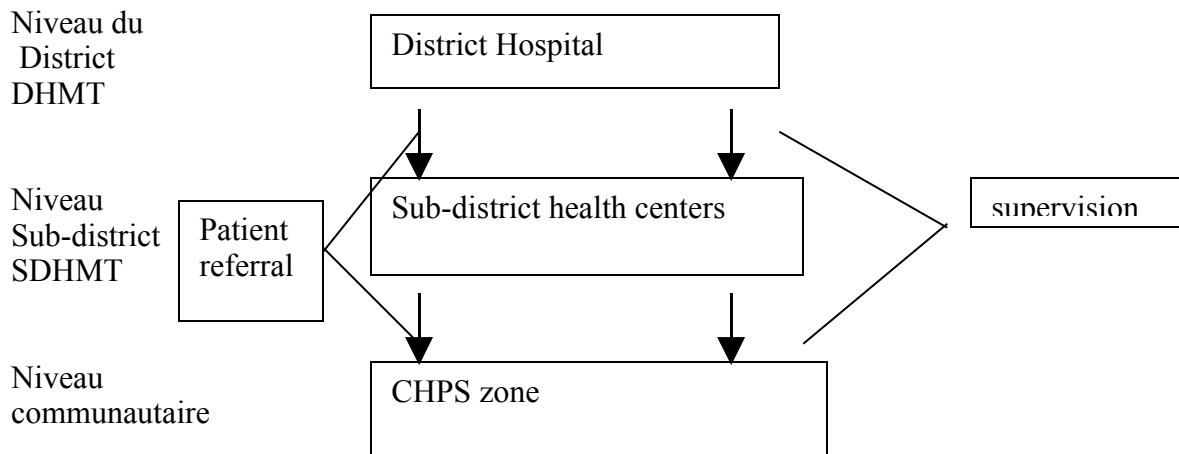
- le suivi des grossesses et assistance à l'accouchement
- les soins au nouveau-né et le suivi des enfants en bas âge. Ceci implique des check-ups réguliers de l'enfant et le suivi de sa croissance et de son poids. Le CHO est aussi responsable de l'immunisation des enfants d'après le plan de vaccination national.
- l'éducation sanitaire. Leur rôle est d'éduquer à la fois les enfants et les personnes âgées sur un certain nombre d'aspect liés à la santé (voir section santé publique)
- l'éducation nutritionnelle. (voire section santé publique)
- le CHO est responsable de la prévention et du contrôle des maladies endémique locales
- le CHO traite les cas simples et les blessures et fournit les médicaments de base.

Le CHO reçoit les patients au CHC, mais a aussi comme fonction de se déplacer en moto pour aller à l'encontre des personnes trop éloignées du village et ainsi de fournir des soins 'à la porte' des foyers. Ces déplacements sont importants car beaucoup de personnes ne consultent que lorsque les cas sont gravissimes, ou ne trouvent pas justifié de marcher de longues heures jusqu'au village pour suivre des cours sur l'hygiène.

Nous avons visité un certain nombre de zone CHPS durant notre stage dans le district, et avons donc rencontré plusieurs nurses. Chaque nurse s'impliquaient plus ou moins dans leur travail, mais dans la grande majorité des cas, le travail fournit et son résultat était impressionnant. Vu le faible revenu de ces villageois, il n'est pas rare pour ces nurses de

devoir fournir des soins à crédit ou alors de les payer de leur poche, et ceci malgré leur très faible salaire.

L'interaction du CHO avec le système de santé :



Les structures plus importantes supervisent les plus petites, et les plus petites réfèrent les cas les plus graves aux centres hospitaliers qui sont mieux équipés pour y faire face. Ces interactions sont capitales au bon fonctionnement du système.

La restructuration du système de santé se fait donc de façon à ce qu'il soit basé sur le travail des CHO, et que les hôpitaux et centres de santé soient relégués au rôle de support de ces zones CHPS, ainsi que fournisseurs de soin plus pointus. Le programme vise donc à limiter le nombre de consultation à l'hôpital même

3.2.3 Santé Publique

Nous avons vu jusqu'ici que l'hôpital du district, les centres de santé ainsi que les CHO sont les principaux fournisseurs de soin du système de santé primaire. Ceci comprend non seulement le traitement des patients, mais aussi un travail de santé publique important. En effet, l'éducation sanitaire et nutritionnelle ainsi que le planning familial s'opèrent à tous ces niveaux du système de santé décrits ci-dessus. Nous allons donc ici détailler ce travail important.

L'éducation sanitaire :



L'éducation sanitaire s'opère surtout au niveau des zones CHPS où le CHO bénéficie d'un contact rapproché avec la communauté. Une partie de ce travail se fait néanmoins toujours à l'hôpital.

Nous avons eu la chance de suivre une séance d'éducation médicale qu'une nurse dans une zone CHPS a donnée à un groupe d'écoliers. Il s'agissait d'une discussion très interactive sous forme de question-réponse dans laquelle les enfants se faisaient un plaisir de participer. Cette leçon distrayante fut très efficace pour captiver leur attention. Le CHO a abordé des sujets très variés tels que :

- L'hygiène de base

- ceci comprend le concept de se laver les mains avec du savon avant de manger, de préparer la nourriture, et après être allé aux toilettes. Il leur faut aussi souligner l'importance de se laver tous les jours avec du savon.

- Le paludisme :

- le fait qu'il soit transmis par les moustiques (ce qui est souvent ignoré par la population des villages reculés), et donc qu'il faut savoir s'en protéger avec des moustiquaires et des produits anti-moustique.

- le fait que les moustiques sont plus nombreux dans les alentours des étendues d'eau stagnante et donc qu'il n'est pas indiqué d'habiter près d'étangs par exemple.

- Quels sont les symptômes du paludisme et qu'il est important de le traiter de façon adéquate (éviter de se fier à la médecine traditionnelle) le plus tôt possible.

- Quels sont les dangers du paludisme et donc pourquoi il est important de s'en protéger

- *Le planning familial :*

- l'existence des maladies sexuellement transmissibles et leurs dangers.
- Comment s'en protéger ? L'usage du préservatif, l'abstinence et la fidélité. Il est à noter ici que l'abstinence était de loin l'option la plus encouragée par le système de santé. Il leur est aussi appris les dangers pour une jeune fille de tomber enceinte trop tôt, ce qui les oblige à quitter l'école et de leur fermer les portes de l'éducation.

- *L'eau :*

- distinguer l'eau potable (eau de puits) de celle qu'il faut éviter, et les dangers de boire une eau sale.
- comment purifier l'eau – la faire bouillir ou y introduire quelques gouttes de javel
- le concept de microorganismes.

Il s'agit ici des principaux sujets abordés lors de séances d'éducation sanitaire. Les lacunes de la population sur la plupart de ces sujets sont souvent importantes et c'est un domaine dans lequel un grand travail reste encore à faire. Le programme CHPS est le principal outil du Ghana Health Service pour y faire face.

La Nutrition.

1) Etude de la situation

L'approche du problème de la nutrition se fait en deux temps. La première démarche consiste à évaluer l'état nutritionnel de la population pour identifier les déficits éventuels. La première évaluation de ce type s'est déroulée en 2005, dans une étude où l'état nutritionnel des mères et des enfants du district a été évalué. Les résultats de cette étude sont les suivants :

⇒ Problèmes de poids

-15,5% des enfants sont en déficit pondéral

-13,8% des mères ayant un enfant de moins de 5 ans sont en déficit pondéral

-6,9% de ces dernières sont en excès pondéral

⇒ Problèmes de déficits spécifiques

- 47,2% des femmes enceintes suivies au Nkwanta district Hospital étaient anémiques.

- 24,7% du sel utilisé dans les foyers est non-supplémenté en iode

Malgré le manque de précision et probablement de fiabilité de ces données, certains déficits nutritionnels évidents de la population peuvent en être déduits. Les problèmes principaux sur le plan nutritionnel sont l'anémie et le déficit en iode. Le déficit en vitamine A est aussi un problème majeur qu'adresse le système de santé du district.

2) Les démarches pour pallier à ces problèmes

⇒ L'anémie

Les plats traditionnels ghanéens sont malheureusement pauvre en protéine. La viande reste un luxe que très peu de ghanéens peuvent se permettre. Les animaux représentent une valeur marchande trop importante pour qu'ils en tuent pour leur propre nourriture. Il en va de même pour les œufs. Ces produits sont donc vendus mais rarement consommés par les familles à trop faible revenu. La seule source de protéine est le poisson frit présent dans beaucoup de plats locaux. Ceux-ci sont vendus à prix abordable dans les marchés. Cette source de protéine reste insuffisante comme l'indique la proportion de personnes souffrant d'anémie. Il est à noter aussi que certaines croyances traditionnelles sont responsables de ce déficit, comme il sera décrit plus tard.

L'approche de ce problème est délicate car la source de protéine est présente, mais la population est malheureusement trop pauvre pour pouvoir en consommer. Il faut donc trouver une source alternative de protéine qui est financièrement abordable pour la population.

Le soja remplit ces critères et un grand effort a été investi pour introduire ce produit dans la cuisine traditionnelle. Il s'agit de promouvoir les plantations de soja auprès de la population. Ceci n'est toutefois pas suffisant car il est aussi important de démontrer comment introduire le soja dans la préparation des plats traditionnels. Cette éducation sur l'importance du soja et de son utilisation dans la cuisine se fait à tous les niveaux du système de santé, mais, une fois de plus, le CHO tient le rôle le plus important étant donné son contact rapproché avec la population. Cette éducation vise non-seulement la population en général, mais vise aussi spécifiquement les tenanciers de chop-bars (petites échoppes qui vendent des plats préparés le long des routes-équivalent du fast-food occidental).

Nous avons eu la chance d'assister à une démonstration faite par une CHO qui a convié toutes les femmes de sa communauté à venir apprendre comment introduire le soja dans une grande variété de plats locaux.

Cette démonstration s'est faite en deux temps. Dans la première partie, les femmes se sont réparties en petits groupes, puis ont commencé à préparer chacune un plat différent, en introduisant à chaque fois du soja en suivant une recette décrite par la nurse auparavant. Dans la seconde partie, tous le monde s'est regroupé et chaque groupe a désigné une femme qui a expliqué au groupe à quel moment et sous quelle forme elle a introduit le soja dans son plat. Cette démonstration s'est déroulée dans une atmosphère conviviale et a illustré parfaitement les buts recherchés par le programme CHPS. En effet, la communauté joue ici un rôle actif dans l'amélioration de son propre état de santé et la dimension communautaire est, elle aussi, évidente.

⇒ **Carences en iode**

Le problème sous-jacent est le manque d'iode dans le sel utilisé dans les foyers. Un vaste programme d'éducation et de promotion de l'utilisation de sel contenant un supplément d'iode a donc été lancé par le GHS. Ce programme vise donc à sensibiliser le personnel soignant, les 'médecins' traditionnels, les commerçants ainsi que la population sur les risques causés par une carence en iode. Le sel avec une teneur en iode suffisante reste malheureusement plus cher à l'achat et il s'agit donc d'être très persuasif sur les bénéfices que rapporte l'utilisation de ce sel. Une séance d'information sur ce sujet a été donnée par des étudiants en santé publique à la suite de la démonstration sur l'intégration du soja dans la nourriture. Encore une fois, la séance fut très interactive et apparemment très efficace.

⇒ **Carences en vitamine A**

Pour pallier à ce problème, le système de santé a décidé de fournir gratuitement et systématiquement des suppléments de Vitamine A à deux groupes de personnes particulièrement à risque :

- les enfants de moins de 5 ans
- les femmes post-partum

3.2.4 Le planning familial

Le planning familial reste un domaine dans lequel beaucoup doit être fait. Le taux de naissance reste très élevé et l'utilisation de contraceptifs n'est de loin pas répandue. Les femmes accouchent souvent sans assistance médicale dans des conditions d'hygiène déplorable. Les croyances traditionnelles et la religion vont parfois aussi à l'encontre du bien-être de la femme. L'avortement reste par exemple tabou même lorsqu'il est pratiqué pour des raisons purement médicales.

Le district vise donc à répandre le planning familial dans la population. Le nombre de femmes y faisant appel est en augmentation mais reste insuffisant.

⇒ Contraception

Le tableau ci-dessous illustre les moyens de contraception et le nombre de personnes les utilisant dans le district :

	2003	2004	2005
Pilules orales	240	226	180
Préservatifs	225	268	219
Injections	1364	1383	1066
Intra-uterine device	20	25	43
Stérilisation femelle	175	125	88
Norplant	49	157.5	182

Le district vise à promouvoir l'utilisation du stérilet comme moyen de contraception, qui reste très peu répandu à l'heure actuelle. Des séminaires de formation ont donc été entrepris dans lesquels les équipes de planning familial ont été informées sur l'utilisation de ce moyen de contraception, ainsi que sur les moyens de communication à utiliser pour l'introduire de façon efficace dans la population. Les résultats de ces efforts sont évidents et le stérilet est en général bien accepté auprès des femmes.

⇒ Soins périnataux

Le problème ici est que la grande majorité des accouchements se fait encore malheureusement sans assistance médicale, dans les foyers. Le district a donc décidé de fournir les soins périnataux gratuitement, ce qui n'a pas eu un impact substantiel sur cette situation. La plupart des femmes continuent de préférer accoucher seules ou assistées par une TBA (traditional Birth Assistant). Ces TBA sont très ancrées dans la tradition mais n'ont malheureusement aucune formation pour cette lourde responsabilité. Les familles préfèrent souvent faire appel à ces TBA plutôt qu'à une infirmière qualifiée. Le district vise donc à encourager les femmes à faire appel à des nurses plus qualifiées, et, en parallèle, tente de fournir une formation conventionnelle de base à ces TBA et à superviser leur travail le plus étroitement possible.

⇒ Adolescents

Le personnel soignant n'est pas encore très bien formé pour adresser les problèmes liés à la sexualité des adolescents. Le système de santé du district a donc comme objectif de sensibiliser son personnel sur ce plan délicat, le but étant ensuite de créer un centre dans l'hôpital qui aura pour but de s'occuper de ces problèmes spécifiquement. Ce centre devrait rassembler des jeunes dans des petits groupes pour ensuite les encadrer et encourager des discussions sur des thèmes tels que la maturation sexuelle, la sexualité, les MST, la contraception, la maternité et les risques d'une grossesse étant trop jeune.

4. L'assurance maladie

Historique

Après la proclamation de l'indépendance en 1957, l'état a rendu les soins gratuits pour la population. Ce système s'est rapidement écroulé et a laissé place au système appelé « cash and carry » qui est en place actuellement au Ghana depuis de nombreuses années.

Le principe est que les patients doivent acheter eux-mêmes tout le matériel et les médicaments nécessaires à leur traitement dans des magasins spécialisés, sur indication du médecin. En cas d'hospitalisation, les coups occasionnés sont également à la charge du malade, l'hôpital possède les médicaments et le matériel nécessaire, mais le patient doit payer ses frais avant le traitement. Dans ce cas, on parle de système (direct out of pocket).

Les conséquences sont que le 80% des personnes nécessitant des soins (18% de la population du Ghana) n'ont pas les moyens de se soigner. Il est également fréquent que des personnes commençant un traitement, par exemple dans le cas de tuberculose où les médicaments doivent être pris pendant environ une année, ne peuvent le terminer faute de moyens.

On observe ainsi une mortalité élevée pour des maladies normalement traitables dans ce pays. Une diminution de la compliance au traitement et ainsi une persistance de maladie comme la tuberculose avec un grand nombre de personnes « réservoirs ».

Le gouvernement, avec le GRPS (Ghana Poverty Reduction Strategy) décide de créer un programme qui vise à instaurer entre 2002 et 2006, dans tout le pays, une assurance maladie nationale, permettant ainsi aux gens qui en ont le plus besoin d'avoir un meilleur accès aux soins.

La stratégie de financement des soins

Il existe deux façons de financer les traitements :

- Le paiement direct par le patient (système « direct out of pocket ») .
- Le partage des frais par une collectivité payant des primes (principe de l'assurance).

La nouvelle stratégie adoptée par le gouvernement est de se diriger vers une transition entre système « Cash and carry » et assurance maladie totale.

Ainsi, l'idée est d'instaurer dans un premier temps un système hybride entre ces deux concepts de financement des soins.

- Le 80% est payé par des taxes sur le revenu et des fonds privés.
- Le 20% est payé par le paiement direct par le patient.

Les gens paient toujours leur traitement, mais dans à moindre coût est de façon réfléchie pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

Le concept de l'assurance maladie nationale

Vision : Introduire une assurance maladie qui permettra aux gens de ne pas avoir à payer la totalité de leur traitement au moment où ils sont malades, donc le plus improductif.

But : Remplacer le système « Cash and carry »

Objectif : Que tout résident du Ghana soit couvert dans les 5 ans (jusqu'en 2006).

Obstacles : Le 70% des Ghanéens travaillent dans le secteur informel de l'économie.
C'est-à-dire qu'ils ne peuvent être taxés par l'état.

Le 40% des gens vivent sous le seuil de pauvreté et ne peuvent payer la base de l'assurance maladie.

Aspect à respecter :

- Équité
- Répartition des risques (plus les gens sont pauvres, plus ils sont malades)
- Solidarité (les riches paient pour les pauvres et les adultes pour les enfants)
- Qualité des soins

- Réassurance
- Durabilité

Les différents types d'assurance maladie

L'état propose deux types d'assurance maladie :

- Une assurance privée (private commercial health insurance system)
- Une assurance sociale (Social-type health insurance system)

L'assurance privée est basée sur les lois du marché, où les gens à haut risque payent plus chères leurs primes. Ce système est donc destiné à une minorité de personnes pouvant se permettre de payer des primes élevées, pour une couverture plus grande.

L'assurance sociale est la vraie nouveauté de ce système et a comme but principal de couvrir les gens les plus démunis.

En fait, l'assurance sociale est la fusion d'une assurance mutuelle de district et une assurance mutuelle privée. En d'autres termes, ceci permet que les personnes appartenant au secteur formel de l'économie paient en partie pour les personnes appartenant au secteur informel. C'est le principe de solidarité. Ce qui lui donne sa dimension humaine et sociale.

Finalement, la volonté de l'état est que toute personne au Ghana soit inscrite dans l'assurance de son choix.

Taxes et contributions (le « refunding » de l'assurance)

Il existe plusieurs façons de remplir les caisses de l'assurance :

- Des taxes sur les revenus, pour ceux qui font partie du secteur formel.
- Des contributions régulières, pour le secteur formel et informel.
- Une réassurance de l'état, venant du fonds national de la santé, lui-même approvisionné par l'état et des fonds privés. Ceci est surtout destiné à l'assurance sociale.

Contributions minimales

La contribution minimale est de 6000 Cedis par adulte par mois, ce qui correspond à environ 6 \$.

Les enfants de moins de 17 ans sont exemptés de taxes, à condition que les parents paient leur contribution à l'assurance.

Les plus de 70 ans reçoivent des soins gratuits.

Il existe une classification qui permet au système de l'assurance d'attribuer le montant des contributions selon la capacité de payer des assurés:

La couverture minimale

Le but de la couverture minimale est de donner un accès minimal au soins à tous, mais également de prévenir une explosion des coûts de la santé du à des abus ou une utilisation excessive des structures médicales.

Ainsi sont couverts :

-À l'hôpital : Les soins (médicaments compris), les consultations, les investigations, les urgences, le transfert d'un hôpital à l'autre.

-En ambulatoire : Les consultation, les investigations, les médicaments et la petite chirurgie.

Ceci permettrait de couvrir le top 10 des maladies, soit 80% des consultations à l'hôpital.

Sont également couverts par l'assurance, dans une optique de prévention et de santé publique :

Pauvreté extrême	Pas de revenu	Pas d'aide sociale	Ne peut subvenir à ses besoins
Très pauvre	Pas de revenu	Reçoit l'aide sociale	Ne peut subvenir à ses besoins
Pauvre	Revenu	Pas d'aide sociale	Ne peut subvenir à ses besoins
Aisé	Revenu	Pas d'aide sociale	Peut subvenir à ses besoins
Riche	Revenu	Pas d'aide sociale	Peut largement subvenir à ses besoins
Très riche	Revenu	Pas d'aide sociale	Peut très largement subvenir à ses besoins

-Les programmes de vaccinations

-Le planning familial

-Le test HIV

-Le traitement de la tuberculose, de l'onchocercose et l'ulcère de Buruli

Le fonctionnement de l'assurance

- Le patient arrive à l'hôpital avec son certificat d'assuré, consulte un médecin et est traité. Tout est pris en charges par l'assurance et le patient ne paie rien, ou seulement une partie de ses frais.

Ensuite, l'hôpital envoie la facture à l'assurance et est remboursé. Il existe à cet endroit une certaine inertie administrative qui crée un endettement de l'hôpital.

L'assurance maladie à Nkwanta

Jusqu'ici, l'assurance maladie nationale a été décrite de façon conceptuelle, d'après des livres et des études sur la création d'une assurance maladie.

Notre vécu de l'utilisation de cette assurance à l'hôpital de district de Nkwanta fut bien différent de l'idée que l'on pourrait se faire après avoir lu ce chapitre.

En effet, il en ressort plusieurs problèmes d'ordre pratique et obstacles au bon fonctionnement d'une assurance maladie comme on la connaît en Suisse.

Il est à noter également que dans le district de Nkwanta, l'assurance maladie a fait son apparition en février 2006. Soit quatre mois avant notre arrivé.

La réassurance

Comme il a été dit auparavant, 70% des Ghanéens travaillent dans le secteur informel de l'économie, ils ne peuvent donc pas être taxé par l'état et ne participent à la réassurance que par leurs contributions. À Nkwanta, une des régions les plus pauvres du Ghana, ce pourcentage atteint presque les 100% puisque la majorité des gens sont des paysans et vendent leurs denrées au marché ou dans la rue.

D'ailleurs, la plupart du temps, ils échangent directement une partie de leur production contre d'autres denrées pour compléter leur régime alimentaire. Ce qui ne leur apporte aucun revenu.

Ces gens font également parties des classes les plus pauvres et la contribution minimale de 6000 Cedis par mois est inabordable pour eux, quand on sait que la moyenne du revenu d'un ménage par année dans le district de Nkwanta est de 34'000 Cedis.

De fait, l'assurance sociale est quasiment entièrement à la charge de l'état dans cette région. Ainsi le concept fondamental de l'assurance, où une majorité paye peu pour une minorité qui coûte beaucoup, n'est pas respecté.

Les malades qui ne peuvent payer

La majorité des patients que nous avons rencontré ne possèdent pas l'assurance maladie faute de moyens. Ainsi ils doivent payer eux-mêmes leur frais de traitement, voire d'hospitalisation. Dans certains cas, ne pouvant payer directement et étant dans une situation d'urgence, les médecins ne peuvent refuser de les soigner. De cette façon, l'hôpital s'endette et l'état avec lui.

L'éducation de la population

Le concept d'assurance maladie, le fait de payer régulièrement pour sa santé alors que l'on est pas malades peut paraître plutôt abstrait pour des personnes qui n'en ont jamais entendu parler, qui ont peu de moyens et qui de plus ont reçu une éducation rudimentaire. De fait, le corps médical doit régulièrement faire de la « publicité » pour l'assurance maladie, afin de recruter un maximum d'adhérent. Il est fait également de la publicité dans la rue, dans les écoles et à la télévision.

Il va de soit que plus de personnes participent a l'assurance plus elle s'entretient elle-même. Ceci n'étant pas le cas, au début du moins de son instauration, elle doit être fortement soutenu par l'état.

D'après cette observation, l'assurance maladie dans le district de N'Kwanta ne respecte pas le principe de durabilité.

L'inertie administrative

Comme il a été dit auparavant, il existe une certaine inertie administrative, voire même de la corruption. Ce qui fait que l'hôpital est parfois remboursé très tard ou, dans certain cas, pas du tout. Ainsi l'hôpital subit un endettement qu'il était moindre avant l'instauration de l'assurance maladie.

5. La malaria

Introduction

La malaria (*syn : paludisme*) est au Ghana la cause la plus fréquente de fièvre, et donc indirectement de motif de consultation. Sans même que le diagnostic soit posé de manière certaine, la plupart des patients souffrant de fièvre sont traités par anti-malariques bien que cette dernière n'en soit pas du tout un signe spécifique.

L'agent infectieux de la malaria est un protozoaire appartenant au genre *Plasmodium*, dont quatre espèces sont pathogènes pour l'Homme.

- *Plasmodium falciparum* (seule espèce causant une malaria potentiellement mortelle et malheureusement la plus fréquente au Ghana)
- *Plasmodium vivax*
- *Plasmodium ovale*
- *Plasmodium malariae*

Le vecteur de la malaria est un moustique appartenant au genre *Anopheles* vivant dans les régions tropicales humides (c'est pourquoi il n'y a pas de malaria en Suisse...). Le meilleur moyen d'éviter la malaria est donc de se protéger des moustiques.

La sensibilisation de la population à la malaria est de loin le plus grand challenge de santé publique qui se présente au Ghana depuis les grandes campagnes de vaccination. Elle insiste, on aurait pu le penser, sur la prévention.

- 1) Garder une maison propre, de même que les alentours
- 2) Dormir avec une moustiquaire
- 3) Utiliser des insecticides

Les résultats concrets sont pour l'instant plutôt faibles (on rappelle qu'environ un Ghanéen sur deux est infecté). L'obstacle principal est d'ordre financier : les insecticides et même les moustiquaires sont souvent trop chers pour une famille ghanéenne moyenne, en tous les cas en zone rurale (*Prix d'une moustiquaire : environ 5 US\$*).

Les enfants sont sensibilisés très tôt au problème de la malaria dans le district par une infirmière CHPS. Un jour nous sommes allés à Keri, un petit village de quelques centaines d'habitants proche de Nkwanta pour nous rendre compte des efforts accomplis en matière de prévention. Nous y avons interrogé des écoliers âgés d'une quinzaine d'années. Ils connaissaient tous le lien entre moustique et malaria de même que la nécessité de s'en protéger par des moustiquaires. Nous avons ensuite demandé lesquels d'entre eux en utilisaient. En connaissant la prévalence de la malaria on peut facilement en prévoir la réponse : aucun.

Clinique

Il nous a semblé intéressant de comparer l'approche « ghanéenne » de la malaria avec celle qu'on peut trouver en Occident dans les *textbooks* de médecine. Tous les médecins et *medical assistants* reçoivent un manuel de *guidelines* qui présentent signes et symptômes des principales pathologies ainsi que leur traitement. Voici ce qu'on peut lire sur la malaria (traduit tel quel du *guideline*) :

Symptômes :

- Fièvre, forte et intermittente
- Sensation de froid, transpiration et tremblements
- Douleurs, faiblesse plus ou moins généralisées
- Vomissements, diarrhées et douleurs abdominales, parfois
- Diminution de l'appétit

Signes :

- Chaleur au toucher
- Anémie (conjonctive, mains, pieds)
- Pas d'autre cause de fièvre

Signes de complications :

- Urines foncées
- Oligurie
- Ictère
- Vomissements fréquents
- Fièvre > 39 °C

Diagnostic :

- Comptage des érythrocytes par microscopie optique

Traitement :

- Pour forme non compliquée : Amodiaquine – Artesunate (25-30 mg/kg/jour pendant 3 jours pour un adulte). Il existe un avertissement sur la compliance.
- Si parasitémie : Quinine (600 mg chaque 8 heures pendant 7 jours)

Complications :

- Hypotension orthostatique
- Hyperthermie
- Anémie sévère
- Dissémination cérébrale
- Insuffisance rénale
- Ictère
- Déséquilibre acide/base
- Hypoglycémie
- Œdème pulmonaire aigu

6. L'INFLUENCE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET DE LA CULTURE SUR LE SYSTEME DE SANTE

Nous avons pu constater durant notre stage à quel point ces deux aspects jouaient un rôle important dans la santé au Ghana. En effet, ils illustrent le problème du décalage entre la culture qui est basée sur des croyances ancestrales, et la médecine 'moderne' qui se base sur la science et le concret.

Il y a malheureusement beaucoup de cas où cette médecine traditionnelle et les croyances culturelles entrent en conflit avec la pratique médicale dans l'hôpital. Le Ghana Health Service ne peut donc pas ignorer cette médecine traditionnelle, mais doit au contraire faire en sorte de limiter ses dangers et souvent tente aussi d'augmenter le niveau de formation de ces 'médecins'.

La médecine traditionnelle était par le passé plus accessible car elle se trouvait au centre des villages. Elle est aussi malheureusement beaucoup plus abordable au niveau des prix. Ces deux facteurs font que le patient passe souvent en premier lieu chez le médecin traditionnel, et

ne vient consulter que si la situation s'aggrave ou, dans le meilleur des cas, reste stable mais ne s'améliore pas. Ceci implique que le médecin se trouve souvent face à un cas avancé qu'il aurait fallu traiter plus tôt de façon à éviter les complications. Le patient a aussi souvent tendance à mentir sur le nombre de jours depuis l'apparition des symptômes car il veut cacher au médecin le fait qu'il soit aller voir un médecin traditionnel auparavant.

Un autre effet néfaste de cette médecine traditionnelle sur la santé est que cette médecine est basée sur l'utilisation de préparations à base de plantes et de racines. Le danger est que ces préparations sont souvent nocives pour le foie, ce qui explique partiellement la grande prévalence des problèmes hépatiques au Ghana.

Ces exemples illustrent deux des effets néfastes que cette médecine traditionnelle a sur la santé de la population. Il est nécessaire de mentionner que cette médecine a parfois des effets neutres et même parfois des effets positifs sur la santé du patient. L'intérêt du Ghana Health Service est donc de prendre conscience de ces quelques dangers et de faire en sorte de limiter leur impacte sur le patient.

Les croyances culturelles peuvent aussi avoir un effet néfaste sur la santé du patient. Un exemple est l'anémie chez la femme enceinte dans certaines régions du Ghana, où il est interdit à ces femmes de manger du poisson de la viande ou des œufs. Leur croyance veut que si cela n'était pas respecté, l'enfant deviendrait un voleur. Plutôt que de contrer cette croyance de face, le GHS a choisit de proposer une source de Fer alternative qui n'irait pas à l'encontre de la tradition. Cette source de Fer est le soja dont il a été question auparavant. Ceci illustre bien la façon la plus appropriée de gérer ces problèmes liés aux traditions qui sont trop enracinées dans l'esprit des gens pour essayer de les contrer ou de les ignorer.

Conclusion

Ce voyage au Ghana à avant tout été une expérience inoubliable pour nous tous. Autant sur le plan de la découverte d'un pays et d'une culture, sur le plan clinique et enfin sur la façon dont le Ghana gère ses problèmes liés à la santé

Nous avons pu constater à de nombreuses reprises et dans des domaines différents le rôle capital de la santé publique pour trouver une approche efficace et réaliste aux problèmes de santé qui touchent le peuple ghanéen. En effet, au Ghana et dans les pays du tiers-monde en

général, les affections sont souvent banales et pourraient être facilement évitées par de la prévention ou traitées par des moyens peu coûteux. Un exemple frappant de cela est l'éléphantiasis, dont l'incidence a chuté de 90% en dix ans dans la région de Nkwanta grâce à une prévention efficace.

Par contre cela ne s'applique malheureusement pas à toutes les maladies. Notamment une des plus importantes du tiers-monde, la malaria, demande plus que de la prévention et même si son traitement est efficace et peu coûteux, elle reste un des grands défis de la médecine du 21^{ème} siècle.

Sur le plan personnel, il a été très intéressant pour nous d'être confronté aux problèmes du tiers-monde du point de vue de la santé et des conditions de vie en général. La pauvreté est évidente et omniprésente. Toutefois, nous avons découvert un pays politiquement stable et qui, contrairement à beaucoup de ses voisins, montre un certain dynamisme économique et une réelle volonté d'améliorer les choses. Nous avons aussi été frappés par la générosité et l'accueil chaleureux des Ghanéens. Il est réconfortant de voir que la pauvreté matérielle n'entravait pas leur joie de vivre. Ceci pour nous, étudiants suisses, était agréable à constater. L'abondance de nourriture et l'absence de conflits armés nous ont évités d'être confrontés à une réalité trop violente et malheureusement trop présente en Afrique. Les injustices que nous avons vues, même si elles nous ont frappés, s'inscrivaient dans l'ordre des choses, la pauvreté étant la réalité du pays.

Nous avons parfois ressenti une certaine frustration face à l'aide souvent limitée que nous avons pu fournir aux patients. Ceci était à la fois dû à notre statut d'étudiant, et au décalage évident entre la médecine que nous apprenons et celle pratiquée là-bas. En effet, les moyens diagnostiques et thérapeutiques sont sans commune mesure avec ceux que nous connaissons en Suisse. Il nous a fallu un certain temps d'acclimatation pour accepter cela et s'adapter aux moyens présents sur place.

Dans l'ensemble, nous avons tous les trois tiré une très grande satisfaction de notre stage d'immersion au Nkwanta District Hospital, une expérience qui nous a marqués et qui nous a appris plus que nous ne l'espérions.