

Immersion en Communauté 2009

Sénégal



Table des matières

Introduction.....	3
Mon projet.....	4
Mon stage.....	5
Généralité sur le Sénégal	
Carte d'identité.....	6
Géographie.....	6
Climat.....	7
Histoire.....	7-8
Divisions administratives.....	8
Population.....	8-9
Démographie.....	9-10
Système de santé du Sénégal	
Politique de santé.....	11
Organisation su système de santé.....	12-13
Analyse des indicateurs	
- Indicateurs de moyens financiers.....	13
- Indicateurs de qualité et de couverture des services.....	13-14
- Indicateurs de couverture sanitaire.....	14
Récit de mes expériences	
Journal de mon premier stage.....	15-25
Première réaction.....	25-26
Journal de mon deuxième stage.....	26-36
Deuxième réaction.....	36
Conclusion.....	37

Remerciements	38
---------------------	----

Annexes

Annexe 1	39
Annexe 2	40-42
Annexe 3	43
Annexe 4	44-45
Annexe 5	46-54

Introduction

L'idée de partir pour mon stage d'immersion en communauté est née de mon désir de découvrir une autre culture et une réalité bien différente de la mienne. Je n'ai jamais fait de pareille expérience auparavant, et cette occasion de pouvoir travailler sur les problèmes de santé dans un pays étranger a constitué pour moi une réelle opportunité d'être confronté à un système de santé inconnu, très éloigné du modèle suisse dans lequel j'évolue.

J'ai choisi l'Afrique, car c'est un continent qui m'intéresse particulièrement de par ses richesses culturelles, mais aussi de par ses problèmes de santé globaux. Pourquoi le Sénégal ? Parmi les raisons principales qui m'ont poussées vers cette destination, le Sénégal est un pays en majorité francophone, ce qui encourage la communication, et dont le contexte sociopolitique est favorable. D'autre part, ce projet interfacultaire me permet de collaborer avec des étudiants de la Haute Ecole Supérieure de Santé ayant déjà eu beaucoup de contact avec les patients et d'expériences pratiques.

Je m'envole le 17 mai vers le Grand Inconnu, plein d'enthousiasme, mais avec des centaines de questions en tête. Serais-je accueillie ? Acceptée ? Entourée ? Serais-je utile ? La réponse me devient vite évidente : je ne vais rien changer aux conditions de vie du pays. Mais cela ne m'empêche pas d'être utile : apporter mon aide à des gens qui en ont besoin, donner mon temps, quelle que soit l'activité, pour faire sourire ceux que je croise sur mon chemin.



Mon projet

Participer à une campagne de vaccination contre la rougeole, tel aurait dû être le sujet de mon rapport d'immersion en communauté.

Malheureusement, tout ne se passe jamais exactement comme je l'ai prévu... Une fois arrivée à Thiès, deuxième ville du Sénégal et point de chute de mon stage, l'association Objectif Afric, ma structure d'accueil, m'apprend qu'aucune campagne de vaccination est prévue pendant la période de mon séjour. J'ai donc réorienté mon sujet d'étude pour ce présent rapport, et j'ai décidé de m'intéresser au problème de l'accès aux soins ainsi qu'au système de santé sénégalais.

Avec l'aide de l'association, j'ai eu la possibilité de visiter différents hôpitaux, un centre de santé, des dispensaires et discuter avec plusieurs médecins et beaucoup d'infirmiers, ce qui m'a permis d'obtenir énormément de renseignements.



Mon stage

Pour commencer, je vais décrire brièvement mon parcours au Sénégal et mes activités pendant les 6 semaines de stage.

Dès mon arrivée, fatiguée par un voyage d'une dizaine d'heures, Demba, l'un des organisateurs de mon stage, accompagné d'une stagiaire infirmière suisse, ont eu la gentillesse de venir m'accueillir à l'aéroport de Dakar.

Tout d'abord, j'ai passé 3 semaines dans un centre de santé à Thiès. Pendant cette période, j'ai suivi le quotidien de ce centre, ses consultations, son organisation. Cette partie fut enrichissante grâce au personnel de santé qui s'y trouvait et qui m'a aidé à comprendre leur système de santé assez complexe et différent du nôtre.

Ensuite, je me suis retrouvée dans un dispensaire à Hanene, à quelques 20 kilomètres de Thiès, pour la deuxième partie du stage. En effet, étant donné la configuration rurale de la région, mes activités furent complètement différentes.

Dans ce rapport de stage, après un bref aperçu du Sénégal et de son système de santé, je raconte mes activités sur place au sein du centre de santé du 10^e à Thiès et au dispensaire de Hanene.



Généralités sur le Sénégal

Carte d'identité

Population : 12'853'259 habitants - la 68^e population mondiale (chiffres de 2008)

Densité : 59,26 habitants/km² (chiffre de 2008)

Superficie : 196'722 km²

Capitale : Dakar

Langues : français (officielle), wolof, sérère, peul, diola, malinké, soninké

Monnaie : Franc CFA (1,52 € = 1'000 CFA)

Régime : République

Chef d'état : Abdoulaye Wade (depuis mars 2000), réélu en février 2007

Indépendance de la France : décolonisation le 4 avril 1960

PIB par habitant : 1'232 US\$ (chiffre de 2004)

Total des dépenses de santé par habitant : 58 US\$ (chiffre de 2003)

Prévalence VIH/SIDA adultes (15-49 ans) : 0,9 % (l'un des plus faibles d'Afrique)



Géographie

La République du Sénégal est un pays d'Afrique occidentale appartenant à l'Afrique sub-saharienne, au relief plutôt plat. Le fleuve, qui a donné son nom au pays, forme la frontière avec la Mauritanie au nord, et à l'est son affluent la Falémé marque les limites avec le Mali. Au sud le Sénégal est bordé par la Guinée et la Guinée-Bissau, à l'ouest par l'océan Atlantique (530 km de côtes) et au centre est enclavée la Gambie.



Climat

Au nord du Sénégal, le climat est de type désertique et au sud de type tropical. Le climat est marqué par la saison sèche et celle des pluies. Cette dernière s'étend de juin à octobre avec un pic en août, septembre et variable selon la latitude (plus de précipitation au sud qu'au nord). Cette période est appelée l'hivernage. La saison sèche débute en novembre et finit en juin. Les températures suivent ces deux saisons : en période d'hivernage, les températures sont à leur maximum (jusqu'à 46°), mais en période de sécheresse, elles sont au minimum, surtout au mois de janvier. Ces températures ont encore une autre variable qui est la localisation. A l'ouest du Sénégal, représenté par le littoral, il y a des températures plus douces qu'à l'est grâce à l'océan. Le centre et l'est du pays connaissent des températures très chaudes pendant la journée.

Histoire

De nombreuses fouilles archéologiques ont révélé une présence humaine d'il y a environ 350'000 ans. Le peuplement s'est probablement organisé à partir de l'empire du Ghana. Les peuples en migrations se sont installés dans la vallée du fleuve Sénégal et ont progressé vers les régions de l'ouest et du sud pour fuir les Almoravides qui sont conquérants et musulmans. A cette époque, les wolofs étaient animistes. Les premières traces écrites de l'histoire du Sénégal datent de 1068.

Jusqu'à la conquête coloniale, l'histoire de ce pays est marquée par une succession de royaumes. Le premier roi wolof, Ndiadiane Ndiaye fut le fondateur du royaume de Djolof, vers le 13^e ou le 14^e siècle, regroupant les 6 ou 7 "états" et correspondant plus ou moins aux frontières du Sénégal actuel. Cette unité ne durera pas longtemps. Le Grand Djolof a survécu aux invasions mandingues, mais au 16^e siècle, attaqué par les peuls, il va se morceler et les petits "états" du Cayor, du Walo, du Baol et du Siné reprennent leurs guerres contre le voisin, ce qui facilitera plus tard la colonisation. Chacun de ces états eut son propre roi. Les régions du Sénégal actuel sont calquées sur les frontières de ces anciens royaumes.

Pendant ce temps, les européens font leurs premières explorations dans la région. Les portugais apparaissent sur la côte. Au début, ils ne fondent pas d'établissement et se contentent d'établir un commerce. Le navigateur portugais Dinis Dias découvre l'île de Gorée en 1444, et cette île passera ensuite sous le contrôle hollandais. Puis, les français, qui reviennent en plus grand nombre dans la première moitié du 17^e siècle, fondent leur premier établissement européen à l'embouchure du fleuve Sénégal, origine de la ville de Saint-Louis. A l'époque on vient pour les marchandises telles que l'or, mais assez rapidement la traite des noirs va prendre le pas. Le commerce triangulaire est attesté dès le début du 16^e siècle. Les différentes compagnies commerciales qui se succèdent, fixent alors leur attention sur la vallée du fleuve, allant toujours plus loin, mais avec grande prudence. Malgré cela, elles subissent de nombreuses pertes à cause des attaques de chaque rive du fleuve. La traite des noirs aura lieu dans la majeure partie du Sénégal en contact avec l'océan directement ou indirectement via des fleuves comme la Casamance.

La compagnie du Sénégal est créée par Colbert en 1673, et elle est basée à Saint-Louis. Elle a pour but de faciliter l'implantation française au Sénégal, mais les projets, tout au long du 18^e siècle, seront contrecarrés par les anglais qui occupent Saint-Louis à trois reprises. Ce n'est que lorsque l'empire napoléonien chute que la France réoccupe Saint-Louis. Dès 1854, tout s'accélère, le militaire Faidherbe est nommé à Saint-Louis gouverneur du Sénégal. Il occupera ce poste pendant une dizaine d'années. Entre 1854 et 1864, Faidherbe étend les possessions françaises, malgré qu'il se heurte à des résistances féroces. Le Sénégal est alors la partie active de l'armée française pour coloniser l'Afrique de l'ouest. Faidherbe met ainsi en place une administration coloniale qui aboutira en 1914 à la nomination au parlement français du premier député noir, Blaise Diagne. En 1946, le Sénégal devient Territoire d'Outre Mer, et fait partie de la République au sein de l'Union Française.

En 1956, l'Assemblée Constituante vote la loi cadre, et ce fut le début du processus de l'indépendance. Le 4 avril 1960, l'indépendance du Sénégal est annoncée. Léopold Sédar Senghor devient le premier président du Sénégal le 5 septembre 1960

Divisions administratives

En 1960, lors de l'indépendance du Sénégal, le premier découpage crée une certaine disparité entre les sept régions d'origine. Par exemple, la région orientale est onze fois plus étendue que celle du Cap-Vert http://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9n%C3%A9gal_-_cite_note-16. Cette hétérogénéité a été remaniée par plusieurs réformes consécutives et notamment par un décret de 1996 dans le cadre de la politique de décentralisation qui a transféré aux collectivités locales certaines compétences d'abord détenues par le pouvoir central.

L'organisation du territoire mise en place en 1996 a subi plusieurs modifications jusqu'à présent, avec la création de la région de Matam en 2001, celle du département de Kounghoul en 2006 ou encore, en 2008, la fondation des départements de Kaffrine, Kédougou et Sédhiou en régions à part entière, celle de 10 localités en départements, ainsi que la création de nouvelles communautés rurales et de nombreuses communes.

En 2008 http://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9n%C3%A9gal_-_cite_note-17, le Sénégal compte 14 régions, la plus importante est Dakar, la capitale du pays qui compte 1 million d'habitants (2,5 millions avec sa région), 45 départements, 43 communes d'arrondissement, 150 communes et 340 communautés rurales. Dirigés par un chef, les villages restent les unités de base de cette organisation. On en dénombrait 13'544 lors du recensement de 1988.

Population

12,8 millions d'habitants sont répartis de façon très inégale au Sénégal, la densité est très élevée dans les villes de l'ouest (les citadins forment 43 % de la population

totale) et basse dans les campagnes à l'est (environ 1 à 5 habitants par km²). Dakar, qui occupe 0,3 % de la superficie, abrite près de 24 % de la population.

On observe une grande diversité ethnique au Sénégal avec 43,3 % de Wolofs, 23,8 % de Peuls, 14,7 % de Sérères, 3,7 % de Diolas, 3,0 % de Malinkés, 2,1 % de Soninkés, 2 % de Maniaques et quelques autres ethnies moins nombreuses et plus localisées, sans oublier les Libanais, les Européens et les Chinois, assez présents en milieu urbain.

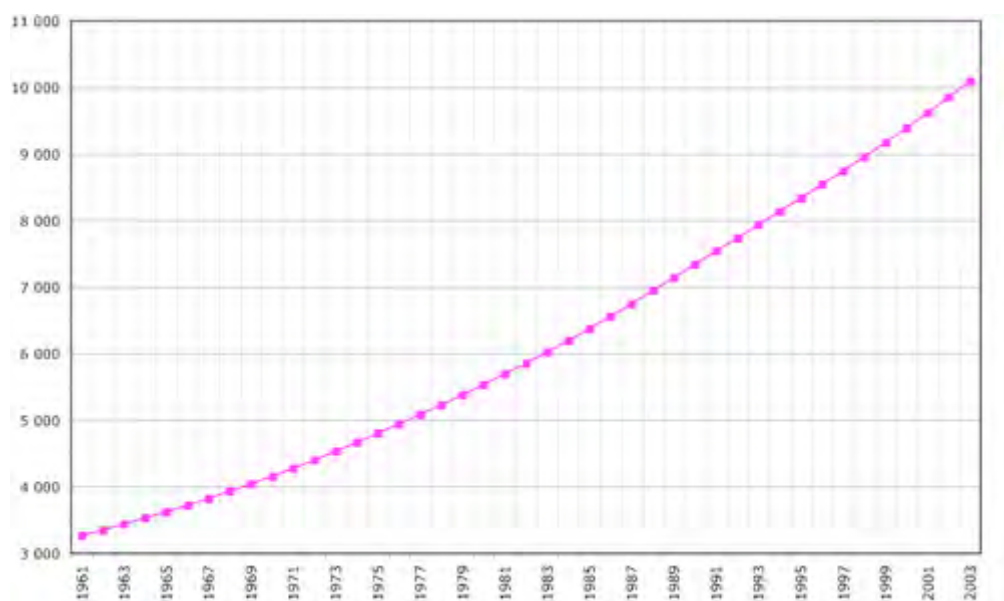
En 2007, le Sénégal comptait 23'800 réfugiés et demandeurs d'asile, dont plus de 20'000 étaient mauritaniens ayant fui la persécution ethnique, ainsi que certains du Libéria, de la Sierra Leone, et d'autres pays.

La population de ce pays est principalement musulmane (94 %). On y trouve 4 % de chrétiens et 2 % d'autres religions, dont l'animisme (religion attachée à la nature).

Démographie

Le Sénégal a adopté une politique de population en 1988, c'est-à-dire que le pays adopte une stratégie où il y a une maîtrise de la croissance démographique par le biais de l'exécution du programme "actions démographiques prioritaires", le renforcement de l'appui aux collectivités locales dans le domaine du contrôle démographique et les actions pour la réduction du taux de fécondité. En outre, des efforts sont faits en vue de l'intégration des femmes dans la vie politique, économique et sociale grâce à l'alphabétisation fonctionnelle. À l'image des pays en voie de développement, le Sénégal est un pays à fécondité élevée, même si elle connaît une légère baisse selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1997. Le Taux Brut de Natalité est de 42 ‰. Le Taux Global de Fécondité Générale ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 223 ‰, l'Indice Synthétique de Fécondité est passé de 6,0 enfants par femme en 1992-93 à 5,7 enfants par femme en 1997. En 2003, le taux de fécondité est supérieur à 4 enfants par femme.

Evolution de la démographie entre 1961 et 2003. La population est donnée en milliers d'habitants.



Les prochaines données se réfèrent à nouveau à l'Enquête Démographique et de Santé de 1997. Le taux de prévalence contraceptive demeure vraiment faible alors que le niveau de connaissance est élevé, 86 % pour les femmes en union. Le taux de couverture des consultations prénatales est de 82 %, la proportion de femmes ayant été assistées est de 47 %. De plus, la prévalence des MST est de 0,7 % chez les femmes et de 1 % chez les hommes. Le quotient de mortalité infantile était estimé à 68 pour mille naissances vivantes en 1997, avec une grande inégalité entre la zone urbaine (50 ‰) et la zone rurale (79 ‰). Le quotient de mortalité juvénile est évalué à 77 ‰ et le quotient de mortalité infanto-juvénile à 139 ‰. La mortalité infanto-juvénile reste très élevée, surtout à cause des maladies diarrhéiques et du paludisme, de la malnutrition, des infections respiratoires aiguës et de certaines maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination telles que la rougeole. La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 57 % de la population a moins de 20 ans, alors que 3 % seulement ont plus de 65 ans.

Systeme de santé du Sénégal

Politique de santé

Le Sénégal a saisi très tôt que le secteur de la santé est d'une grande importance dans l'activité économique. Le pays a confirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution qui exprime "que l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille" et par la ratification des textes internationaux comme la déclaration universelle des Droits de l'Homme et la Convention des Droits de l'Enfant.

Les nouvelles directions de cette politique de santé et d'action sociale qui résultent de la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, s'aident par le programme qui est développée par le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS). Le PNDS a permis d'établir plusieurs réformes touchant surtout les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies. Ce plan envisage d'autres initiatives dans des domaines tout aussi importants tel que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) établi pour cinq ans, est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Les objectifs en vue sont : la diminution de la mortalité maternelle, la diminution de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. La mise en oeuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières. Les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale en réhabilitant les formations sanitaires actuelles et en construisant de nouvelles formations notamment. Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, au MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose. Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire.

Pour le suivi et l'évaluation des activités du PDIS, quelques 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en trois catégories, à savoir: les indicateurs de moyens financiers, les indicateurs de couverture sanitaire, les indicateurs de qualité et de couverture des services et les indicateurs d'impact. Les indicateurs financiers du PDIS renseignent sur l'effort fourni par l'Etat concernant son engagement à élever le budget consacré à la santé au niveau recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), soit à 9 %. Les indicateurs d'activités permettent de mesurer l'accès aux soins de base, la fréquentation et l'utilisation des services offerts par les formations sanitaires à travers de leurs activités. Les indicateurs d'impact renseignent sur le degré d'atteinte des trois objectifs prioritaires du PDIS cités plus haut.

Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :

- 1) **l'échelon central** : le niveau central comprend le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.
- 2) **l'échelon régional** : la structure de coordination de ce niveau est la région médicale. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique. Ce médecin est le principal acteur de l'équipe cadre qui est composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale. Il existe au moins un hôpital régional par région au Sénégal.
- 3) **l'échelon périphérique** : il correspond au district sanitaire. Ce dernier est associé à une zone opérationnelle comportant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une région pouvant représenter un département entier ou une juste partie. De nos jours, le Sénégal compte 50 districts sanitaires. Chaque district est géré par un médecin chef.



Dans les hôpitaux de district, on pratique peu de chirurgie ou d'obstétrique. On trouve dans cette structure, un médecin-chef administrateur, des infirmiers diplômés d'états qui assurent les consultations, et une pharmacie de district où se réapprovisionnent tous les infirmiers chefs de poste de santé.

Les postes de santé ou dispensaires sont implantés dans les communes, dans les chefs lieux de communautés rurales ou dans les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) qui sont créées par les populations. Ces dernières assurent la gestion via des agents de santé communautaires (ASC) ou des matrones qui ont été choisies. C'est un infirmier chef de poste qui assure tout le travail 7 jour sur 7, assisté d'un ou plusieurs matrones et d'ASC.

Ces ASC travaillent dans des cases de santé situées dans un rayon de 20 à 30 km autour du poste de santé dont ils dépendent. Ces ASC pratiquent les soins de première urgence et délivrent les médicaments essentiels qui sont définis par l'Initiative de Bamak (médicaments types dont la distribution est recommandée en Afrique de l'ouest par l'OMS).

Les cases de santé sont gérées par des comités de santé villageois qui réunissent les revenus des consultations et qui rémunèrent les ASC et achètent les médicaments. Ces comités de santé ont le plus souvent une structure de type coopératif très utilisée en Afrique de l'ouest, tant pour les activités économiques que pour les activités d'intérêt général.

Le tarif de la consultation est de 100 francs CFA (0,15 €) pour les enfants et de 200 francs CFA pour les adultes. Les médicaments sont payés en plus. Cet argent est comptabilisé à la fin de journée par le trésorier du comité de santé.

L'ASC perçoit 40 % sur les consultations et 10% sur la vente des médicaments. En fin de mois, le comité de santé paye l'ASC, et reconstitue par des achats le stock de médicaments.

La même démarche est appliquée aux postes de santé, où seul l'infirmier chef de poste est payé par l'état, les matrones et les ASC étant payés par le comité de santé.

Dans les villages peu importants, les matrones reçoivent un dédommagement, le plus souvent en nature, mais ne sont pas payées.

Cependant de grandes disparités subsistent dans le pays, si l'on songe par exemple que 70% des médecins et 80% des pharmaciens et des dentistes sont installés dans la capitale, Dakar.

Analyse des indicateurs

Indicateurs de moyens financiers

Le financement du plan (PNDS) est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. De ce fait, l'ensemble des stratégies développées tendent à accroître les moyens tout en les rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, du financement de la santé, de la réhabilitation des structures notamment.

Les principales sources de financement de la santé sont l'État, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'État participe pour 53 %, les populations contribuent à 11%, les collectivités locales à 6 % et les partenaires à 30 %. Le budget que l'État octroie au Ministère de la Santé, traduit son engagement vis-à-vis des problèmes socio-sanitaires auxquels les populations sont confrontées quotidiennement. À ce sujet, l'OMS préconise aux États de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la Santé. A présent, en 2006, le niveau des dépenses de santé représente 9,3 % du budget de l'Etat.

Indicateurs de qualité et de couverture des services

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour évaluer son effectif réel, sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services. Le ministère s'est affilié dans cette dynamique et a réalisé un plan national de formation qui englobe les besoins de formation initiale et continue. Par ailleurs, en dépit des restrictions budgétaires, le

ministère profite d'un quota spécial pour un recrutement annuel de personnel de santé dans le but de la résorption du déficit constaté. Malgré les efforts constatés, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS. En 1999, le Sénégal compte :

- 1 médecin pour 17'000 habitants,
- 1 infirmier pour 8'700 habitants,
- 1 sage femme pour 4'600 femmes en âge de reproduction.

Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande:

- 1 médecin pour 5'000 à 10'000 habitants,
- 1 infirmier pour 300 habitants,
- 1 sage femme pour 300 femmes en âge de reproduction.

Indicateurs de couverture sanitaire

Sur le plan des structures, la pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. La réfection, la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures consistent en une partie cruciale du programme. Le Sénégal compte, en 1999, 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux. En terme de couverture passive, il y a :

- 1 poste de santé pour 11'500 habitants,
- 1 centre de santé pour 175'000 habitants,
- 1 hôpital pour 545'800 habitants.

Alors que les normes de l'OMS sont :

- 1 poste de santé pour 10'000 habitants,
- 1 centre de santé pour 50'000 habitants,
- 1 hôpital pour 150'000 habitants.

L'analyse de l'évolution de ces infrastructures de 1997 à 1999 montre le déficit en termes de couverture ainsi que l'énorme effort que le ministère de la santé doit livrer pour atteindre les normes indiquées par l'OMS. Le Programme de Développement Intégré de la Santé prévoit la construction de 245 nouveaux postes de santé, de deux nouveaux centres de santé et de deux nouveaux hôpitaux.

La médecine traditionnelle reste pour la grande majorité des sénégalais, le premier recours en matière de santé primaire.



Récit de mes expériences

Journal de mon premier stage

Mon vol pour Dakar fait escale à Madrid. A l'aéroport de Madrid, j'attends plusieurs heures pour avoir la correspondance. J'y mange un mac do en me disant que je ne vais plus avoir de mal bouffe à disposition une fois au Sénégal. (Je me suis trompée, ils ont aussi des hamburgers, des frites, des hot-dogs, ...) J'atterris à Dakar à 20h30 avec une demi-heure de retard. A la sortie de l'avion, l'air est chargé d'humidité, une air lourde avec une odeur de mer. Pendant le contrôle de mes bagages, je côtoie les premières personnes impolies, elles te poussent et te dépassent. Issa, le président de l'association Objectif Afric, nous a prévenu que la population sénégalaise est très impolie. Une fois dehors du bâtiment, un homme très bien habillé me salue comme si on se connaissait. Sur le moment, je crois que c'est Issa, je ne me souviens plus de lui. Il me propose de faire du change, et j'accepte, taux évidemment moyennement favorable pour moi. Le monsieur me tend sa carte. A ce moment-là, je comprends que ce n'est pas Issa. Puis Demba, mon "chaperon" durant le séjour, arrive avec un panneau où est inscrit : Objectif Afric. Nous échangeons quelques mots. Une étudiante infirmière suisse est aussi là pour m'accueillir. Dans le taxi sur la route pour Thiès, je fais sa connaissance. Durant le trajet, on passe à côté de deux accidents de scooter. Tout le long, je suis choquée par leur façon de conduire. Ils ne mettent pas de clignoteurs quand ils s'arrêtent, klaxonnent lorsqu'ils dépassent, roulent avec les grands phares, ne suivent pas les panneaux de circulation, qui sont apparemment plutôt décoratifs dans leur pays. En résumé, ils roulent n'importe comment. Nous arrivons chez Issa vers 23h30. Demba et l'étudiante partent au local, l'endroit aménagé pour les étudiants. Demba y loge aussi, ce qui est très pratique en cas de problème ou de question. Chez Issa, nous discutons quelques instants ensemble, puis je vais me coucher, car il est tard et je suis fatiguée par le voyage. Cette première nuit au Sénégal est fraîche.

Le lendemain, mon premier jour, je n'entreprends rien. Je reste avec Issa et me familiarise avec le local et ses environs.



Le local



Le mardi, je pars avec Issa et Demba pour visiter un poste de santé pour retraités à Thiès. Puis, seule avec Demba, on va à Pout où l'on visite deux dispensaires dans le but d'y placer des étudiants de l'association. Ce même jour, je découvre ma première coupure de courant à Thiès. Alors, je pose la question : "est-ce que les hôpitaux sont touchés par ces coupures ? Si oui, comment y font-ils face?". Demba m'explique que les hôpitaux les subissent aussi, mais certains services possèdent un groupe électrogène, sinon c'est lampe de poche ou lampe-néon.

Mercredi, je suis Demba pour découvrir mon lieu de stage de mes trois prochaines semaines. Nous attendons pendant deux heures le médecin chef adjoint du centre de santé du 10^e. Je me présente et nous échangeons quelques mots, puis nous repartons. Je suis étonnée, car le docteur Seck porte des gants tricotés. C'est sûrement exceptionnel et il doit y avoir une raison. Le centre de santé est composé de plusieurs bâtiments : la maternité, la pédiatrie, le pavillon (bâtiment d'hospitalisation), le planning familial, le dentiste, la petite chirurgie, le bureau spécialisé pour les tuberculeux, la pharmacie et la salle de conférence.

L'entrée du centre du 10^e



Le centre du 10^e



L'après midi, les étudiants HES et moi, nous participons au cours d'infirmiers de première année dans l'école supérieure internationale professionnelle de la santé. La première année est un tronc commun qui regroupe les sages femmes et les infirmiers. Puis, leur cursus se sépare en deuxième année. Les deux premières heures de chirurgie sont très intéressantes. Je suis surprise par le niveau de connaissances qu'ils apprennent en première année. Voici mes notes de cours :

Les lésions traumatiques des tendons :

Types : (DD : état du revêtement cutané)

- 1) *plaie et section tendineuse :* - où : surtout fléchisseurs et extenseurs de la main, tendon rotulien, tendon d'Achille, tendons des muscles de l'avant-bras.
 - principaux agents traumatisants : objets tranchants, éclats de verre
 - signes cliniques : pauvre ; lésion cutané ; impotence fonctionnelle (=incapacité de mouvoir la périphérie ; rétraction musculaire)
 - traitement : tendon en position de repos ; bandage ; tendinoplastie (=tenoplastie) → suture (attention le tendon ne doit pas être sous pression !) ; greffe (quand perte de substance)
- 2) *rupture du tendon :* - où : surtout tendon d'Achille, mais aussi tendon rotulien, tendon du biceps
 - causes : contraction musculaire suivi d'un mouvement forcé (→ faux mouvement), c'est-à-dire que le mouvement forcé induit une charge, mais la charge est répartie de façon inégale
 - signes cliniques : on entend un claquement, suivi d'une douleur syncopale
 - examen physique : dépression → encoche, puis devient tuméfié ; ecchymose ; œdème
 - traitement : tendon en position de repos ; cherche le bout proximal (attention il se déplace) ; tendinoplastie
 - attention à la rétraction du muscle !

Les plaies artérielles :

- C'est une urgence chirurgicale.
- Le pronostic vital est vite engagé. Le pronostic fonctionnel du membre aussi mis en jeu.
- Causes : armes blanches, accidents de travail (ex : menuisier), armes à feu, plaies iatrogènes (ex : hernies crurale, inguinale car proximité d'artère)
- Types :
 - 1) *plaies sur le trajet de l'artère :* - saignement s'exteriorise : a) jet puis rapidement, b) saccade (rythme par battement cardiaque)
 - quand hémorragie : recherche pouls en aval (pour voir si interruption de la vascularisation) : s'il est présent, diminué, abolit ; et recherche la température en aval (membre froid en aval si hémorragie)

- 2) *plaie à distance du trajet de l'artère* : - en général saignement interne → hématome
 - attention au siège et au trajet de la lésion
 - douleur sourde
 - sensation de tension douloureuse
 - impotence fonctionnelle
 - tuméfaction → hématome
- examen clinique : - hémorragie : anémie aiguë : pâleur extrême, soif intense, sueur profuse, délire
 - ischémie en aval
- compression du pédicule artériel : le membre en aval : froid et ischémique
- plaie sèche : pas suivi d'emblé d'une hémorragie
- jamais ligaturé une plaie vers l'artère carotidienne, l'aorte, l'artère fémorale commune
- complications avant l'intervention : - ex-sanguination (=quand on se vide de tout son sang)
 - choc hémorragique irréversible
- complications pendant ou après l'intervention : - choc de déclampage → le sang dans la partie supérieure du corps se redistribue si déclampage trop rapide → arrêt cardiaque
 - anévrisme post traumatique
- mieux de compresser que de faire un garrot !
- protocole : 1) numération du groupe sanguin et transfusion
 2) réanimation rapide
 3) angiographie
 4) hémostase par hémolisation → vaisseaux secondaires ou intervention chirurgicale → vaisseaux importants
- veine saphène : greffon pour vaisseaux artériels lésés
- traitement : patch, suture ou greffe

Une des dernières phrases du professeur : "on énonce plus qu'on pratique, comme par exemple dans le domaine vasculaire". Cette phrase me fait beaucoup réfléchir. C'est impressionnant de voir qu'ils apprennent les nouvelles techniques, mais pour faute de matériel approprié, ils ne peuvent soigner certaines maladies à l'aide de chirurgie mineure telle que la pose d'un stent.

Le deuxième cours n'aura finalement pas lieu. Le professeur responsable enseigne à ce même moment un cours aux étudiants en médecine à Dakar, ceci semble être plus important. Les étudiants sénégalais nous expliquent que ça arrive de temps en temps. Je trouve cela révoltant, un cours pratique pour les étudiants infirmiers est tout aussi important qu'un cours pratique pour de futurs médecins.

Jeudi, nous allons tous ensemble à l'hôpital régional de Thiès. Deux étudiants infirmiers suisses ont demandé la veille pour y aller le jour de l'ascension, en pensant que les étudiants sénégalais ne viendront pas et qu'ils auront ainsi plus de possibilités à pratiquer. Je les accompagne pour voir comment cela se passe dans leur stage, parce que ce n'est pas le même type de structure. A notre grand regret, ce jour de fête ressemble en tout à un week-end, c'est-à-dire une garde, donc effectif réduit, et pratiquement pas d'activités.

Aujourd'hui, vendredi, c'est ma première matinée de stage. Je suis impatiente de découvrir, comment se passe la prise en charge d'un patient, les visites et les consultations. Une fois arrivée au pavillon d'hospitalisation, une stagiaire infirmière sénégalaise me fait visiter le bâtiment. Il y a cinq chambres qui peuvent accueillir deux patients chacune.

L'aménagement des chambres est très sommaire : une salle de bain avec douche et sanitaire, deux lits, deux moustiquaires et un ventilateur. Une seule chambre est équipée d'une



bonne d'oxygène. La sixième chambre sert de salle de repos pour les infirmiers. Dans la salle des consultations, il y a un va et vient perpétuel de tout le personnel soignant, même pendant les consultations. Les infirmiers et les stagiaires ont l'habitude de se poser à chaque fois, quand ils n'ont rien à faire. Ils se posent où ils peuvent, y compris dans la salle des consultations, sur la table d'examen et sur les chaises du patient et de son accompagnant. La table d'examen peut être séparé du reste de la salle par un rideau. La salle contient deux bureaux : un pour les consultations et l'autre pour la paperasserie. Il y a un petit chariot avec du matériel pour nettoyer des plaies et ce dont il faut pour faire une injection ou prise de sang.



Ensuite, je participe aux visites. Je ne sais pas combien il y a de personnes à Genève lors des visites, mais ici nous sommes nombreux : le médecin, trois infirmiers et 8 stagiaires infirmiers. Le comportement du personnel pendant la visite me surprend, certains répondent au téléphone, d'autres écoutent de la musique. Que le médecin réponde à son natel pendant les visites, je peux le comprendre, ça peut être une urgence, mais pour les infirmiers et stagiaires, la majorité de leurs appels sont d'ordre privé. Les stagiaires doivent prendre les constantes des patients, de préférence avant les visites. Le docteur Seck fait une anamnèse actuelle et un examen physique, puis il adapte le traitement en cours en fonction des changements observés s'il y en a. Pendant la visite chez un jeune garçon avec une bronchopneumopathie, le docteur désinfecte une zone à la base des poumons dans

le dos, puis lui pique une seringue jusque dans les poumons. Il essaie d'aspirer du liquide, car il suspecte un œdème, mais rien. Alors, il part et tout le monde le suit. Le jeune souffre et reste seul, personne regarde sur lui.

Une fois les visites terminées, je suis le docteur Seck durant les consultations. Après un moment, le docteur part pour un séminaire, et c'est l'infirmier, Diouf, qui prend le relais. Une dame vient consulter pour des douleurs aux seins. Diouf me demande de faire l'examen physique. Là, je ressens un grand coup de stress, je n'ai jamais rien appris sur la palpation des seins. Mais je me lance, et je palpe les seins pour sentir s'il y a des ganglions anormaux. Je découvre un ganglion enflammé et m'empresse de le signaler à Diouf. Il acquiesce et me fait confiance sur mon examen, puis il lui fait une ordonnance. Une fois qu'il n'y a plus de patients, Diouf me confie qu'il n'aime pas trop faire les consultations, parce que c'est beaucoup de blabla. Il préfère le côté pratique de son métier d'infirmier, mais le médecin chef du district et le docteur Seck lui font confiance et lui confient ainsi les consultations lors de leurs empêchements.

Pour bien comprendre, Diouf m'explique le système de paiement des soins. Pour accéder au centre de santé, les gens sont obligés d'acheter un ticket de consultation, 100 CFA pour les enfants et 200 CFA pour les adultes. Personne ne peut entrer dans l'enceinte du centre sans ticket. Les patients hospitalisés s'acquittent d'un forfait de 10'000 CFA à la fin de leur séjour dans le pavillon, indépendant de la durée. Tous les médicaments utilisés sont achetés à la pharmacie du centre. Le seul matériel fourni sont les compresses, la betadine et l'alcool pour faire les pansements. En fin de matinée, c'est l'heure de faire les injections. Après les visites du matin, les patients ont reçu une ordonnance si besoin est, pour acheter leurs médicaments nécessaires. En général, ils achètent petit à petit, ils ne possèdent que peu d'argent et en plus le traitement peut changer. Le médecin fait des ordonnances pour une posologie de quelques jours au maximum. Quand on arrive dans la deuxième chambre, on me propose de faire un IVD, c'est-à-dire une injection intraveineuse via le cathéter déjà en place. Je la fais comme on nous apprend à Genève avec toutes les notions d'asepsie vues. Puis, je remets ça dans la troisième chambre. Dans la quatrième chambre, on me demande de poser une voie veineuse périphérique. J'ai pu voir la fin de la pose d'une voie veineuse périphérique dans la première chambre. Mais je suis stressée pour deux raisons, primo c'est la première fois que je vais poser un cathéter sur quelqu'un, secundo la patiente est séropositive, donc je dois faire très attention à l'asepsie. Pour le rendre encore plus difficile, cette dame est anorexique et déshydratée d'où la raison de poser une voie veineuse périphérique. Je demande un garrot pour chercher la veine, et à ma grande surprise, on me tend un gant. Je comprends vite que le gant a une double utilité : protection pour les mains ou garrot. Je trouve une belle veine, je pique et vérifie si je suis bien dedans, mais non, le sang ne s'écoule pas. Alors je ressort le tout, et le pose sur le plateau. Je laisse ma place à Djouf, ainsi la dame ne doit pas subir maintes tentatives. Mais lui aussi a de la peine, et ce n'est qu'à la cinquième tentative avec le même cathéter qu'il réussit. Oui, cinq fois avec le même venflon. Ils n'ont pas les moyens d'acheter un cathéter par essai. Avant de terminer ma matinée, je revois le docteur Seck, et il me propose de passer chez lui en fin de journée pour un mini cours de Wolof. Pendant cette première matinée, j'observe qu'ici, au Sénégal, les patients n'expriment leur douleur et évitent de pleurer.

En fin de journée, je retourne au centre et découvre que le docteur habite une maison dans le centre de santé. Il ne me donne pas un cours de Wolof, mais un petit cours de médecine. Il m'explique, ce qui est important à ses yeux lors d'une consultation : l'interrogatoire, l'histoire de la maladie, les antécédents, l'examen

clinique-physique avec les constantes (température, pouls, fréquence respiratoire, tension artérielle, poids et taille) ainsi qu'un bon dossier du patient où l'on finit avec un résumé et des hypothèses cliniques. Pour clore, il m'énumère et me commente les maladies les plus fréquentes qu'il côtoie, la drépanocytose, les broncho-pneumopathies, les polyarthralgies, dont en particulier les rhumatismes articulaires aigus, le paludisme, les syndromes infectieux, la syphilis, la fièvre typhoïde, l'hypertension artérielle, le diabète et le HIV.



Ma deuxième semaine au Sénégal commence. Ce matin, à la fin des visites, le docteur me demande de faire des dossiers de patients pour m'entraîner à en rédiger. Les siens sont très sommaires, dû aussi à la taille A5 des dossiers. Je ne peux faire le dossier toute seule à cause de la barrière de la langue. Je demande à un étudiant infirmier, Pierre-Gautier, de faire mon traducteur. Il traduit toutes mes questions, mais parfois avec beaucoup de peine, il ne comprend pas la raison de mes questions. En plus, j'oublie de poser certaines questions, la barrière de la langue ne me met pas à l'aise pour communiquer avec le patient. Je leur prends les constantes, et je finis par un examen physique. Je fais trois dossiers, dont celui d'un drépanocytaire à la forme sévère, il ne passe jamais un mois sans hospitalisation. Voilà mon rapport :

Sohibou Diop, homme de 25 ans

est arrivé au centre la semaine dernière à cause de ses crises. Une crise se traduit par une gêne respiratoire, des courbatures c'est-à-dire des myalgies et arthralgies, des douleurs qui débutent dans la poitrine, puis irradient dans le dos, sur les deux flancs suivis des membres inférieurs et des membres supérieurs pour se généraliser. Elles sont fréquentes, surtout le soir. Elles sont déclenchées par le travail et l'exercice physique. L'oxygène et les calmants soulagent le patient. Au repos, la douleur se situe sur les deux flancs et dans la poitrine. Cette douleur augmente lors de la toux. Il a une toux productive jaunâtre rare. Il a de la fièvre et des frissons, mais pas de nausée et vomissement. Son appétit reste normal. Il urine parfois tous les deux à trois jours. De plus, il doit pousser pour uriner. Il va à selle normalement. Il a un terrain drépanocytaire SS. Ses constantes : pouls à 96/min, fréquence respiratoire à 30/min, température à 36,6° et tension artérielle à 10/5. L'examen physique : l'auscultation cardiaque est normale ainsi que le choc de pointe, l'auscultation pulmonaire révèle un léger sifflement, la palpation abdominale est douloureuse sur tout le côté droit ainsi que dans l'épigastre, mais aussi un peu du côté gauche.



Résumé : homme de 25 ans ayant plusieurs crises par jour accompagnées de myalgie et d'arthralgie.

Hypothèses : - colique néphrotique

- inflammation du côlon

- crise drépanocytaire

Ce dossier est incomplet, mais c'est le premier que je fais. Avec l'aide du docteur, je le relis et le corrige, et il m'explique comment l'améliorer.

Petit rappel : la drépanocytose est une maladie autosomique dominante. Les personnes atteintes de cette maladie ont une hémoglobine anormale, donc leurs érythrocytes captent mal l'oxygène. Par conséquent, certains organes ou tissus peuvent être en hypoxie lors de crises. On appelle cette maladie aussi anémie falciforme. Elle existe sous deux formes : une forme moins sévère, AS, et une forme sévère, SS.

En fin de matinée, il y a d'autres IVD à faire. Je m'occupe de celle du drépanocytaire. Juste avant que je parte, une dame vient consulter pour une piqûre de scorpion. Je suis surprise, je sais que le venin agit très vite. Elle s'est fait piquer au bout du doigt et déjà tout son bras est comme anesthésié. Diouf cherche l'endroit précis de la piqûre et à cet endroit-là, il fait une injection de lidocaïne. Je lui demande pourquoi il a cherché le point de piqûre, et il m'explique que plus on injecte proche de la piqûre de scorpion, mieux la lidocaïne agira et vite. La lidocaïne agit comme lorsqu'une anesthésie se dissout, c'est-à-dire la dame commence à ressentir d'abord son épaule, puis son bras, ensuite son coude, ... Au moment de partir, un garçon de 20 ans arrive avec une plaie au talon. Djouf me fait faire le pansement. Je commence, puis un stagiaire vient m'aider pour couper la peau décollée (elle est trop sale et abîmée).

Aujourd'hui, mardi, pendant les visites, la maman du drépanocytaire me remet une lettre pour demander du soutien et de l'aide pour la prise en charge de cette maladie (cf. annexe 1). Sur le moment, je ne sais pas comment réagir. Je lis la lettre tout en continuant les visites. Durant cette matinée, je n'ai pas grand-chose à faire. Je pratique trois IVD, dont une au drépanocytaire. Le docteur me désigne pour m'occuper de lui. Lors de ma dernière IVD, j'ai un petit accident. Je me pique avec une seringue. Heureusement, elle est encore stérile. Urban-Manga, l'étudiant sénégalais qui est avec moi, me compresse tout de suite le doigt. Peut-être un peu trop, j'ai un hématome pendant 7 jours. Ici, les compresses ne sont pas déjà prêtes à l'emploi et stériles, sauf au bloc opératoire. Le reste de la matinée, je découpe des compresses dans des grands bouts de tissus épais et les plie pour les stériliser ensuite. Dans le centre du 10^e, il n'y a qu'un seul stérilisateur qui se trouve à la maternité.



En fin de journée, tous les étudiants suisses sont invités à une conférence sur les appareils plâtrés. Cette soirée est organisée par l'hôpital régional de Thiès. Les explications sont très sommaires. C'est plutôt un listing de techniques et méthodes. La deuxième partie, tout aussi intéressante, est une présentation de médicaments par le sponsor Sandoz (une filiale de Novartis). Les informations sont bien présentées, mais deux diapositives m'interpellent. L'une démontre un graphique datant de 1998 et l'autre se base sur une étude faite au Mali et parue dans un petit journal local. Selon moi, ces deux diapositives n'ont peu de valeur pour cette présentation, une est trop ancienne et l'autre a paru dans un journal sans prestige et sûrement peu contrôlée. Après, c'est l'heure de l'apéro, mais au Sénégal, c'est plutôt un festin.

Ce mercredi restera mémorable à jamais pour moi. Djouf me propose de me rendre à la maternité pour voir éventuellement un accouchement. La salle d'accouchement est très simple. Dans la première pièce, il y a trois lits pour les femmes en travail ou qui viennent d'accoucher, et dans la pièce à côté se trouve la salle d'accouchement proprement dite avec deux lits séparés par une paroi. A ma grande surprise, je découvre un chat dans la salle d'accouchement. Je m'imagine les maladies dont il peut être porteur, ainsi que le matériel stérile qui ne l'est plus si le chat s'en approche. Une dame vient pour un avortement. Elle a fait un avortement spontané incomplet à dix semaines. Donc j'assiste à un curetage. Je suis impressionnée de voir le fœtus qui fait déjà environ onze centimètres et qui est comme un nouveau-né miniature. Quand on le lit dans nos livres, ça n'a pas le même impact que lorsqu'on le voit de nos propres yeux. C'est mon jour de chance, je peux assister à un accouchement. Une vraie merveille ! Pendant le travail, la dame reçoit une perfusion de glucose et d'ocytocine, ainsi que des analgésiques en IVD. Je trouve l'accouchement dur et magnifique à la fois. Dur, parce qu'on appuie sur son ventre pour faire sortir le bébé. (Je ne connais pas les méthodes en Suisse.) En plus, elle a une déchirure du périnée. Je suis surprise qu'on la recouse sans anesthésie locale et d'une manière très peu délicate. Ce fut magnifique, la naissance d'un être. A 13h10, une petite fille de 3 kilos pour 51 centimètres est née au centre de santé du 10^e à Thiès. J'ai le plaisir de pouvoir la porter à sa mère. Ce moment restera inoubliable!



Ce moment restera inoubliable!

Aujourd'hui, jeudi, ce n'est pas le docteur Seck qui fait les visites comme habituellement. C'est le docteur Son, étudiant en 6^e année qui le remplace. Le troisième patient est un insuffisant cardiaque droit. Le docteur explique aux stagiaires infirmiers la différence entre une insuffisance cardiaque droite et gauche. Faire les visites et enseigner en même temps est une bonne méthode. Il s'applique pendant son stage travail. En revanche, pour ce patient, c'est triste, il ne peut se soigner par manque d'argent pour acheter les médicaments. Après les visites, je pars avec Djouf chercher deux poches de sang du groupe O+ pour transfuser le drépanocytaire. Ses crises s'empirent, et son corps est toujours plus en hypoxie. Le groupe sanguin O+ est rare dans ce pays, à l'inverse de chez nous. Nous n'avons pas de succès dans nos recherches, ni à l'hôpital régional de Thiès ni dans un hôpital privé. Au Sénégal, le don du sang n'est pas aussi présent que chez nous. Ils font une campagne une fois par année, rarement plus, d'où une banque de sang déficitaire. Pour passer d'un hôpital à l'autre, Diouf a utilisé une ambulance. Ce n'est pas vraiment une ambulance comme nous l'entendons, parce que c'est un véhicule pour transporter du matériel. A un moment donné, il roule avec la sirène, et je suis surprise que les automobilistes ne nous laissent pas passer. Pendant le trajet, j'apprends que pour tout le district de Thiès il n'y a que deux ambulances qui peuvent transporter des patients, très peu de moyen de transfert en cas d'urgence. A notre retour au centre

de santé, Djouf propose une autre solution à la famille. Un parent peut donner son sang à l'hôpital, puis il sera transfusé à leur fils. Ils acceptent immédiatement cette proposition. Puis, je fais un pansement sur la plante du pied d'une petite fille. C'est difficile, elle n'arrête pas de bouger dans tous les sens et pleure à cause de la douleur. Ensuite, je vois ce qu'est un sixième doigt chez un bébé. En fait, c'est comme un grain de raisin attaché par un petit bout de peau à côté du petit doigt. Pour l'enlever, le petit bout est ligaturé à sa base. Djouf m'explique que la partie tombe après toute seule, comme il n'y a plus d'apport sanguin. Ceci s'est fait dans le bâtiment de la petite chirurgie, un endroit très petit où on est tous entassés les uns sur les autres. A la fin de la journée, je vois en consultation un hémiparétique avec une hémiparésie faciale. Pendant ma troisième année d'études, on en a souvent parlé, mais lorsqu'on voit une personne atteinte de cette maladie, ça change tout. On remarque pleins de difficultés qu'elle rencontre ainsi que le besoin important de l'entourage.



Aujourd'hui, je commence ma troisième semaine de stage. Ce matin, je fais le dossier d'une patiente toute seule, car elle parle français. C'est toujours difficile, j'oublie constamment de poser plusieurs questions ou d'examiner certaines parties. Mais c'est à chaque fois un peu plus complet, donc j'espère y arriver à en faire un complet pour la fin de la semaine. Ensuite, je pose un cathéter. Cette fois-ci, je réussis! En fin de matinée, j'ai l'occasion de voir une ponction d'ascite. Quand la dame est arrivée, j'ai cru qu'elle est enceinte. La ponction se déroule comme dans notre pays, sauf que le liquide ponctionné coule dans une bouteille de limonade. Ici, je vois vraiment comment on peut travailler et faire beaucoup de choses malgré parfois le manque de moyen. Avant de partir, je revois le bébé au sixième doigt. Il a bien cicatrisé. En parallèle de mon travail habituel, je dois chercher des listes de médicaments dans un des bureaux du centre, puis demander à la pharmacie de faire l'inventaire du stock. Le travail de paperasserie prend beaucoup de temps. Cette liste (cf. annexe 2) avec les prix indique une des raisons pourquoi aussi peu d'analgésiques sont utilisés, une question de coût malheureusement.

Mercredi, le docteur Seck et moi, nous commençons les visites à deux, puis le reste des gens arrivent petit à petit. Après, je pose un cathéter. Je suis le docteur dans ses consultations. C'est la matinée des dermatoses. Quatre patients sur cinq en ont une. Au moment où il doit partir pour participer à un séminaire sur le paludisme, une patiente arrive avec sa fille, et il me demande de m'en occuper. Je questionne la maman sur sa fille, puis j'examine la petite. Un problème se pose au moment où la mère veut savoir si oui ou non elle doit continuer le traitement ou le changer. J'appelle un infirmier diplômé pour lui prescrire les médicaments nécessaires. En fin

de matinée, le docteur Seck me confie la tâche de faire l'injection sous-cutanée d'un anti-vitamine K au drépanocytaire et le refaire à nouveau le lendemain à la même heure.

Aujourd'hui, jeudi, est un jour de grande joie. Le drépanocytaire va beaucoup mieux. Il marche et sourit ! Le voir ainsi me touche énormément, je me suis occupée de lui presque tout le long de son séjour au centre. Il n'attend plus que l'heure de l'injection de l'anti-coagulant, et il peut enfin rentrer chez lui. La joie sur son visage est un vrai bonheur. Dans ces moments-là, j'apprécie tellement de pouvoir exercer un jour un travail dans le monde médical. Ça fait chaud au cœur de le voir sourire ! Le reste de la matinée, je plie des compresses, et fais quelques IVD.

Aujourd'hui, c'est le dernier jour de mon premier stage dans le centre de santé du 10^e. Je ne fait pas fait grand-chose de la matinée. Djouf et moi, nous apprenons aux stagiaires comment prendre le pouls radial correctement. Souvent, ils le prennent au mauvais endroit et appuient trop fort. Par conséquent, ils comptent leur propre pouls et non celui du patient. Avant de partir, un enfant arrive avec un bout de craie coincé profondément dans l'oreille. Djouf lui fait un lavement à l'aide d'une poire. L'enfant bouge sans arrêt et dans tous les sens, et j'ai beaucoup à faire pour le tenir en place. Djouf lui donne des coups pour qu'il reste tranquille. J'ai un pincement au cœur. Dans ces situations, je remarque la différence des mentalités dans la façon d'agir. Voir quelqu'un du personnel soignant frapper un enfant pendant le soin me révolte.

Pendant cette dernière semaine, un séminaire sur le paludisme est organisé pour les ASC au centre de santé. Trop souvent, leur diagnostic est erroné, pour eux fièvre rime automatiquement avec paludisme, sans penser à d'autres hypothèses (cf. annexe 3). Dans la majorité des cas, la fièvre est annoncée par le patient et même pas vérifiée par le soigneur, ce qui peut même mettre en doute l'état fiévreux.

Mes collègues



Première réaction

Ce premier stage fut génial. J'ai beaucoup appris et échangé, autant avec le personnel soignant qu'avec les patients et leurs entourages. J'ai assisté à mon premier accouchement. J'ai côtoyé certaines maladies, comme le sida et la tuberculose, qui sont très présentes dans ce pays. Souvent l'entourage du patient n'est pas au courant de sa maladie. De manière générale, les sidéens viennent

consulter pour une infection. Il faut faire très attention de ne pas révéler à leurs proches les raisons de leur hospitalisation. Parler de l'infection pour expliquer l'ordonnance est généralement admis par le patient.

Deux choses m'ont totalement surprise pendant le stage. Premièrement, des moutons, des chats et des poules se baladent dans tout le centre de santé. En voyant ces animaux, j'ai toujours le côté porteur de maladie à l'esprit. La deuxième chose est l'asepsie dans les gestes techniques. Personne ne désinfecte le stéthoscope en passant d'un patient à un autre et rarement les mains. Lors de la préparation des injections, en remplissant la seringue, une partie du médicament s'écoule souvent sur le sol par inadvertance. C'est dommage, d'une part les médicaments sont très chers et donc précieux, et d'autre part, les bactéries peuvent développer une résistance à l'antibiotique.

Journal de mon deuxième stage

Aujourd'hui commence mon deuxième stage de mon projet d'immersion en communauté. Deux étudiants infirmiers suisses, Aurélien et Petra, et moi, nous partons pour la brousse. Ils y logent déjà depuis quelques semaines. Avant de prendre un taxi pour le village de Hanene, nous achetons des bidons de dix litres d'eau. Après 20 km de route environ, je découvre le dispensaire, l'endroit de mon nouveau logis, une salle d'hospitalisation avec trois lits de patients. Le dispensaire dispose d'une salle d'accouchement, d'une salle d'hospitalisation, d'une salle de pansement, d'une salle de consultation et d'une pharmacie. Je rencontre l'infirmier Djiby avec sa famille, le responsable du dispensaire. Ils habitent à côté du bâtiment de notre hébergement. Ils sont accueillants et très gentils. Après avoir déposée mes affaires et être changée, je me rends en salle de



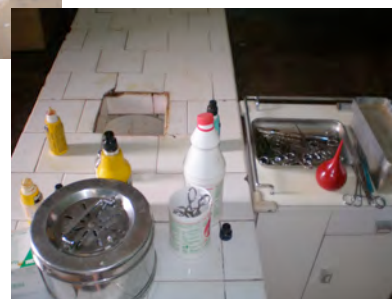
consulta
tion.
Cette
salle est
très peu
rangée,
il y a
des
docume



nts et des dossiers partout, peu de papiers sont classés. La pièce contient un bureau, une table d'examen et un frigo pour y entreposer certains vaccins et autres médicaments. Djiby me présente quatre personnes qui l'aident dans son travail : Arame l'ASC, Khady qui tient la pharmacie, Pape qui s'occupe des pansements et une matrone. Malgré la barrière de la langue, je suis avec attention les consultations.

La plupart du temps, Djiby nous traduit les symptômes. Le niveau de connaissance de l'infirmier me surprend. Il me semble qu'il n'a pas des connaissances assez étendues pour pouvoir toujours poser un bilan exact. Parfois j'ai l'impression qu'il établit un diagnostic au hasard. Il est 15h, et c'est l'heure du repas. Personne ne se change pour aller manger. Tout le monde garde sa blouse blanche. Je trouve que c'est peu hygiénique, au bout d'une matinée nos blouses sont déjà pleines de poussière et le repas n'arrange rien.

L'après midi, il fait chaud, très peu de personnes viennent au poste de santé. Nous, les trois étudiants ensemble, avons quelques pansements à faire. Puis, il y a rupture de stock de mefix et de compresses. Nous devons renvoyer les gens pour revenir le lendemain. C'est choquant de ne même plus pouvoir soigner de plaies par manque de matériel de base. En fin d'après-midi, une dame vient avec un doigt en sang. Elle a deux plaies : une où l'on voit le tendon, et sur l'autre, elle arrache la peau de protection devant nous. Je pense que son seuil de douleur doit être plus élevé que le nôtre. Elle nous demande de nettoyer ses plaies avec de l'alcool, mais nous travaillons avec de la betadine. Nous lui expliquons de revenir plus tard pour les points de sutures, parce qu'il faut attendre le retour de Djiby. Nous n'avons même pas le temps de finir son pansement qu'elle parte. Juste après, une coupure d'électricité générale se produit dans le village tout entier. Pendant ce temps, une dame arrive pour accoucher. L'infirmier nous annonce qu'elle a perdu les eaux déjà il y a 3 jours, ce qui me laisse perplexe. Le travail dure, alors nous partons manger. Nous sommes inquiets de devoir faire l'accouchement à la lumière de lampe de poche, ça ne sera pas facile. A notre grand soulagement, l'électricité revient juste à temps pour l'accouchement. Une petite fille naît à 22h39 à Hanene. C'est magnifique. La dame n'a pas de déchirure au périnée et le placenta est intact quand ils le sortent. Puis c'est l'heure de notre douche, un petit seau d'eau pour se laver, cherché préalablement par la femme de ménage au puit.



Deuxième jour à Hanene. Ce matin, je revois le bébé né hier soir. Elle est trop mignonne. Je teste le Babinski, je n'ai jamais pu le faire sur un bébé depuis que j'ai

appris cette manipulation. C'est fantastique comme elle réagit. Aujourd'hui, je peux faire mon premier point de suture sur une plaie crânienne d'un enfant. Pape lui rase les cheveux autour de la plaie, puis il injecte de la lidocaïne pour anesthésier. Nous sommes choqués, il ne désinfecte rien, ni la plaie, ni la fiole de lidocaïne déjà usagée. Je fais un point de suture, mais le fil casse. Ce fil est trop fin et généralement utilisé pour les yeux. Pape cherche un autre fil, mais cette fois-ci adaptée au type de plaie, et il fait les points de suture. Il fait cela n'importe comment, parfois il pique à plus d'un centimètre de la berge. En début d'après-midi à 13h30, nous sommes appelés pour un accouchement. A 14h05, le premier bébé naît, un beau garçon. Puis, nous attendons le deuxième, mais la femme n'a pas de contraction. Alors, nous la mettons sous perfusion de glucose et d'ocytocine. Une heure après, toujours rien, alors son entourage décide de l'amener à l'hôpital régional de Thiès. Le deuxième bébé est mort, soit pendant la grossesse, soit lors de l'accouchement du premier enfant. En fin d'après-midi, la dame excitée de la veille revient. Elle a enlevé le pansement et a mis de la crème sur la plaie. Son doigt s'est enflammé et peut être même infecté. Je fais le pansement sous la supervision d'Aurélien. Après, je fais les pansements de cinq petits circoncis d'il y a deux semaines. L'un d'eux a de la chance, car tout est parfait. Deux ont seulement besoin d'une désinfection, un autre a besoin d'un nouveau pansement, mais le dernier et le plus anxieux n'a pas de chance, c'est infecté à vif. Petra lui met de Lalugen, un désinfectant cicatrisant et anti-bactérien. Il doit revenir dans deux jours pour un nouveau contrôle.

Mercredi, je suis quelques consultations, puis je vais en salle de pansement pour voir s'il y a quelque chose à faire. Une dame avec une plaie entre deux doigts arrive. Les deux autres étudiants m'expliquent que la plaie s'est nettement améliorée depuis la dernière fois qu'ils l'ont vue. Puis, je retourne aux consultations. Là, je lis sur le registre, diagnostic : varicelle. Un grand coup de stress me submerge, je n'ai jamais eu la varicelle, je ne suis pas immunisée et je n'ai pu me faire vacciner avant le départ à cause des autres vaccins. J'espère que je ne vais pas la contracter au Sénégal. Je retourne en salle de pansement. La dame avec la plaie au tendon revient, elle a une infection à la main à présent, et elle souffre. Mais elle repart avant d'avoir eu des soins. Je fais un pansement à un garçon qui a un doigt tout enflé. Ce gonflement est sûrement dû à une blessure ou une piqûre d'insecte. Une fille avec des plaies sur les jambes arrive. Une partie des plaies suinte. Djiby nous explique qu'elle fait partie d'une famille séropositive, et que son frère présente le même type de plaies de temps en temps. Il ne sait pas à quoi c'est dû. Nous nous occupons d'elle.

En arrivant



Après nettoyage des plaies



Puis, une fillette vient avec des plaies à chaque lobe d'oreille. Nous faisons à deux ses pansements. Cet après-midi, le temps passe très lentement, il n'y a rien à faire.

En plus, le village de Hanene est vite exploré. Donc on attend gentiment que le temps passe. C'est malheureux à dire, mais tout le monde espère que quelqu'un aura besoin de nous. En fin de journée, nous découvrons l'eau courante. Quelle joie ! Nous allons pouvoir utiliser l'installation de la douche. Un petit plaisir si naturel en Suisse, mais ici si fabuleux. C'est comme une journée sans coupure d'électricité, c'est extraordinaire dans ce village. C'est une vraie redécouverte des petits plaisirs de la vie, peu estimés en Suisse. Le soir, Issa vient nous rendre une petite visite. Puis, avec Djiby, nous faisons un tour dans les champs. C'est magnifique de voir le coucher de soleil.

Aujourd'hui, jeudi, c'est le jour de vaccination pour les enfants. Le programme de vaccination est dicté par le ministère de la santé sénégalais qui se base sur les recommandations de l'OMS. Ce planning commence avant la naissance de l'enfant, les femmes enceintes étant vaccinées à deux reprises contre le tétanos afin d'éviter la transmission néonatale.

Voici le programme de vaccination résumé dans le tableau ci-dessous :

Maladie	Vaccin	Plan de vaccination à la naissance	Plan de vaccination à 6 semaines	Plan de vaccination à 10 semaines	Plan de vaccination à 14 semaines	Plan de vaccination à 9 mois	Remarque
Tuberculose	BCG	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui, si le bébé pèse > 2.5 kilos
Poliomyélite	OPV	Non	1 ^{ère} dose	2 ^e dose	3 ^e dose	Non	Vaccin oral (2 gouttes)
Diptérie	penta	Non	1 ^{ère} dose	2 ^e dose	3 ^e dose	Non	-
Tétanos							-
Coqueluche							-
Hépatite B							-
Hib							-
Rougeole	rougeole	Non	Non	Non	Non	Oui	-
Fièvre jaune	Fièvre jaune	Non	Non	Non	Non	Oui	-

Ce programme de vaccination comporte plusieurs différences par rapport au plan de vaccination suisse. Les oreillons et la rubéole n'en font pas partie, mais contrairement au programme suisse, les enfants sénégalais sont vaccinés contre la tuberculose et la fièvre jaune. Une autre différence entre ces deux programmes est le rythme de vaccination beaucoup plus soutenu au Sénégal, le programme correctement suivi est fini à 9 mois, alors qu'en Suisse, il s'étale jusqu'à la fin de l'adolescence et se prolonge durant toute la vie par des rappels.

Voici le tableau du programme de vaccination suisse :

Maladie	Vaccin	Plan de vaccination à 2, 4 et 6 mois	Plan de vaccination entre 1 et 2 ans	Plan de vaccination entre 4 et 7 ans	Plan de vaccination à l'adolescence	Plan de vaccination chez l'adulte
Diphtérie	DTC	Oui	Rappel	Rappel	Rappel	Rappel
Tétanos						
Coqueluche	-	Oui	Rappel	Rappel	Non	Non
Poliomyélite						
Rougeole	ROR	Non	1 ^{ère} dose à un an et 2 ^e dose à 2 ans	Non	Seulement si pas déjà eu 2 ^e dose	Non
Oreillons						
Rubéole						
Hépatite B	-	Facultatif	Facultatif (si pas déjà fait)	Facultatif (si pas déjà fait)	Oui si pas déjà fait (en 3 doses : 0, 1 et 6 mois)	Non
Hib	-	Oui	Rappel	Non	Non	Non

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

Durant toute la matinée, je fais des vaccins et remplis des carnets de vaccination avec Petra. Le seul vaccin que nous n'avons pas pu faire, c'est celui de la poliomyélite, qui nous manque. En fin d'après-midi, les cinq circoncis reviennent. Sur les cinq, quatre ont seulement besoin d'une désinfection, et le dernier a besoin d'un nouveau pansement, mais lui aussi est sur la bonne voie de la cicatrisation. Ce soir, Djiby et sa famille quittent le village de Hanene pour s'installer dans le dispensaire de Sigman. Il reviendra demain pour travailler et passer le relais au nouvel infirmier s'il arrive comme prévu.



Aujourd'hui, vendredi, la dame avec la plaie entre deux doigts revient. Sa main a enflé et a plusieurs poches de pus. En milieu de matinée, une femme vient pour un abcès dû à une injection intramusculaire sur la

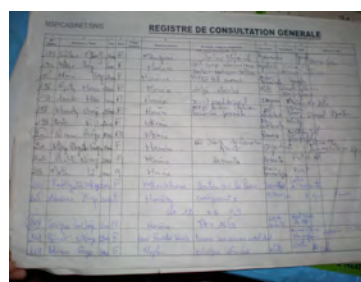


fesse droite. Dès à présent, je sais pourquoi on nous apprend de bien désinfecter trois fois avant une injection. Plus tard, un petit garçon vient pour une ponction sur la tête. Des enfants du village l'ont battu ce qui a provoqué une poche de pus avec du sang. Pour bien finir la semaine, j'assiste à une consultation un peu particulière. Une femme muette vient consulter. Voir comment l'infirmier se débrouille pour

communiquer avec la dame est incroyablement génial.

Ma cinquième semaine au Sénégal commence. Ce matin, nous sommes livrés à nous-mêmes au poste de santé. Le nouvel infirmier n'est pas arrivé, Khady et Pape non plus. Seulement Arame est présente. Avec elle, nous faisons trois consultations prénatales. Le petit garçon avec les sutures sur le crâne revient. Aucun des points faits par Pape n'a tenu. Ce n'est pas surprenant vu comme il les a fait. De plus, la plaie sent les pieds. Nous lui faisons un pansement, sans refaire des points. Le nouvel infirmier arrive à midi, mais il ne reste pas longtemps. Il vient uniquement nous prévenir que lui et sa famille arriveront ce soir. La voisine nous prépare à manger comme prévu, l'infirmier et sa famille n'étant pas là pour s'occuper de nous. C'est tellement agréable comme les gens nous aident. Les enfants du village viennent nous embêter au dispensaire, ils savent que nous sommes seuls. Le voisin vient à notre rescousse et les fait fuir. Il nous conseille de frapper les enfants avec un bâton s'ils reviennent nous importuner. Le soir, la nouvelle famille n'est toujours pas arrivée, alors les voisins nous font à nouveau à manger. Plus tard dans la nuit, l'infirmier, sa femme et leur fille arrivent avec une partie de leurs affaires.

Aujourd'hui, mardi, nous découvrons le travail du nouvel infirmier. Je le trouve beaucoup plus méticuleux que son prédécesseur. Il prend le temps de faire chaque chose avec soin. Par exemple, pendant la consultation prénatale, l'infirmier donne du SP à la femme, médicament contre le paludisme, au quatrième et septième mois de grossesse, et une troisième dose, si la femme est séropositive. Théoriquement, les trois cachets de SP doivent être pris avec de l'eau devant l'infirmier. Jusqu'à présent Djiby ne l'a jamais fait ainsi, mais le nouvel infirmier, Lamine, le fait. Il prescrit aussi le vaccin anti-tétanique pour les femmes enceintes. Djiby est un peu laxiste par rapport à Lamine. De plus, Lamine est beaucoup plus précis dans ses diagnostics, il ne dit pas infection des voies aériennes respiratoires, il essaie de déterminer si c'est une pneumonie ou autre. Il utilise des vraies feuilles d'ordonnance et pas une simple feuille de papier à carreaux. Il ne fait pas de toucher vaginal à toutes les femmes qui viennent pour une consultation prénatale, il en fait seulement, si la dame se plaint de douleur abdominal, surtout que ce n'est pas un examen agréable. Il explique au patient ce qu'il fait pendant l'examen physique. Lorsqu'il donne l'ordonnance au patient, il explique les médicaments qu'il doit prendre et pourquoi il doit les prendre. Nous suivons Lamine dans ses consultations. Pendant la matinée, la dame avec la plaie entre deux doigts revient. La blessure s'améliore gentiment. Petra et moi, nous apprécions vraiment la façon de travailler à Lamine. L'après-midi, il n'y a rien à faire. En fin de journée, une fille vient pour un pansement. Je suis toute contente, enfin quelque chose à faire.



Aujourd'hui, mercredi matin, il n'y a pas grand-chose à faire. Il n'y a personne. Tant mieux, ça signifie que les gens vont bien, peut-être pas. Souvent ils vont mal et leur état de santé s'empire, mais en premier lieu ils font appel à un marabout ou à un guérisseur. Ici, les deux tiers de la population viennent au poste de santé au dernier

moment et en dernier recours, lorsqu'ils ont tout essayé (plantes, sorcier,...), et que rien ne marche. D'une part, parce que la médecine traditionnelle avec des tradipraticiens existent toujours dans leur culture et d'autre part, parce qu'elle est souvent moins onéreuse pour les plus démunis. Mais le temps entre le début de la maladie et l'arrivée au dispensaire peut prendre plusieurs semaines, ce qui aggrave les cas. De plus, certains doivent parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour venir au poste de santé. Les maladies sont la majorité du temps dans un stade très avancé et donc plus difficile à soigner. Malheureusement, le poste de santé n'est pas



équipé pour de grandes interventions ou des soins particuliers. Quelques personnes viennent pour des consultations. Soudainement, nous entendons un enfant crié. Je sors de la salle et cherche d'où cela provient. Je regarde dans la salle de pansement et vois Pape qui perce le doigt enflé du garçon



qui est déjà venu. Puis, la fille séropositive aux plaies sur les jambes arrive. Ses lésions sont en bonne voie de guérison. Après, le petit Kheir vient, c'est le fils de la femme de ménage. Il est déjà venu hier pour qu'on lui fasse des pansements aux deux pieds qui sont couverts de plaies. Hier, il est venu à deux reprises, les membres de sa famille lui ont enlevé les bandages. Aujourd'hui, il n'a à nouveau plus de bandages. Nous nous sommes mis à trois pour refaire les pansements, deux pour le tenir et un pour les soins. Cette fois-ci, nous avertissons sa mère qu'elle ne doit enlever les bandages sous aucun prétexte, que ce soit mouillé, sale ou autre, c'est nous qui les enlèverons en temps voulu. En fin d'après-midi, les cinq petits circoncis reviennent. Ils vont tous bien, aucun pansement à faire, seulement une désinfection à la betadine. Depuis le début de cette semaine, les coupures d'électricité durent plus longtemps et sont plus fréquentes. Ça devient vraiment pénible.



Nous sommes jeudi, c'est la matinée de vaccination. Nous finissons à 10h30, parce que nous n'avons plus de pentavalent à injecter. Au total, six enfants sont vaccinés, vraiment pas beaucoup. En plus, certaines femmes viennent avec leur enfant depuis des villages voisins, et ce n'est pas facile à leur dire qu'elles sont venues pour rien. En fin de matinée, la dame avec la plaie entre deux doigts vient. Je lui fais son pansement, sa plaie se cicatrise gentiment, mais vraiment pas vite. Le soir, une femme arrive. Elle est venue le jour avant, et on lui a diagnostiqué une infection génitale. Mais depuis hier, son état s'empire. Elle a 39° de fièvre, un abdomen sensible et une douleur diffuse. Lamine décide de faire une antibiothérapie à large spectre, mais il ne sait pas ce qu'il traite. Il nous dit, on va s'en occuper et la mettre sous observation. Cette situation me fait un peu peur. Je me dis, si dans une heure l'état de la dame s'aggrave, il faudrait la transférer à l'hôpital régional de Thiès. Heureusement, l'état de la femme s'améliore. Après cette expérience, je me rends compte que le rôle et les limites de l'infirmier sont mal définis. L'infirmier ne peut savoir à quel moment il doit s'arrêter et déléguer. Par chance, la situation s'est bien

terminé, mais Lamine aurait aussi bien pu être dépassé par les événements et ainsi devenir dangereux pour la patiente.

Aujourd'hui vendredi, la femme de Lamine nous a préparé un petit déjeuner un peu particulier. Au lieu de nous laisser mettre du beurre dans notre baguette comme d'habitude, elle nous a mis le reste des spaghettis du soir avant dedans. Manger une baguette aux spaghettis au petit déjeuner n'est vraiment pas facile. Pendant la matinée, nous avons quelques consultations. Ici dans ce poste de santé, je remarque que depuis deux semaines environ, au moins un tiers des visites sont des consultations prénatales. Ceci dit, c'est normal, plus de 57 % de la population ont moins de vingt ans et les femmes ont en moyenne 4 enfants. En milieu de matinée, un monsieur vient pour faire les pansements sur ses deux jambes. Il a de multiples infections sur antécédents de fractures opérés aux deux jambes. C'est la fin de matinée, et le petit Kheir vient pour refaire ses pansements. A notre grande surprise, il a encore ses bandes. Ses pieds s'améliorent. A 12h00, la fille séropositive aux plaies arrive. Habituellement vendredi à midi, notre taxi nous attend pour partir pour Thiès. Je vais pour faire les pansements de la fille, mais Petra et Aurélien, les deux autres étudiants ont pris la direction du taxi, alors je dois les suivre. Je suis étonnée qu'ils partent sans faire ce dernier pansement. Nous aurons pu le faire et ensuite partir, mais bon...

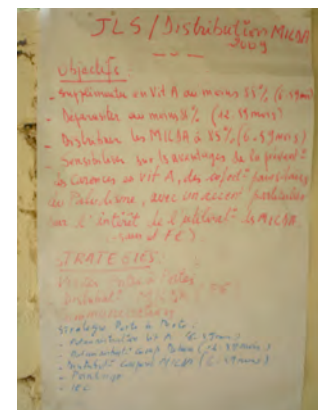
Aujourd'hui lundi, ma dernière semaine de stage commence. Cette semaine sera particulière. Une campagne nationale de distribution gratuite de MILDA (Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action) couplée aux journées locales de supplémentation en vitamine A et de déparasitage pour les enfants de moins de cinq ans est organisée par le Ministère de la santé grâce à l'appui des partenaires au développement. Tous les volontaires reçoivent des documents simples et bien rédigés, à la portée de tout le monde (cf. annexes 4 et 5). Arame, Pape, Aurélien et moi faisons la distribution dans le village de Hanene. Pour les moustiquaires, nous remettons un coupon aux familles qui leur permet de l'échanger au poste de santé contre une MILDA. Pendant cette première matinée, je distribue aux enfants de un



à quatre ans l'antiparasitaire sous forme de comprimé, les enfants âgés de moins d'un an ne doivent pas recevoir le mébendazole. Peu d'enfants ont peur des blancs, mais dans une telle situation, je passe le cachet à un de mes accompagnants pour qu'il le lui donne ensuite. Pape s'occupe de la distribution de la vitamine A, une capsule bleue

pour les enfants de moins d'un an et une capsule rouge pour les enfants de un à quatre ans. Ce fut une matinée bien remplie, comme je les aime. L'après midi, au dispensaire, j'ai l'occasion de faire deux pansements. A 16h00, je repars avec l'équipe du matin pour continuer à faire encore du porte à porte. Notre groupe a rencontré 207 enfants qui entrent dans le programme de prévention.

A la fin de cette journée, la fille séropositive aux plaies vient pour refaire ses pansements. Je m'occupe d'elle toute seule. Ses plaies s'améliorent vraiment. Ça



fait plaisir de voir le succès de notre travail. Puis, un garçon arrive, il s'est empoisonné en buvant de l'eau de javel. Lamine prend le relais et s'en occupe. Le soir, une dame entre dans la maternité. A savoir dans la maternité, il y a la salle d'accouchement et la salle d'hospitalisation. Je vois Aurélien y aller, alors j'y vais aussi, je me réjouis d'assister à un accouchement. En fait, pas du tout, la dame est mise sous observation, parce qu'elle a fait une crise d'hypertension artérielle.

Aujourd'hui, c'est le deuxième jour de la campagne de distribution. Pendant trois heures, nous faisons du porte à porte à nouveau sur Hanene, puis nous devons nous



arrêter, le stock de vitamine A étant épuisé. L'après-midi, nous partons avec Lamine pour une case en construction. Cette case sert, en ce moment, de point fixe de distribution des moustiquaires pour les villageois. Peu de monde est passé. Au retour, nous continuons à faire du porte à porte à Hanene. Dans la deuxième maison visitée se produit une situation particulière pour moi. Arame me fait remarquer la présence de la fillette avec la varicelle. Je sors de suite de leur maison et j'attends à l'extérieur.

Tout le monde commence à rire à cause de ma réaction immédiate, pourtant il n'y a rien de drôle dans tout ça. Ces deux premières journées de la campagne me font bien visiter tout le village. Il est beaucoup plus important que j'ai pensé. Hanene est un grand village. Quand nous arrivons aux dernières maisons, le ciel devient bien noir au loin. Arame me dit qu'il va pleuvoir. Je suis toute contente de pouvoir vivre une soirée de pluie ici.



Par contre, je ne sais pas du tout, si ça influence beaucoup l'accès au poste de santé pour les gens. Une tempête de sable commence. Je suis déçue, ce n'est que du sable et aucune pluie. Nous attendons quelques instants dans la dernière maison que le vent se calme, puis nous faisons route vers le dispensaire. Sur le chemin, quelques gouttes commencent à tomber, et là, mon sourire revient. Avec Aurélien, nous sommes comme deux enfants qui découvrent quelque chose de nouveau. Et pourtant, ce n'est que la pluie. Trois minutes après notre arrivée au poste de santé,

des seaux d'eau commencent à tomber. En traversant de notre chambre à la salle des consultations, c'est-à-dire à peine dix mètres, nous sommes déjà à moitié trempés. La pluie s'arrête pendant la nuit.

C'est mercredi aujourd'hui. Ce matin, je reste au dispensaire pour suivre les consultations de Lamine, et je m'occupe de la salle des pansements. Les deux autres étudiants partent pour la campagne. Nous faisons un tournus dans nos activités. Le petit Kheir vient. Ses plaies s'aggravent, parce qu'il les a grattées. La dame avec la plaie entre les deux doigts revient. A midi, je pars avec Lamine et d'autres volontaires en 4x4 dans un village voisin, à 10 kilomètres de Hanene. Une dame reste à un endroit fixe du village pour distribuer les moustiquaires. Le monsieur et moi, nous faisons le tour du village pour distribuer les coupons, la vitamine A et l'antiparasitaire. A l'heure du manger, un des chefs du village nous offre le repas de midi. C'est génial de voir comme les gens sont si généreux dans ce pays. Dans ce village, je vois pour la première fois un enfant obèse ainsi qu'une petite fille avec une

hydrocéphalie. Dans ce village, autant les enfants que certains adultes sont surpris de voir une blanche. C'est déjà bizarre quand les enfants te fixent parce qu'ils voient pour la première fois un blanc, mais quand c'est des adultes, c'est carrément surprenant. Au milieu d'un groupe de maisons, beaucoup de monde est réuni sous un grand arbre. Les grands enfants avec les adultes trient les cacahuètes. Une fois que tous les enfants aient reçu leur coupon et "médicaments", un garçon m'offre plein de cacahuètes. Vers 16h00, nous finissons la campagne de distribution dans ce village, étant à nouveau en rupture de la vitamine A. Le 4x4 doit venir nous récupérer plus tard. Alors, nous faisons de l'auto-stop pour aller à la prochaine case de Keur Madaro pour gagner du chemin pour le retour. Le 4x4 y arrive dix minutes après pour nous ramener à Hanene.

Peu de temps après notre arrivée, nous entendons des cris dans le village. Une voiture conduite par un villageois a renversé deux femmes. Elles sont immédiatement amenées au dispensaire par leurs proches. L'une d'elle a perdu connaissance, puis elle reprend ses esprits. Lamine décide de la mettre sous perfusion et de la garder en observation. La deuxième femme a une plaie sur la fesse. Plus de peur que de mal pour ces deux femmes. Pendant ce temps que nous prodiguons les soins, environ cent personnes du village sont venues attendre dans l'enceinte du poste de santé. C'est vraiment impressionnant à voir. Vers 22h00, Lamine choisit de transférer la dame qui a perdu connaissance après l'accident de voiture, il entend des râles dans le poumon gauche et en plus, la dame se plaint de douleur dans la poitrine. Il n'y a pas d'ambulance pour l'amener à l'hôpital de Thiès, tous les chauffeurs ayant énormément roulé à cause de l'action de prévention. Une heure plus tard, la famille trouve enfin un véhicule pour la transférer.

Avant dernier jour de stage, la matinée de vaccination se déroule sous le couvert qui fait office de salle d'attente. Je vaccine cinq enfants, puis je m'arrête. Un enfant accompagné de sa mère arrive couvert de boutons. Ils attendent une consultation. Je m'éloigne vers la salle des pansements, en espérant que ce soit vite son tour pour que je puisse refaire des vaccins, j'aime beaucoup faire cela. En attendant, le monsieur avec les infections sur les deux jambes opérées pour fractures vient pour refaire ses pansements. Puis, le garçon au doigt enflé arrive. Son doigt n'est plus que peu enflé, par contre quand Pape lui a percé le doigt, il lui a charcuté le bout du doigt. Pour l'enfant couvert de boutons, Lamine conclue que ce n'est pas la varicelle, mais la maladie de Lille. Après son départ, je retourne aux vaccinations. Vers midi, nous partons tous pour la brousse. Nous, les trois étudiants, sommes déçus, notre unique tâche consiste à vérifier le nombre de moustiquaires restant à Keur Madaro. En début d'après midi, la fille séropositive aux plaies vient. C'est la dernière fois que je la rencontre. Je lui fais ses pansements toute seule, les autres font la sieste. Je



suis tellement contente que ses plaies cicatrisent toujours mieux. Il est 17h, une dame arrive. Elle a perdu les eaux, mais ce n'est pas pour un accouchement, elle n'est qu'à 19 semaines d'une grossesse gémellaire. Malheureusement, cette dame a fait une fausse couche. Je n'ai pas vu, comment ils ont sorti les deux fœtus pour lui les remettre. Ici, au Sénégal, les femmes faisant une fausse couche, réclament les fœtus pour une cérémonie et les enterrent ensuite.

Ce soir, trois circoncisions sont au programme. Je suis impatiente de voir comment cela se déroule. Trois enfants de huit à douze ans arrivent. Nous manquons de matériel pour faire les interventions tels que scalpels, aiguilles de suture et fil adapté. Lamine demande à un accompagnant des trois garçons de chercher du fil et des aiguilles de couture ainsi que des lames de rasoir. A la place d'utiliser un scalpel, il utilise les lames de rasoir pour couper la peau et pour recoudre des simples aiguilles et fil de couture. Les trois circoncisions se passent bien. C'est impressionnant d'avoir pu assister à cela.

C'est vendredi, le dernier jour de mon stage. Ce matin, je suis Lamine dans ses consultations. Une fillette vient nous consulter, elle a la varicelle. Je ne bouge pas, et je me dis qu'avec le nombre d'enfants que j'ai croisé ayant eu la varicelle, si je dois la contracter... (Finalement, je ne l'ai pas eu !) Pour le reste de la matinée, je fais les pansements de Kheir, une injection intramusculaire et deux pansements sur des enfants.

Deuxième réaction

Ce deuxième stage a été une expérience merveilleuse. J'ai été en contact avec une vraie médecine communautaire, qui fait avec le peu de moyens dont elle dispose. J'ai appris à travailler dans des conditions bien autres de celles rencontrées en Suisse, surtout du point de vue matériel.

A Hanene, nous avons eu au minimum une coupure d'électricité par jour. Tous les deux jours, il y a eu une coupure d'eau. J'ai partagé ces côtés moins agréables du quotidien avec les habitants et appris à relativiser aussi le manque de confort, l'absence d'eau chaude et facilités sanitaires. J'ai été confrontée à des situations très difficiles, à beaucoup de pauvreté, à la maladie... Le stage dans ce dispensaire dans la brousse m'a permis d'observer une toute autre structure de fonctionnement. Dans les villages, les difficultés sont bien différentes de celles en ville.

J'ai dû m'adapter au rythme de vie africain. En effet, tout prend plus de temps, et bien souvent j'ai eu l'impression de ne pas faire grand-chose. Néanmoins, avec le temps, je me suis habituée, et j'ai même appris à apprécier ces moments d'inactivité.

Arrivée à la fin de mon stage, je suis mélancolique, j'ai dû me séparer de beaucoup de personnes, d'amis, qui m'ont énormément aidé à réaliser mon projet, mais aussi à m'intégrer dans cette culture si différente de la nôtre, mais si enrichissante.

Il me reste encore une semaine au Sénégal, je veux en profiter pour faire un peu de tourisme....

Conclusion

Comment conclure un voyage qui dura 7 semaines et qui fut si riche en expériences ?

Ce stage a été extrêmement enrichissant, tant sur le plan académique que personnel. Le système de santé sénégalais est socialement très développé avec une grande accessibilité. Les connaissances médicales sont de haut niveau et malgré le peu de moyens à disposition, la qualité des soins de base est satisfaisante. Cependant il existe de nombreuses disparités dans la qualité des prestations dispensées en fonction du comportement des différents agents de santé. Ce système de santé si différent du nôtre m'a permis d'élargir mes connaissances en médecine communautaire. J'ai énormément appris, et je suis convaincue que cela me servira dans ma future pratique médicale.

Sur le plan personnel, j'ai le sentiment d'avoir été totalement immergée dans la population sénégalaise. C'est avant tout grâce aux personnes merveilleuses que j'ai rencontrées et qui m'ont fait découvrir un nouveau pays, fort différent du nôtre, avec sa culture, son mode de vie, sa musique... Toutefois, j'ai assez rapidement rencontré un obstacle de communication, car si la langue officielle du pays est le français, nombreux sont les personnes qui parlent les dialectes locaux. Après un petit cours accéléré de Wolof, j'ai enfin pu saluer les gens dans leur langue, ce qui a facilité immédiatement le contact. Dans le cadre de mon stage proprement dit, cette barrière de la langue a surtout pu être surmonté grâce à la gentillesse et la disponibilité du personnel soignant qui a toujours pris le temps de me traduire les différentes consultations.

Finalement, ce stage m'a donné l'opportunité d'aborder un autre aspect de mes études, jusqu'à présent très théoriques.

Remerciements

Un grand merci à...

Toutes les personnes qui m'ont aidées à réaliser ce rêve.

La Faculté de Médecine qui m'a permis de vivre cette expérience inoubliable.

Madame Isabelle Villommet et Dr Philippe Chastonay pour leur aide avant le voyage.

Issa et Demba pour leur soutien pendant le stage.

Dr. P.B. Seck, Diouf, Urban-Manga, Pierre-Gautier, du centre de santé du 10^e de Thiès, et Djiby, Lamine, Arame, Pape, Khady, la Matrone, du dispensaire de Hanene, pour leur gentillesse, leur accueil et leur disponibilité.

Anaïs, Aurélien, Caroline, Céline, Emilie, Guillaume, Hélène, Julie, Petra, Raphaël et Tania pour les moments passés ensemble.

Tous ceux qui ont croisé mon chemin au Sénégal et qui ont fait que ce voyage fut si intense et si magique.

Annexe 1

Ministère de la santé et de la prévention
Région Médicale de Thiès
District sanitaire de Thiès

Thiès, le 20/04/09

A

.....

.....

.....

Objet : demande de soutien

Je viens par cette présente solliciter votre bienveillance afin de soutenir une mère de famille désorientée dans le suivi thérapeutique de son fils.

En effet son fils **Sohibou DIOP** est un malade drépanocytaire SS, forme la plus grave de cette maladie grave qui est la drépanocytaire. Régulièrement, il fait des crises qui étonnent même les médecins. Et à chaque fois, tous les mois ou au pire toutes les semaines, ils font la navette entre le centre de santé du 10^{ème} et l'hôpital régional de Thiès.

Le garçon a souvent besoin d'oxygène et son traitement devient de plus en plus compliqué. Car les infirmiers n'arrivent plus à trouver ses veines pour les perfusions ou les transfusions sanguines.

Aujourd'hui nous avons épuisé presque toutes les possibilités thérapeutiques. Son cas devient chaque jour plus difficile et son traitement de plus en plus coûteux.

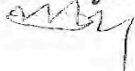
C'est donc une mère de famille désorientée et dans le besoin qui vous sollicite afin de l'aider dans la prise en charge de cette maladie.

Votre appui nous sera d'un grand secours.

Cette lettre a été écrite par son médecin traitant pour ainsi soutenir dans le suivi de son enfant.

Mère de l'enfant

Mme NDèye DIA



**Le Médecin chef adjoint
du district sanitaire de Thiès**

Dr. Papa Birahim SECK



Annexe 2



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION



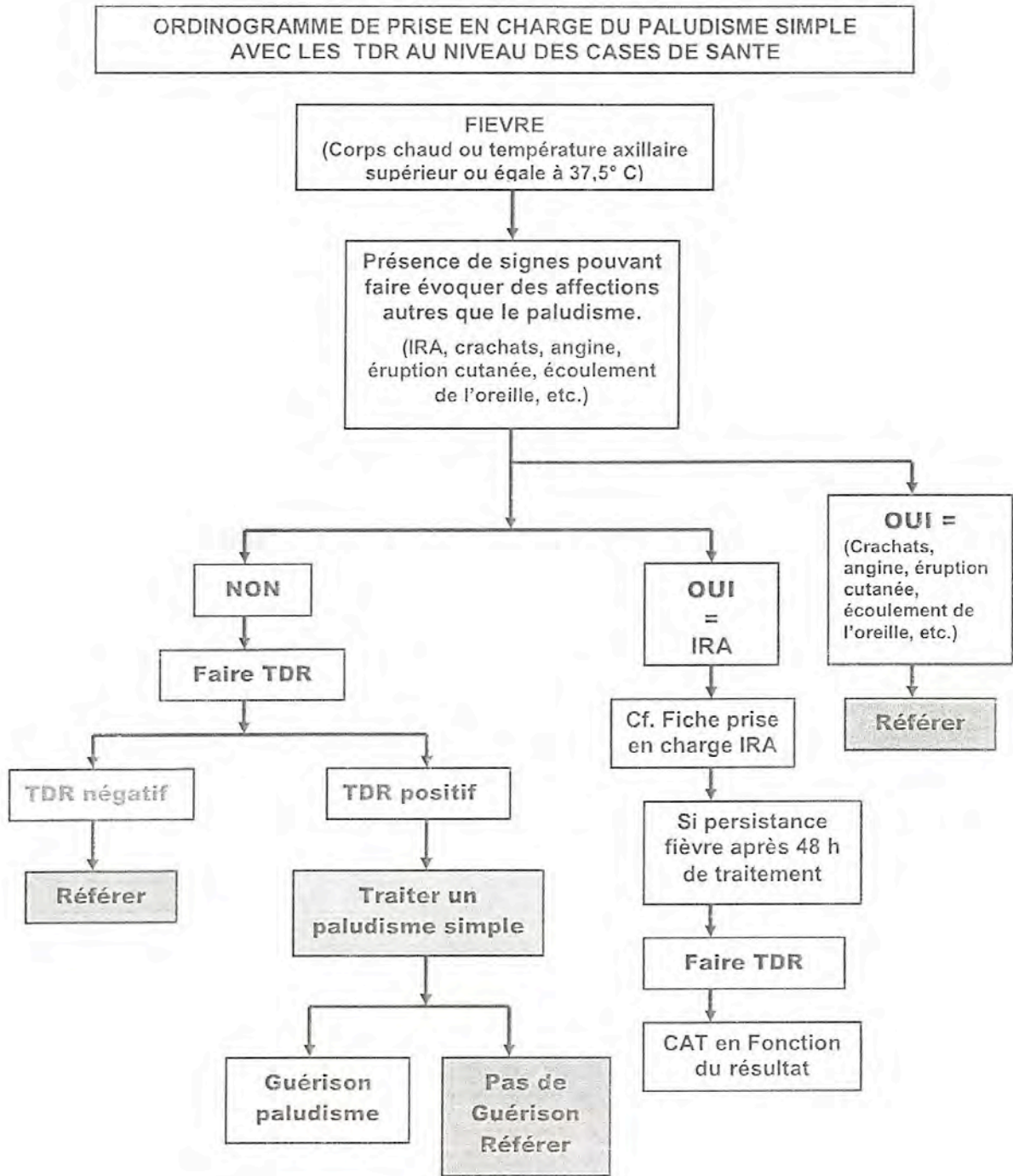
MISE A JOUR DES PRIX DES MEDICAMENTS

Code	Désignation	Condt	Exemples de spécialités	P.U de vente TTC (Fcf)	Prix de Vente du District aux Postes de Santé(15%)	Prix de Vente aux Populations(31%)
ANTIBIOTIQUES						
01014	BENZYL PENICILLINE 1MUI A INJ B/50	B/50	PENICILLINE G	2 200	2 530	3 314
01024	BENZAT. BENZYL PENI 1.2MUI A INJ B/100	B/100	EXTENCILLINE	11 350	13 053	17 099
01024	BENZAT. BENZYL PENI 1.2MUI A INJ B/50	B/50	EXTENCILLINE	4 400	5 060	6 629
01024	BENZAT. BENZYL PENI 2.4MUI A INJ B/50	B/50	EXTENCILLINE	6 980	8 027	10 515
01034	BENZYL PENI PRO 1MUI A INJ B/50	B/50	BIPENICILLINE	3 390	3 899	5 107
01044	AMPICILLINE 1G AMP INJ B/50	B/50	TOTAPEN	4 300	4 945	6 478
01051	AMOXICILLINE 500MG GELULEB/1000	B/1000	HICONCIL	25 000	28 750	37 663
01052	AMOXICILLINE 250MG SP FL/60ML	FL /60ml	HICONCIL	230	265	346
01061	OXACILLINE 500MG GELULE B/120	B/120	BRISTOPEN	4 200	4 830	6 327
01064	OXACILLINE 1G INJB/50	B/50	BRISTOPEN	8 040	9 246	12 112
01064	OXACILLINE 1 G amp inj B/25	B/25	BRISTOPEN	4 030	4 635	6 071
01072	CLOXACILLINE 125MG/5ML SUSP BU	FL/100ml	ORBENINE	190	219	286
01084	GENTAMICINE 80 MG AMP INJ	B/100	GENTALLINE	2 400	2 760	3 616
01091	ERYTHROMYCINE 500 MG COMP	B/10	ERY 500	320	368	482
01101	CHLORAMPHENICOL 250MG GELULE	B/1000	TIFOMYCINE	8 480	9 752	12 775
01101	CHLORAMPHENICOL 250MG GELULE	B/200	TIFOMYCINE	1 710	1 967	2 576
01104	CHLORAMPHENICOL 1G INJ	B/100	TIFOMYCINE	15 660	18 009	23 592
ANTIBIOTIQUES (SUITE)						
01104	CHLORAMPHENICOL HUILEUX 500mg/2ml amp	B/25	TIFOMYCINE	22 500	25 875	33 896
01111	TETRACYCLINE 250MG GELULE	B/1000	ABIOSAN	6 290	7 234	9 476
01111	DOXYCYCLINE 100MG GELULE	B/1000	VIBRAMYCINE	5 760	6 624	8 677
01111	DOXYCYCLINE 100mg comp	B/100	VIBRAMYCINE	820	943	1 235
01116	CLHORTETRACYCLINE 3% PDE	T/15G	AUREOMYCINE	170	196	256
01121	SULFAMET+TRIMET(400+80)MG CP	B/1000	CTRIM/COTRIM	6 000	6 900	9 039
01122	SULFAMET+TRIMET (200+40MG) SP FI/60ml	FL/60ml	CTRIM/COTRIM	360	414	542
01176	NEOMYCINE BACITRACINE PDE T/20g	T/20g	BANEOCIN	370	426	557
01194	CEFOTAXIME 1G INJ SS SOLVANT	B/1	CLAFORAN	1 000	1 150	1 507

01201	CIPROFLOXACINE 250 mg comp	B/100	CIFRAN/CIFLOX	990	1 139	1 491
01214	CEFAZOLINE 1G INJ SS SOLVANT	B/50	CEFACIDAL	18 000	20 700	27 117
01221	NALIDIXIQUE ACIDE	B/20	NEGRAM	410	472	618
ANTIPALUDIQUES						
X 04034	QUININE 200MG/2ML AMP INJ	B/100	LUJECT/QUINIM	6 240	7 176	9 401
X 04034	QUININE 400MG/4ML AMP INJ	B/100	LUJECT/QUINIM	8 400	9 660	12 655
04034	QUININE 600MG/2ML AMP INJ	B/100	PALUJECT/QUIN	9 580	11 017	14 432
04041	SULFADOXINE + PYRIM.(500+25) MG CP	B/3	FANSIDAR	50	58	75
ANTIPALUDIQUES (SUITE)						
04044	SULFADOXINE + PYRIMETAMINE (500+25) am	B/10	FANSIDAR	730	840	1 100
04051	AMODIAQUINE + ARTESUNATE (adulte)	B/24	ACT ADULTE	575	661	866
04052	AMODIAQUINE + ARTESUNATE(adolescent)	B/12	ACT ADO	275	316	414
04053	AMODIAQUINE + ARTESUNATE (enfant)	B/6	ACT ENFANT	275	316	414
ANTIFONGIQUES						
X 05011	METRONIDAZOLE 250MG CP	B/1000	FLAGYL	4 000	4 600	6 026
05011	METRONIDAZOLE 500 MG CP	B/1000	FLAGYL	5 700	6 555	8 587
05012	METRONIDAZOLE 200MG/5ML SUSP B	FL/60ml	FLAGYL	300	345	452
X 05017	METRONIDAZOLE 500MG OV CP GYN	P/10	FLAGYL	180	207	271
06011	GRISEOFULVINE 250 MG CP	B/100	GRISEFULINE	1 530	1 760	2 305
06011	GRISEOFULVINE 250 MG CP	B/1000	GRISEFULINE	15 220	17 503	22 929
X 06012	GRISEOFULVINE 500 MG COMP	B/100	GRISEFULINE	2 360	2 714	3 555
X 06016	GRISEOFULVINE POMMADE	T/15G	GRISEFULINE	450	518	678
06022	NYSTATINE 100MG/5ML PP SP	FL/30ML	MYCOSTATINE	750	863	1 130
06027	NYSTATINE OVULE	B/100	MYCOSTATINE	1 000	1 150	1 507
X 06036	ECONAZOLE 1% pommade	T/30G	PEVARYL	1 000	1 150	1 507
ANTHELMINTIQUES						
X 07011	MEBENDAZOLE 100 MG CP	B/1000	VERMOX	3 000	3 450	4 520
X 07011	MEBENDAZOLE 500 MG COMP	B/1	VERMOX	200	230	301
X 07012	MEBENDAZOLE 100 MG SUSP BUV	FL/30ML	VERMOX	190	219	286
09011	PRAZICUANTEL 600 MG COMP B/200	B/200	BILTRICIDE	13 380	15 387	20 157
X 09011	PRAZICUANTEL 600 MG COMP B/100	B/100	BILTRICIDE	7 240	8 326	10 907
GAZ POUR INHALATION						
10034	KETAMINE 500MG/10ML AMP INJ	B/25	KETAJECT	10 890	12 524	16 406
10044	THIOPENTAL 1 G INJ SS SOLVANT	B/25	NESDONAL	11 000	12 650	16 572
10059	HALOTHANE SOL	FL/250ML	FLUOTHANE	11 000	12 650	16 572
CURARES						
10099	VECURONIUM 4 MG PP. INJ.+SOLVANT	B/50	NORCURON	57 600	66 240	86 774
ANESTHESIQUES						
11014	LIDOCAÏNE 2% INJ FL/ 50 ML	B/1	XYLOCAÏNE	150	173	226
11014	LIDOCAÏNE 2 % ADRENALINE INJ	B/1	XYLOCAÏNE	660	759	994

11044	SUXAMETHONIUM 50MG/1ML AMP INJ	B/10	XYLOCAÏNE	660	759	994
11025	BUPIVACAINE 20MG/4ML Rachi-anesthésie	B/20		10 440	12 006	15 728
43018	PHENAZONE+LIDOCAÏNE GTE AURI	FL/10ml	OTIPAX	890	1 024	1 341
ANTALGIQUES ET ANTI INFLAMMATOIRES						
X 12011	AC.ACETYLSALICYLIQUE CP 500 MG	B/1000	ASPIRINE	3 620	4 163	5 454
12014	ACETYL SALIC. LYSINE 1,8 G. A INJ	B/50	ASPEGIC	10 870	12 501	16 376
12014	ACETYL SALIC.LYSINE 1,8 G AMP INJ.	B/10	ASPEGIC	2 080	2 392	3 134
12021	INDOMETACINE 25 MG COMP	B/100	INDOCID	250	288	377
X 12031	PARACETAMOL 500 MG COMP	B/1000	DOLIPRANE	3 900	4 485	5 875
X 12032	PARACETAMOL 120 MG/ 5 ML SP	FL/60ml	DOLIPRANE	300	345	452
X 12034	PARACETAMOL INJ 1G/100 ml	FL/100 ml	PERFALGAN	1 500	1 725	2 260
X 12034	PARACETAMOL 0,5 G	FL/100ml	PERFALGAN	1 000	1 150	1 507
12041	ACIDE NUFLUMIQUE GELULE 250 mg	B/100	NIFLURIL	2 500	2 875	3 766
X 12046	ACIDE NUFLUMIQUE PDE	T/30G	NIFLURIL	850	978	1 281
12054	KETOPROFENE 100 mg	B/2	PROFENID	920	1 058	1 386
X 12061	AC MEFENAMIQUE 250 MG CP	B/1000	PONSTYL	9 170	10 546	13 815
X 12071	IBUPROFENE 400 MG COMP	B/50	BRUFEN	430	495	648
ANALGESIQUES CENTRAUX (MORPHINIQUE)						
13044	FENTANYL 0,10 MG/ 2 ML AMP INJ	B/5	FENTANYL	2 940	3 381	4 429
13044	FENTANYL 0,50 MG/ 10 ML AMP INJ	B/10	FENTANYL	18 120	20 838	27 298
13054	BUPRENORPHINE 0,3 MG/ML A INJ	B/10	TEMGESIC	11 100	12 765	16 722
CORTICOIDES						
14014	DEXAMETHASONE 4 MG A INJ	B/100	SOLUDECADROL	7 360	8 464	11 088
14051	PREDNISOLONE 5 MG COMP	B/1000	CORTANCYL	5 640	6 486	8 497
X 14064	HYDROCORTISONE 100 MG AMP INJ.	B/100		23 000	26 450	34 650
ANTIHISTAMINIQUES						
14071	DEXCHLORPHENIRAMINE 2 MG CP	B/30	POLARAMINE	590	679	889
14072	DEXCHLORPHENIRAMINE 0.1 MG/ML SP	FL/125ML	POLARAMINE	600	690	904
14081	PROMETHAZINE 25 MG COMP	B/1000	PHENERGAN	3 840	4 416	5 785
14084	PROMETHAZINE 50 MG/ 2 ML A INJ	B/100	PHENERGAN	6 960	8 004	10 485
MEDICAMENT POUR CHOC ANAPHYLATIQUE						
14094	EPINEPHRINE 1 MG/ 1 ML A INJ	B/100	ADRENALINE	4 900	5 635	7 382
ADSORBANT						
X 15011	CHARBON 500 MG COMP	B/40	CARBOPHOS	610	702	919
NEUROLEPTIQUES, ANXIOLYTIQUES ET DERIVES						
X 17011	DIAZEPAM 5 MG COMP	B/1000	VALIUM	1 890	2 174	2 847
X 17014	DIAZEPAM 10 MG/ 2 ML AMP INJ	B/100	VALIUM	5 500	6 325	8 286
17021	CHLORPROMAZINE 100MG COMP	B/1000	LARGACTYL	9 600	11 040	14 462
17024	CHLORPROMAZINE 125MG/5ML A INJ	B/100	LARGACTYL	5 330	6 130	8 030
NEUROLEPTIQUES, ANXIOLYTIQUES ET DERIVES						

Annexe 3



Annexe 4

DISTRIBUTION DE MILDA

La Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) est un moyen sûr et efficace pour se protéger du paludisme.

QU'EST CE QU'UNE MILDA ?

La Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA), est une moustiquaire traitée par des procédés spécifiques qui lui permettent d'être efficace 3 à 5 ans. Pendant cette période, elle peut être lavée jusqu'à vingt fois.

POURQUOI UTILISER LA MILDA ?

- Dormir sous MILDA présente plusieurs avantages :
 - Evite les piqûres de moustique
 - Préviennent le paludisme
 - Contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.
 - Permet de dormir paisiblement

COMMENT UTILISER LA MILDA ?

- Déballer et étaler à l'ombre pendant 24 heures avant utilisation
- Attacher la moustiquaire en s'assurant qu'elle couvre bien le lit ou la natte
- S'assurer qu'il n'y a aucun moustique à l'intérieur

La MILDA doit être utilisée toutes les nuits et pendant toute l'année.

COMMENT ENTREtenir LA MILDA ?

La MILDA sale se lave avec de l'eau et du savon ordinaire. Pour laver la MILDA, il faut respecter les consignes suivantes :

- Ne pas utiliser de l'eau de javel
- Ne pas utiliser de l'eau tiède ou chaude
- Toujours sécher la MILDA à l'ombre et jamais au soleil

La MILDA, garde son efficacité jusqu'à vingt lavages. Si la MILDA a des trous ou est déchirée, il faut la réparer.

Campagne nationale de distribution gratuite de Milda couplée aux journées locales de supplémentation en Vitamine A et de Déparasitage

GUIDE DU RELAIS • 2009 •

SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

La Supplémentation systématique concerne tous les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes en post partum (dans les 42 jours après accouchement).

AVANTAGES DE LA VITAMINE A

La vitamine A est essentielle pour la croissance et le développement de l'enfant. Elle augmente la résistance aux infections comme la rougeole, les infections respiratoires, le paludisme, les diarrhées et les maladies de la peau.
La vitamine A protège les enfants de la cécité crépusculaire.

ALIMENTS RICHES EN VITAMINE A

Beurre, Lait, Grauf, Foie, Poisson, Feuilles vert foncé (manioc, mbum, haricot...), Mais jaune, Fruits et légumes jaunes orangés, Huile de palme...



DOSE A ADMINISTRER

- Enfant 6 à 11 mois : 100000 UI
- Enfant 12 à 59 mois 200000 UI
- Femme en post partum (dans les 42 jours après accouchement) : 200000 UI le premier jour et 200000 UI le jour suivant.

Si l'enfant rejette ou vomit dans les 30 minutes après l'administration, donner une autre dose.

DEPARASITAGE

Le déparasitage consiste à éliminer les vers intestinaux des enfants.

POURQUOI LE DÉPARASITAGE CHEZ LES ENFANTS ?

Les vers intestinaux sont dangereux. Ils provoquent l'anémie, exposent l'enfant à la malnutrition, freinent son développement et réduisent ses capacités d'apprentissage.

COMMENT ADMINISTRER LE MEBENDAZOLE AUX ENFANTS ?

Faire mâcher ou sucer à l'enfant de 1 à 5 ans, 1 comprimé de 500mg tous les 6 mois.
Au besoin, écraser le comprimé dans un récipient propre et faire boire avec un peu d'eau.
Si l'enfant rejette ou vomit dans les 30 minutes après l'administration, donner une autre dose.

Pendant la campagne, les enfants âgés de 0 à 11 mois ne doivent pas recevoir le mebendazole

NB : Il faut se laver les mains avec de l'eau et du savon avant toute manipulation.

MESSAGE A DONNER AUX PARENTS

Chers parents, éliminons les vers intestinaux de nos enfants âgés de 1 à 5 ans pour leur garantir un bon état nutritionnel, une bonne croissance et un meilleur apprentissage.

Veillez à la propreté des mains des enfants en les lavant à l'eau et au savon.

Annexe 5



Ministère de la Santé,
de la Prévention et de
l'Hygiène Publique
DANSE

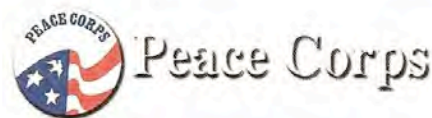


Aide Mémoire du Relais

Campagne de **distribution gratuite**
de **MILDA** couplée aux **journées**
locales de supplémentation
en **vitamine A** et au **déparasitage**

JUIN 2009

La campagne intégrée supplémentation en vitamine A, déparasitage et distribution gratuite de moustiquaires aux enfants de 6 à 59 mois organisée en 2009 par le Ministère de la santé a été possible grâce à l'appui des partenaires au développement :



Aide mémoire du relais

Le présent document est un aide-mémoire destiné au relais. Il a pour objet de l'aider dans ses différentes tâches pendant la campagne MILDA couplée aux JLS / déparasitage. Il rappelle les avantages des interventions, les stratégies utilisées et les différentes tâches du relais.

I - Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA)

1 - Rappel sur le paludisme

C'est quoi le paludisme ?

Au Sénégal, le paludisme est l'une des maladies les plus fréquentes chez l'enfant. Il cause encore beaucoup de décès d'enfants de moins de 5 ans. Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant qu'elle porte.

- Le paludisme est une maladie transmise par la femelle d'un moustique (anophèle) ;
- En piquant une personne atteinte du paludisme, le moustique peut transmettre le parasite responsable de la maladie à d'autres personnes ;
- Une seule piqûre peut être suffisante pour donner le paludisme ;
- Le paludisme est particulièrement dangereux pour les enfants 0 – 5 ans et les femmes enceintes ;
- Les signes du paludisme simple : fièvre plus marquée le soir, frissons et sueurs, maux de tête, douleurs au dos et aux articulations ;
- Dans les cas graves, le paludisme peut donner des convulsions, une perte de conscience... et même la mort.

2 - Quel est le rôle du relais dans la lutte contre le paludisme ?

- Faire le plaidoyer et la mobilisation communautaire autour de la lutte contre le paludisme;
- Soutenir la distribution des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) et la promotion de leur utilisation par les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans;
- Faire la promotion du Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte;
- Informer les communautés sur les aspects liés aux Aspersion Intra Domiciliaires (AID) dans les zones ciblées;
- Eduquer les populations pour une recherche précoce des soins;
- Référer les cas de paludisme grave au niveau des postes et centres de santé;
- Assurer le traitement du paludisme simple dans les cases de santé avec les ACT;

- L'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) est un moyen sûr et efficace pour se protéger du paludisme.
- Les enfants 0 – 5 ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables ; ils doivent être protégés en priorité.
- Une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) est une moustiquaire pré – traitée industriellement par des procédés spécifiques qui lui permettent d'être efficace jusqu'à 20 lavages.

Aide Mémoire du Relais

Campagne de distribution gratuite de MILDA couplée aux journées locales de supplémentation en vitamine A et au déparasitage

3 - C'est quoi la MILDA?

Exemples de messages clés sur la MILDA

- La MILDA est un bon investissement ;
- Mieux vaut prévenir que guérir ;
- La moustiquaire imprégnée est actuellement le meilleur moyen de se Protéger du paludisme ;
- La MILDA est la solution la plus simple, efficace et moins coûteuse pour se protéger du paludisme.

4 - Pourquoi utiliser la MILDA ?

La moustiquaire imprégnée permet de se prémunir du paludisme ; Son utilisation permet une réduction de la mortalité liée au paludisme particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Pour éviter le paludisme, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes doivent dormir sous une Moustiquaire Imprégnée toutes les nuits.

5 - Comment utiliser la moustiquaire imprégnée ?

Le relais doit informer chaque mère à qui il donne les coupons sur:

A - L'intérêt d'utiliser la MILDA et comment l'utiliser :

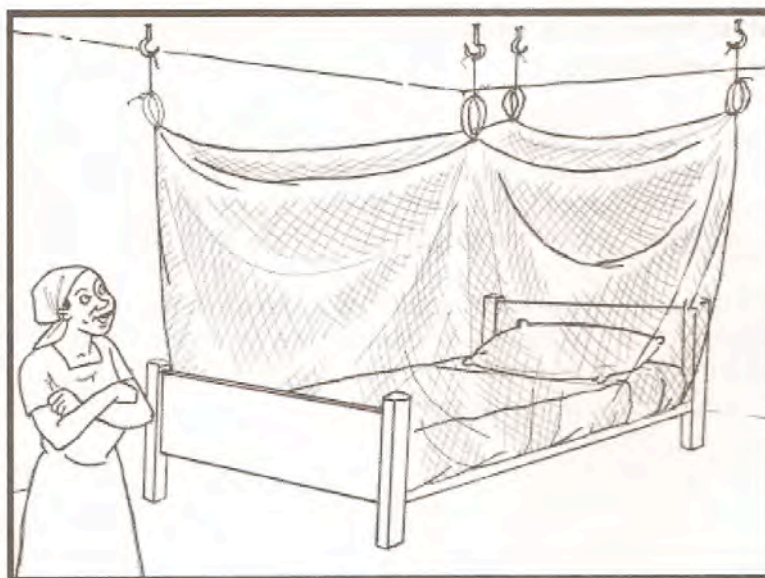
- Attacher des ficelles à travers les boucles de la MILDA ;
- Placer des clous ou crochets ou autre support à l'endroit où vous devez suspendre la MILDA ;
- Attacher les ficelles aux crochets ou aux clous ;
- Accrocher la MILDA de façon à recouvrir la zone occupée par le/les personnes et descendre suffisamment bas pour pouvoir être bordée sous le matelas ou la natte ;
- S'assurer qu'il n'y ait pas d'espace pouvant laisser passer les moustiques.

Les emballages de MILDA ne doivent jamais être laissés à la portée des enfants ni être réutilisés.

B - Le relais doit informer les mères des précautions à prendre pour une bonne utilisation de la MILDA :

- Si la moustiquaire a des trous ou est déchirée, il est important de la réparer
- La moustiquaire doit être lavée seulement si c'est nécessaire ;
- La MILDA sale se lave avec de l'eau et du savon ordinaire en respectant les consignes suivantes:
 - Ne pas utiliser de l'eau de javel pour laver la MILDA ;
 - Ne pas utiliser de l'eau tiède ou chaude pour laver la MILDA ;
 - Toujours sécher la MILDA à l'ombre à plat et jamais au soleil.

Aide Mémoire du Relais
Campagne de distribution gratuite de MILDA couplée aux journées locales de supplémentation en vitamine A et au déparasitage



Une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action doit être utilisée toutes les nuits et pendant toute l'année, avant la saison des pluies, pendant la saison des pluies et après la saison des pluies.

6 - Stratégie pour la distribution gratuite des MILDA

- La distribution gratuite de Moustiquaires imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) sera intégrée dans les Journées Locales de Supplémentation (JLS) ;
- La stratégie Porte à Porte sera appliquée : Les relais trouveront les mères dans leurs maisons pour supplémenter et déparasiter leurs enfants et leur remettre un coupon de gratuité MILDA.
- La cible éligible à la distribution gratuite des MILDA est constituée des enfants de 6-59 mois (cible JLS) ; la supplémentation en vitamine A concerne les enfants 6-59 mois, le déparasitage concerne les enfants 11 – 59 mois. Chaque enfant qui reçoit la vitamine A reçoit aussi un coupon pour une MILDA gratuite.
- Chaque enfant 6-59 mois a droit à une seule moustiquaire (1 enfant 6-59 mois = 1 MILDA) ;
- Pour recevoir une MILDA, la mère / gardienne d'enfants 6 – 59 mois doit présenter un coupon de gratuité MILDA.

a - Où peut-on se procurer le coupon de gratuité de la MILDA ?

Les relais qui passeront dans les maisons pour administrer la vitamine A et le mébendazole aux enfants 6 – 59 mois remettront à chaque enfant supplémenté un coupon qui lui donne droit à une moustiquaire imprégnée gratuite (1 coupon = 1 MILDA).

b - Où peut – on retirer la MILDA ?

La mère qui a reçu un coupon de gratuité des relais peut l'échanger contre une MILDA au niveau du point de distribution de son quartier ou village.

Le relais doit informer chaque mère à qui il donne un coupon sur l'endroit le plus proche où elle peut échanger son coupon contre une MILDA.

II - Supplémentation en vitamine A

1 - Le protocole de supplémentation en vitamine A

La supplémentation systématique concerne tous les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes en post-partum dans les 42 jours (6 semaines) qui suivent l'accouchement. Les doses sont administrées par la voie orale.



- **Enfants de 6 à 59 mois**
- Nourrissons de 6 à 11 mois :
100 000 UI tous les 6 mois
- Enfants de 12 à 59 mois :
200 000 UI tous les 6 mois

2 - Administration de la vitamine au cours des JLS

Sélection des enfants

La vitamine A doit être administrée aux enfants de 6 mois à 59 mois.

NB : Ne pas tenir compte de la situation antérieure de supplémentation en vitamine A de l'enfant.

Administration de la vitamine A aux enfants

Présentation de la capsule

La capsule de vitamine A se trouve dans un flacon en plastique de 500 capsules de forme ovale avec un embout. Il s'agit de capsules :

- de couleur rouge dosées à 200 000 UI et qui contiennent 8 gouttes.
- de couleur bleue dosées à 100 000 UI et qui contiennent 4 gouttes.

Doses à administrer à l'enfant selon l'âge :

- Enfants de 6 à 11 mois : 1 capsule bleue ou 4 gouttes de la capsule rouge (moitié de la capsule) ;
- Enfants de 12 à 59 mois : 1 capsule rouge : 8 gouttes (totalité de la capsule).

Comment couper la capsule ?

Bien tenir verticalement la capsule, l'embout vers le haut

Prendre une paire de ciseaux ou une lame neuve et couper la capsule à la pointe de l'embout.

Comment obtenir la goutte ?

- Renverser la capsule
- Presser légèrement jusqu'à apparition de la goutte puis relâcher.

Après l'administration :

Jeter la capsule utilisée dans un sachet en plastique.

Aide Mémoire du Relais

Campagne de distribution gratuite de MILDA couplée aux journées locales de supplémentation en vitamine A et au déparasitage

3 - Conservation de la vitamine A au cours des JLS

Les flacons en plastique contenant les capsules de vitamine A sont conservés dans des cartons d'emballage d'origine. Les cartons doivent être maintenus dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de la chaleur, le flacon bien fermé. Les capsules de vitamine A ne doivent pas être exposées aux rayons solaires.

III - Le déparasitage

1 - Avantages du déparasitage

Le déparasitage est un traitement pour éliminer les vers intestinaux des enfants. Les vers intestinaux provoquent l'anémie, freinent le développement de l'enfant et réduisent ses capacités d'apprentissage.

2 - A qui est administré le Mébendazole ?

Le Mébendazole 500 mg doit être administré aux enfants de 12 à 59 mois.



3 - Comment administrer le Mébendazole ?

Sélection des enfants : les enfants qui ont été éligibles pour recevoir la capsule de Vitamine A rouge dosée à 200 000 UI sont sélectionnés pour être déparasités au Mébendazole.

Il s'agit d'un comprimé de 500 mg que l'enfant doit sucer ou mâcher, en prise unique, devant le relais. Pour les enfants qui ont des difficultés à mâcher ou à sucer le comprimé entier, il faut l'écraser, le dissoudre dans un peu d'eau et donner à boire à l'enfant.

NB : les enfants âgés de 0 à 11 mois ne doivent pas recevoir le Mébendazole de 500 mg.

NB : Veillez à la propreté des mains pour toute manipulation de la capsule de Vitamine A et du comprimé de Mébendazole.

Le relais doit toujours communiquer avec la mère et les autres membres de la famille sur les avantages de la vitamine A, du déparasitage et de la moustiquaire imprégnée avec un accent sur la MILDA.

Aide Mémoire du Relais
Campagne de distribution gratuite de MILDA couplée aux journées locales de supplémentation en vitamine A et au déparasitage

Fiche 1
REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA PREVENTION ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE
FICHE INTEGREE DE POINTAGE : Vitamine A, Mébendazole et Distribution de Coupons MILDA

Région Médicale : _____	District : _____	Localité : _____
Poste de Santé : _____	Equipe de supplémentation : _____	Date : _____
Nombre de capsules rouges reçues : _____	Nombre de capsules rouges utilisées : _____	Nombre de capsules rouges restantes : _____
Nombre de capsules bleues reçues : _____	Nombre de capsules bleues utilisées : _____	Nombre de capsules bleues restantes : _____
Nombre de comprimés reçus : _____	Nombre de comprimés utilisés : _____	Nombre de comprimés restants : _____
Nombre de coupons reçus : _____	Nombre de coupons distribués : _____	Nombre de coupons restants : _____
6 - 11 mois		
Vitamine A (100.000)	Vitamine A (200.000)	Mébendazole (500 mg)
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000	00000 00000 00000 00000
S/Total 1 :	S/Total 2 :	
Total Général vitamine A (1 + 2) :		Total coupons distribués :

NB : Cette fiche est destinée au volontaire porte à porte. Un rond coché = une capsule de vit. A ou un comprimé de Mébendazole ou un coupon de MILDA distribué. Un rectangle = 100 enfants. Une mère de plusieurs enfants de 6-59 mois peut se retrouver avec autant de coupons que le nombre d'enfants.