



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Eline CHAUVET

Marc BAEHNI

Hugues CACHELIN

Simon HAEFLIGER

Etienne RUFFIEUX

RAPPORT IMC

3^{ème} année de médecine, 2010-2011

L'accès aux soins de la population mongole sédentaire et nomade



Hugues Cachelin, Dr. Yves Prunier, Eline Chauvet, Etienne Ruffieux, Marc Baehni, Simon Haefliger, BA EHNI BA EHNI

Table des matières

- I. Introduction

- II. Généralités sur la Mongolie
 - a. Brève histoire de la Mongolie
 - b. La Mongolie en quelques chiffres
 - c. Géographie
 - d. Economie
 - e. Démographie

- III. La steppe
 - a. Notre travail
 - b. Pathologies d'importance majeure dans la steppe
 - i. Hypertension
 - ii. Troubles digestifs
 - iii. Soins à la naissance et maternité
 - c. Accès aux soins et suivi des patients
 - d. Les nomades

- IV. La capitale
 - a. Stage à l'hôpital national de traumatologie
 - b. Stage à l'hôpital national de cancérologie
 - c. Stage au service d'urgence de la capitale
 - d. Stage au service de maternité de l'hôpital numéro 1

- V. Conclusion

- VI. Annexe
 - a. Questionnaire
 - b. Source
 - c. Données récoltées
 - d. Remerciements

I. Introduction

Beauté, générosité et frustration. Trois mots pour caractériser sept semaines d'émotions intenses. Beauté tout d'abord, beauté d'un pays qui, par ses traditions ancestrales, ses paysages brutes et infinis et ses contrastes n'a cessé de nous émerveiller. Puis générosité, générosité sans borne des nomades que nous avons croisés au fil de nos différents périple, générosité des autorités du pays qui nous ont apporté leur soutien et plus généralement générosité d'un peuple tout entier. Et finalement frustration, frustration de ne pas être en mesure d'apporter une aide plus substantielle à ces gens dans le besoin, frustration de n'avoir pu accomplir d'avantage étant donné les attentes élevées que nous nous étions fixées au début du voyage.

Tout au long de ces sept semaines, nous avons également, et surtout, découvert un système de santé, certes plus rudimentaire et moins avancé que le nôtre mais dont les acteurs, malgré les faibles moyens à leur disposition, se démènent courageusement pour tenter de délivrer à la population des soins dignes. Nous avons pu mesurer le fossé abyssal existant entre les hôpitaux de la campagne et ceux des villes (en particulier les hôpitaux de la capitale). Pour nous, occidentaux privilégiés, habitués à une médecine de pointe et à des infrastructures modernes, découvrir la réalité des hôpitaux de campagne (manque d'eau à disposition, hôpital dépourvu d'électricité, manque de personnel....) nous a révoltés mais nous a aussi fait prendre conscience que nous bénéficions chez nous d'une médecine de qualité.

Notre rapport est structuré de la façon suivante : la première partie donne quelques renseignements généraux sur le pays (histoire, géographie, culture). La seconde partie traite de la réalité médicale de la campagne (hôpitaux de campagne, principales pathologies présentes, difficultés d'accès aux soins pour les nomades). La troisième partie détaille les stages que nous avons faits dans les différents hôpitaux de la capitale (hôpital national de traumatologie, hôpital national de cancérologie).

Au début de notre immersion, nous pensions centrer notre travail essentiellement sur la thématique de l'accès aux soins pour la population nomade. Les stages que nous avons effectués dans divers hôpitaux de la capitale ont donné une autre vision de notre vécu dans la steppe.

II. Généralités sur la Mongolie

a. Brève histoire de la Mongolie

Les origines: de la préhistoire au moyen-âge

La Mongolie est peuplée des diverses ethnies notamment les Xiongnu, les Ruanruan et les Köktürks. Au Xème siècle, le pays est essentiellement peuplé de Mongols qui forment un ensemble de tribus hétéroclites.

Gengis Khan et l'empire mongol

Au XIIIème siècle, un chef nommé Temudjin unifie les tribus mongoles. Ce dernier prendra ensuite le nom de Gengis Khan. Par les armes, Gengis Khan puis ses fils et petits-fils vont bâtir le plus grand Empire de l'Histoire de l'humanité. Il couvrira plus de 26 millions de kilomètres carrés. L'empire atteindra son apogée sous Khoubilai Khan, un des descendants de Gengis Khan. Sous sa férule, l'Empire atteindra des dimensions pharaoniques, s'étendant de la Méditerranée au Pacifique et de la Sibérie à l'Inde, y incluant notamment la Chine et l'Arabie saoudite actuelle. Cet immense Empire commencera à s'effriter au XIVème siècle avec la perte de la Chine.

La domination Mandchou

au XVIIème siècle, le pays tombe sous la domination des Mandchous. Le pays est alors transformé en deux provinces à savoir la Mongolie intérieure et la Mongolie extérieure. Jusqu'au début du 20ème siècle, la Mongolie sera dominée par les chinois.

La Mongolie indépendante

Suite à la révolution chinoise de 1911 et l'éviction du dernier Empereur Chinois, la Mongolie va déclarer son indépendance. Bogdo Khan prend alors la direction du pays. A noter que la Mongolie dite intérieure reste aux mains des Chinois. En 1921, une insurrection populaire menée par Damdin Sükhbaatar et soutenue par l'URSS aboutit en juillet 1921 à la formation d'un gouvernement provisoire. Finalement la république populaire mongole est proclamée le 26 novembre 1924. La capitale est baptisée Oulan-Bator qui signifie « le héros rouge » en

Rapport IMC

hommage à Damdin Sükhbaatar. Après sa transformation communiste, l'histoire de la Mongolie est fortement liée à celle de son allier soviétique : instauration d'un régime communiste, purge massive des intellectuels et des artistes, guerre contre l'empire japonais au côté de l'URSS durant la deuxième guerre mondiale. La Mongolie a abrité de nombreuses bases militaires soviétiques durant la guerre froide.

Le post-communisme ou la transition vers la démocratie

Après la chute de l'empire soviétique, la Mongolie va se transformer en une démocratie. Symbole de la transformation politique, une nouvelle constitution est adoptée en 1992. Les grands axes de cette constitution sont notamment l'adoption d'un régime parlementaire élus au suffrage universel et la transformation du nom du pays qui se nomme maintenant « République de Mongolie ». La Mongolie est une des rares démocraties en Asie centrale.

b. La Mongolie en quelques chiffres¹

Population totale	2,671,000
Revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA)	3,470
Espérance de vie à la naissance h/f (années)	65/74
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	29
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000)	305/141
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int., 2009)	167
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2009)	4.7

¹ Les chiffres concernent l'année 2009. D'après le site de l'OMS ; <http://apps.who.int/ghodata>

c. Géographie

La Mongolie est un pays d'Asie centrale qui est limité au nord par la Russie et au sud par la Chine. Sa capitale est Oulan Bator. La Mongolie était autrefois appelé Mongolie extérieure en opposition avec la Mongolie intérieure qui est une province chinoise. La langue officielle du pays est le mongol et sa monnaie est le tugrik. Son climat est de type continental avec en hiver des températures qui peuvent descendre jusqu'à -40 et des pics de $+40$ en été. D'ailleurs Oulan Bator est la capitale avec la température moyenne la plus basse au monde. Le pays ne reçoit que très peu de précipitations. Le pays se trouve la majorité du temps au cœur d'un système de hautes pressions. Ce qui fait que le ciel est la plupart du temps complètement dégagé. La Mongolie est aussi surnommée le pays au ciel bleu. Au sud du pays se trouve le désert de Gobi qui recouvre une surface aussi vaste que 15 fois la Suisse. Au centre se dressent les Monts Khangai, territoire riche en pâturage pour les nomades. C'est une région formée de volcans éteints qui par endroits peut atteindre plus de 3000 mètres.

2



² http://www.lexilogos.com/mongolie_carte.htm

d. Economie

Les minéraux constituent la principale ressource de la Mongolie. On y trouve en outre du cuivre et du tungstène mais aussi du charbon et du pétrole. L'économie de la Mongolie est surtout basée sur ses exportations de ces matières premières. Ce qui la rend fortement dépendante des variations du prix de ces matières. Environ la moitié de la population vit dans des yourtes et un tiers des mongols sont des purs nomades qui vivent de l'élevage de chevaux et de moutons. Le pilier de l'économie est l'agriculture qui représente la plus grande partie du PIB. La transition de l'économie planifiée vers celle de marché a été dure pour le pays dont plus de 20 % de la population est au chômage. La Mongolie est d'ailleurs le pays le plus soutenu par les organisations humanitaires. Le pays est divisé en deux avec une Mongolie urbaine qui vit de manière occidentale et une Mongolie campagnarde composée essentiellement d'éleveurs et de paysans. On observe un fort exode rural qui s'est d'ailleurs accentué ces dernières années créant ainsi de plus en plus d'inégalité.

e. Démographie

Il y a un peu moins de trois millions d'habitants en Mongolie. Près de la moitié des gens vivent dans la capitale. Le pays a la plus faible densité de population au monde avec 1,7 habitants au kilomètre carré. Les deux tiers de la population sont âgés de moins de 30 ans. Les Mongols peuvent être divisés en différents groupes ethniques comme les Khalkas, Durbet et Daringand. Il existe également des minorités d'origine turque (Kazakhs, Tuvans et Uzbeks), russe et chinoise. Plus de 4 millions de Mongols vivent à l'étranger (principalement en Russie et en Chine).

III. La steppe

a. Notre travail

Les trois premières semaines de notre voyage en Mongolie se sont déroulées dans le Nord du pays dans l'aimag (province) de Khuvsgul. Nous étions accompagnés d'un médecin français, le Dr. Yves Prunier, grand spécialiste du pays qui venait en Mongolie pour la 14^{ème} fois. Le Dr. Prunier fait partie d'Action Mongolie, une association française fondée en 2001 qui œuvre à développer le domaine de la santé en Mongolie. Durant ces trois semaines, nous étions également accompagnés d'une interprète français-mongole, Erkegul. Un petit bout de femme dont la compétence et la débrouillardise nous ont aidés à maintes reprises. Elle et Yves se connaissaient bien, ils avaient déjà travaillé ensemble auparavant et ils fonctionnaient bien ensemble. Grâce aux nombreux contacts d'Yves, nous avons pu organiser notre périple à travers l'aimag de Khuvsgul de façon optimale. En effet, c'est le gouverneur de l'aimag et son directeur-adjoint de la santé qui nous ont aidés à planifier notre séjour. Nous voulions découvrir la réalité de la steppe, savoir comment les nomades sont pris en charge sur le plan médical. Ils nous ont donc proposé d'aller directement dans les dispensaires des soums (villages) et d'accompagner le Dr. Prunier dans ses consultations. Ils nous ont généreusement proposé de nous héberger dans les différents dispensaires où nous irions. Les autorités de l'aimag ont ainsi grandement facilité notre travail.



Rapport IMC

Une fois sur place, alors que le docteur s'occupait des patients et de leurs plaintes, nous nous occupions d'effectuer une sorte d'état des lieux de l'état de santé des patients. Pour ce faire, nous avons réfléchi, en amont du stage, aux questions que nous poserions aux patients. Nous avons à cet effet rédigé un questionnaire type (voir annexe) inspiré de celui de l'Organisation Mondiale de Santé (questionnaire STEPS³). Nous avons néanmoins dû adapter nos questions aux réalités auxquelles nous étions confrontées. Certaines questions trop pointues ou pour lesquelles les moyens manquaient (taux d'Hct, densité minérale osseuse) n'ont donc pas été retenues. Les questions posées portaient sur les antécédents médicaux des patients, leur activité physique ou encore leur habitude alimentaire.



En plus du questionnaire, nous avons également pris chez les patients la mesure de leurs paramètres vitaux, à savoir la tension artérielle, la glycémie, le poids, la taille, le tour de taille et la fréquence cardiaque. Via le bouche à oreille, la nouvelle qu'un médecin occidental était là et donnait des consultations gratuitement se disséminait rapidement au sein de la population et ainsi les gens venaient en grand nombre nous voir. La majorité des patients venaient pour une raison précise (un mal de tête ou une douleur dans le dos) mais nous avons également eu certaines personnes qui venaient juste pour avoir un compte rendu de leur état de santé général. Il nous est aussi arrivé de ne voir personne, l'hôpital étant fermé

³ <http://www.who.int/chp/steps/Questionnaire.pdf>

Rapport IMC

pour cause de fête. Sur initiative d'Yves, le médecin qui nous accompagnait, nous allions alors chez l'habitant directement et avec leur autorisation nous les faisons passer notre questionnaire et prenions la mesure de leurs paramètres vitaux. Notre quotidien était donc rythmé par la venue de patients que nous prenions en charge. Les journées étaient souvent longues et harassantes. Un sentiment d'insatisfaction et d'impuissance nous gagnaient parfois au fil des consultations car ils nous semblaient que la marge de ce que nous pouvions réellement faire pour eux était faible.



En tout nous avons été dans les dispensaires de quatre soums, à savoir Ulaan-UI, Tsagaanur, Rechenlumbe et Khatgal. Ces hôpitaux prenaient en charge environ 3'000 personnes et étaient équipés en moyenne d'une quinzaine de lits. Dans le dispensaire de Tsagaanur, le plus petit, un seul médecin était responsable des quelques 1'500 personnes qui habitaient dans le soum. Dans l'hôpital d'Ulaan-UI, plus important en taille car chargé des habitants de plusieurs soums, on comptait 8 médecins. C'était un hôpital dit intersoum. Cependant sur les huit médecins censés être présents, seulement 2 étaient là au moment de notre passage. A

Rapport IMC

Rechenlumbe, la ville était coupée de courant électrique depuis trois jours quand nous sommes arrivés. Aucun médecin n'était présent dans l'hôpital et les patients étaient pris en charge par l'infirmière cheffe. Nous n'avons pu prendre aucune mesure sur la population dans ce soum.

Nous nous sommes occupés de plus de 200 patients et avons récolté autant de données. Evidemment avec ces données, nous n'avons aucunement la prétention de vouloir faire une étude statistique rigoureuse. Il est néanmoins possible d'en tirer des conclusions d'ordre général : forte prévalence d'hypertension, prédominance de pathologies chroniques, habitudes alimentaires peu équilibrés. Ces différents aspects sont développés dans les paragraphes ci-après.

b. Pathologies d'importance majeure dans la steppe

i. Hypertension

Véritable fléau dans les zones rurales que nous avons fréquentées, l'hypertension nous a d'abord frappés par sa très grande prévalence.

Le tout premier cas que nous avons rencontré durant ce stage était justement un cas d'hypertension. Par la suite et tout au long de notre voyage, dans chaque village, nous avons découvert qu'une grande partie des patients présentait de l'hypertension.

Le tableau ci-dessous indique le taux de patients hypertendus parmi le nombre total de patients évalués sur ce critère, pour 3 différents villages (sum) situés dans la province (aimag) de Khuvsgul.

Village	Patients hypertendus
Ulaan Uul	18 / 50
Tsagaan Nuur	13 / 29
Hatgal	22 / 49

On constate que sur un total de 126 patients, 53 souffrent d'hypertension.

Rapport IMC

Précisons que la grande majorité des patients chez qui nous mesurons une hypertension avait déjà connaissance de cette dernière avant leur arrivée à notre examen car ils répondaient « oui » au questionnaire final lorsqu'on leur demandait s'ils étaient hypertendus. Les autres patients chez qui nous mesurons une tension trop élevée et qui n'en étaient pas conscients sur le moment étaient très rares (moins de 2 par villages). Ces deniers, ont toutefois été considérés dans ce chapitre comme hypertendu si leur tension dépassait 150 mmHg.

De plus, beaucoup de patients souffraient d'hypertensions à des stades très avancés. Citons, à titre d'exemple, quelques tensions extraordinaires qu'il nous a été donné de prendre durant ce stage :

- 228/108 mmHg chez une femme de 77 ans à Ulaan Uul
- 250/145 mmHg chez une femme de 51 ans à Tsagan Nuur
- 240/130mmHg pour une autre femme de 43 ans également à Tsagan Nuur

Mesurer des tensions si élevées contrastait beaucoup avec les premières impressions que nous avons pu nous forger en Suisse lors de l'exercice de cette pratique. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les diagnostics sont plus tardifs puisque les patients sont suivis moins régulièrement. Mais aussi parce que les individus sont majoritairement pauvres et vivent, de plus, dans des régions très peu peuplées. Les traitements sont donc difficiles d'accès financièrement et géographiquement. Même notre équipe n'avait malheureusement pas de médicaments contre l'hypertension! Les médecins mongols nous ont dit que parfois les médicaments n'étaient pas pris correctement. D'autre part, ils constataient que les médicaments pris n'étaient pas appropriés à la maladie du patient. Rappelons ici qu'en cas d'hypertension, le traitement est à prendre régulièrement et sur une longue période, ce qui donne facilement lieu à des problèmes de compliance.

Pour en revenir à notre étude, ajoutons qu'une autre catégorie d'individus suivait à priori un traitement contre l'hypertension. Ils déclaraient, en effet, être hypertendus (ils répondaient « oui » à la question de l'hypertension) bien que leurs tensions étaient normales (< 140mmHg) le jour où nous la mesurons. Voici la proportion de ces individus parmi la somme totale de patients hypertendus du questionnaire pour les 3 villages:

Rapport IMC

-patients hypertendu avec une tension < 140 mmHg : 19

-patients hypertendus avec une tension > 140 mmHg : 31

Précisons que ces chiffres, comme ceux mentionnés précédemment dans ce chapitre, sont purement indicatifs. Ils sont naturellement soumis à de nombreux biais, par exemple, une erreur dans la réponse des patients due à une mauvaise compréhension des questions, des erreurs de notre part dans la mesure de la tension, des variations de tension qui ne seraient pas dues aux médicaments.

Il est impératif de souligner ici le cas exceptionnel des Tsatans (tribu que nous décrivons plus en détail dans un autre chapitre), véritables « recordmen » de l'hypertension. D'après le médecin chef de l'hôpital de Tsagan Nuur, on leur attribue même une autre norme de tension, celle-ci se situant autour de 140/110 mmHg. Ce même médecin nous a aussi expliqué que leur étonnante résistance à l'hypertension venait peut-être du lait de renne qu'ils consomment.

Nous allons à présent décrire brièvement quelques autres mesures que nous avons effectuées sur la population dans les mêmes régions. Celles-ci ont un impact sur le système cardiovasculaire. Il est donc intéressant de les présenter en lien avec l'hypertension.

1) Le tabac

Nous avons été étonnés par la faible proportion de fumeurs rencontrée lors des entretiens médicaux. En effet, à notre question « Fumez-vous? », seulement 19 personnes sur 126 ont répondu positivement.

Examinons maintenant la proportion de patients hypertendus au sein des fumeurs. Parmi ces 19 fumeurs, 10 souffraient d'hypertension. Même avec un si faible échantillon de cas, on devine l'impact de la fumée sur l'hypertension. Mais n'oublions pas que parmi les 53 cas d'hypertension, seulement 10 d'entre eux fumaient. Beaucoup d'autres facteurs doivent donc influencer le développement de l'hypertension.

2) Le BMI

Nous nous sommes aussi penchés sur l'indice de masse corporelle de la population. Les résultats semblent également corrélés avec l'hypertension. 62 patients sur notre échantillon

de 126 individus avaient un BMI supérieur à 25. Presque la moitié de cette population est donc en surpoids ; 35 d'entre eux étaient hypertendus.

3) La fréquence cardiaque

6 individus sur 126 avaient une fréquence cardiaque plus élevée ou égale à 80. Or, 20 d'entre eux étaient hypertendus. Une partie importante des patients hypertendus présentaient donc une fréquence cardiaque élevée.

4) Fruits et légumes

80 patients sur 126 déclaraient ne pas, ou rarement (moins d'une fois par semaine), consommer de fruits et légumes. 40 d'entre eux souffraient d'hypertension. Parmi les 53 cas d'hypertension, 40 touchaient donc des gens qui ne consommaient peu ou pas de fruits et légumes. Le manque de consommation de fruit et légume semble donc étroitement lié à l'hypertension.

5) L'âge

22 individus sur 126 avaient plus que 60 ans. Or, 13 d'entre eux souffraient d'hypertension. En Mongolie, il est de fait que l'espérance de vie est plus faible que dans un pays comme la Suisse. L'influence de l'âge sur la prévalence élevée d'hypertension devrait donc être moins significative dans ce pays.

ii. Pathologies digestives

Les problèmes digestifs et nutritionnels rencontrés par la population mongole sont déterminés, d'une part par leur style de vie, la nourriture, l'activité professionnelle et d'autre part par leur ignorance de notions fondamentales de prévention concernant l'hygiène ou l'alcool par exemple.

La nourriture qu'ils consomment est peu équilibrée et très riche en graisse. Un repas classique étant composé surtout de viande grasse et de féculents divers. Les légumes et les fruits étant réduits à la portion congrue. D'ailleurs quand nous posons la question aux

Rapport IMC

habitants nomades de savoir s'ils consommaient des fruits et des légumes, la réponse qui revenait le plus souvent était : rarement, trois à quatre fois par mois. Néanmoins, force est de constater que malgré ce régime alimentaire peu équilibré, nous n'avons pas rencontré des cas de carence, hormis certains patients atteints de rachitisme. Les fruits consommés sont surtout des fruits de bois (baies, myrtilles) avec lesquels ils préparaient de la gelée pour les périodes hivernales. Les pommes de terre étaient le légume de prédilection.

Le type de pathologies que nous avons fréquemment rencontrées dans les steppes furent les problèmes d'ordre gastrique et en particulier les ulcères d'estomac. Deux raisons principales viennent expliquer la forte prévalence de ces problèmes : la présence importante dans la population de la bactérie *H. pylori* (les médecins de campagne avec lesquels nous avons parlé nous ont expliqué qu'ils avaient à disposition un test rapide pour détecter la présence de la bactérie) ainsi que l'alcoolisme et le tabagisme présents de façon notable au sein de la population. Ces deux motifs expliquent également la forte prévalence du cancer gastrique. La forte présence de *H. pylori* est certainement due à des conditions d'hygiène déficitaires, la bactérie se transmettant de manière féco-orale.

Dire des gens de la steppe qu'ils sont obèses est inexacte, les adjectifs corpulents et massifs rendent mieux compte de leur état. Cette morphologie est une caractéristique des Mongols nomades qui, de par leur profession, doivent faire face quotidiennement à des défis physiques conséquents. Il faut néanmoins nuancer cette constatation qui est valable surtout pour les hommes, les femmes, elles, étant plus enclines à l'obésité. Il est intéressant de noter qu'à la campagne, on ne pratique pas d'activité sportive de loisir, hormis la lutte et le cheval inscrits dans les traditions séculaires du pays ; le travail quotidien des nomades étant en soi assez éprouvant. La notion d'activité sportive comme loisir leur est inconnue.

Au moment de préparer notre immersion en Mongolie, nous avons décidé de nous focaliser sur une pathologie en particulier. Nous avons choisi le diabète. Au fur et à mesure de nos investigations à travers la steppe et de nos discussions avec les différents médecins responsables des sums, nous avons pu constater que cette pathologie était peu présente, du moins dans l'aimag dans lequel nous étions. En effet, nous avons eu sur les 200 patients dont nous nous sommes occupés qu'un cas de diabète clairement établi. De plus, dans les quatre sums où nous étions, les médecins nous ont indiqué suivre seulement 3 patients atteints de diabète.

iii. Soins à la naissance et maternité

Beaucoup de nos patients dans la steppe étaient des mères avec des enfants en bas âge. En premier lieu nous ne demandions aux patientes, au cours du questionnaire, que le nombre d'enfants qu'elles avaient eu. Mais très vite nous avons décidé de demander aussi le nombre de grossesses. Nous nous sommes aperçu que beaucoup d'entre elles avaient eu plus de grossesses que d'enfants, soulignant ainsi la difficulté de mener une grossesse à terme, les risques au moment de l'accouchement ou la vulnérabilité des nouveau-nés peu après la naissance. Malheureusement, par souci de garder un questionnaire aussi concis que possible, nous n'avons pas demandé spécifiquement aux mères les raisons des échecs de leurs grossesses. Les médecins nous ont expliqué qu'il y avait en ce moment une volonté de la part du gouvernement d'augmenter le nombre de naissances et que la décision avait été prise que chaque mère accouche à l'hôpital afin de permettre une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant. Ceci est loin d'être évident dans un pays aussi vaste que la Mongolie ; les femmes quittent leur famille et le confort de la yourte tôt avant le terme pour être sûre d'arriver à temps à l'hôpital et se voient parfois contraintes de partager la même chambre d'hôpital avec d'autres femmes pendant plusieurs semaines. Ainsi, dans la steppe très reculée, les médecins continuent à mettre au monde des nouveau-nés dans les yourtes et de faire les consultations pédiatriques loin de toute infrastructure adéquate en cas de problèmes.



Rapport IMC

Certains aspects des soins apportés aux bébés nous ont particulièrement interpellés :

- Dès la naissance, ils sont emmaillotés fermement dans plusieurs couvertures les protégeant du froid mais empêchant aussi tout mouvement des membres ce qui est bien différent des enfants de chez nous. Nous nous sommes interrogés si ceci ne contribuait pas aux problèmes de croissance des os observés chez plusieurs Mongols qui présentent des genoux en gona-vara et des tibias arqués vers l'intérieur.
- Les Mongols observent le même plan de vaccination que celui établi en Europe. Les vaccins ne semblent pas être obligatoires mais fortement recommandés et des centres de vaccination existent dans les grands villages. A noter aussi que beaucoup de mères ont pour habitude de mettre des boules de coton dans leurs oreilles et celles de leur bébé pour éviter d'attraper des maladies.

c. Accès aux soins et suivi des patients

L'accès aux soins pour les gens habitant en dehors des villes est une des problématiques majeures en Mongolie. Un peu moins de la moitié de la population vit à la campagne comme éleveur. Le mauvais état des routes, le bétail qui demande une attention constante et les difficultés d'accès à des moyens de communication sont des barrières qui empêchent les éleveurs à pouvoir consulter un médecin. Ce sont les aimags qui organisent et décident d'envoyer des médecins, dentistes ou sages-femmes dans les régions les plus reculées. De ce fait, chaque aimag possède sa propre logistique pour mettre à disposition des médecins itinérants. Ces médecins sont le premier lien entre les populations isolées et le système de santé. Leur mission première est de suivre les grossesses, de vérifier si il n'y pas d'éventuelles épidémies ainsi que de délivrer des messages de prévention sur différents sujets de santé.

Le deuxième niveau de soin est le dispensaire dont dispose généralement chaque soum. Ces dispensaires possèdent de très faibles moyens. Ils sont essentiellement gardés par du personnel infirmier et relativement peu de médecins. Les moyens diagnostiques sont sommaires et consistent principalement d'examens sanguin et urinaire, de test rapide pour la détection de H. pylori et sont souvent équipés d'échographie et d'ECG. Les coupures

Rapport IMC

d'électricité sont fréquentes surtout durant l'hiver et il n'y a généralement pas d'eau courante. Les soins prodigués dans ces centres sont donc restreints. Les médecins qui travaillent dans ces dispensaires de soums sont généralement originaire de la région. Après leur étude dans la capitale, certains reviennent travailler dans leur village natal. D'autres, par contre, ont un contrat avec les aimags qui les obligent à pratiquer pendant un certains nombres d'années à la campagne en échange du financement d'une partie de leur étude.

Les cas qui demandent une hospitalisation prolongée, des tests plus poussés ou des examens complémentaires qui ne sont pas réalisables dans le dispensaire, sont envoyés à l'hôpital de la capitale de l'aimag. Pour faire un parallèle avec la Suisse, un patient que ne pourrait pas être soigné à Aigle serait envoyé à Lausanne. Les hôpitaux des capitales des aimags, construits pour la plupart pendant l'ère communiste, sont beaucoup mieux pourvus que les dispensaires que l'on trouve dans la steppe. Ils sont, par exemple, équipés d'eau courante, de radiographies à rayons X et parfois de scanners et peuvent accueillir plus de patients. Cependant, ils manquent de matériels, de médicaments de base et les règles d'asepsie ne sont pas respectées. L'organisation de ces hôpitaux s'apparente à celle que l'on trouve à Ulaan Bataar. Les hôpitaux possèdent généralement plusieurs services comme le service de maternité, le service de contrôle des maladies infectieuses ou le service de psychiatrie. Les patients qui arrivent à l'hôpital doivent d'abord voir un médecin général et sont envoyés chez un spécialiste si le médecin le juge nécessaire. Les patients venant d'un dispensaire doivent également passer par le même processus et refaire les mêmes examens qui ont éventuellement été fait à la campagne. Comme dans la plupart des pays pauvres, une grande campagne pour le soin de la mère et du nouveau-né a été mise en place. Les hôpitaux des capitales des aimags sont pour la plupart pourvue d'une grande maternité. Ces maternités peuvent accueillir de nombreuses futures mères pour des séjours prolongés. Ce système est très utile pour les femmes nomades qui n'ont pas de famille chez qui loger en ville. De ce fait, le risque d'un accouchement précipité pendant le voyage de la campagne à la ville est devenu rare.

Le dernier échelon du système de santé se trouve dans la capitale mongole. Les infrastructures médicales dates également de la période soviétique. Il existe un hôpital ou clinique à part entière pour chaque domaine de santé. A la chute du communisme, des hôpitaux privés qui sont aujourd'hui réservés à une classe aisée, ont également vu le jour. La capitale est l'étape finale pour les gens qui n'ont pas réussi à être soigné ailleurs. Une

personne venant de la campagne et ayant déjà passé par le dispensaire de la steppe et l'hôpital principal de la région, doit à nouveau refaire un processus d'admission. Les différents aspects des hôpitaux d'Ulaan Bataar seront développés dans les chapitres suivants.

On peut remarquer que le système de santé mongol ressemble à une pyramide très hiérarchisée. Le suivi du patient est donc presque inexistant. L'information sur le patient est perdue à chaque échelon. Le seul lien entre les différents médecins est un carnet que le patient doit apporter à chaque consultation. Le médecin doit y marquer les informations qui lui semblent importantes de transmettre aux autres acteurs hospitaliers. La relation entre le médecin et le patient est presque impossible à construire dans ces conditions.

d. Les nomades

Les nomades vivent éloignés des différents centres médicaux dans lesquels nous sommes allés. Leurs modes de vie nomades leur posent certains problèmes notamment au niveau de l'alimentation. Etant nomades et ne cultivant pas la terre, ils mangent très peu de légumes. Les aliments les plus utilisés sont la viande de mouton bouillie ou cuite à la vapeur, et la farine qu'ils utilisent pour faire des pâtes. Ils n'enlèvent pas la graisse de la viande et en rajoute même dans certaines préparations pour les rendre plus copieuses et assurer ainsi les réserves nécessaires pour affronter l'hiver. Cette alimentation peut-être une explication à leurs troubles digestifs et cardiovasculaires.

Nous avons essayé de faire quelques recherches sur leurs médecines traditionnelles. Il existe, au sein de l'université de médecine d'Ulaan Bataar, une voie d'étude de médecine traditionnelle. Nous avons pu discuter avec certains de ces étudiants lors d'une rencontre à l'université. Ceux-ci n'ont pas réellement pu nous dire quelles étaient les différences majeures avec la médecine occidentales que nous connaissons, ni exactement sur quoi reposait leur médecine, entre massage, onctions de plantes ou autre. La barrière de la langue, la gêne et le fait qu'ils n'étaient qu'en deuxième année peut expliquer ce manque d'information.

Pendant la suite de notre voyage, nous avons cherché à nous renseigner sur les moyens thérapeutiques utilisés par les nomades en cas d'urgences vu les problèmes d'accès géographiques ou météorologiques qu'ils peuvent rencontrer pour se rendre à l'hôpital du

Rapport IMC

village le plus proche. Nous avons obtenu des réponses auprès de la directrice de l'hôpital de Tsagan Nuur. Son village reulé est le plus accessible pour de nombreux nomades partis dans les steppes pendant l'été. La doctoresse s'occupe beaucoup d'eux surtout l'hiver, lorsqu'ils reviennent s'installer proche du village. Elle nous a expliqué qu'elle avait elle-même fait différentes recherches sur les soins que se prodiguaient les nomades entre eux. Dans sa région, les soins des nomades sont en majorité basés sur deux plantes. La première s'appelle Tavan Salaa. Boullie, elle est utilisée contre différents troubles digestifs. Celle-ci est vendue en pharmacie dans les différentes villes comme Ulaan Bataar ou Murun. La seconde, Tchun Uff, est utilisée sous diverses formes pour traiter les douleurs digestives ou traumatiques. C'est un antidouleur multi-usage qui convient aux nomades pour qui la réduction de la douleur est le seul effet réellement désiré. Nous avons constaté durant nos visites des différents hôpitaux, que les Mongols n'ont pas les mêmes approches de la douleur et que de manière générale ils semblent accepter un seuil de douleur plus élevé que le nôtre. Ceci peut être expliqué par la rudesse de leur vie de tous les jours.

Le plus gros problème pour les nomades est l'éloignement géographique des différents centres de soin. Leur médecine traditionnelle suffit pour les maux de la vie quotidienne mais lorsque les maladies et traumatismes sont plus lourds ou plus complexes, les distances à parcourir sont telles qu'ils renoncent à quitter leur troupeau de peur d'être parti pour trop longtemps. Ils attendent donc que leur état soit suffisamment détérioré pour prendre le temps ou avoir de l'argent d'aller voir un médecin. Bien souvent leur pathologie est déjà à un stade trop avancé pour qu'une intervention soit envisageable.

IV. La capitale

a. Stage à l'hôpital national de traumatologie

L'hôpital de traumatologie a été construit par les Russes dans les années 60. Il est le seul hôpital de traumatologie du pays et reste aujourd'hui assez vétuste et peu équipé. Le professeur Ensenkhan, vice-directeur de l'hôpital, nous a fait visiter les sept étages dans lesquels se répartissent les différents services d'urgences et de traumatologie. Il nous a ensuite proposé de passer deux jours dans l'hôpital. Un jour aux services des urgences et un jour aux blocs opératoires afin de voir la prise en charge des patients de leur arrivée jusqu'à l'intervention chirurgicale. Le service des urgences, s'il ressemble fortement à celui de chez nous, diffère néanmoins au niveau de l'organisation et des moyens à disposition. Pour mieux comprendre leur manière de faire, il faut connaître le comportement des Mongols entre eux lorsqu'ils se retrouvent dans un lieu public. Là-bas, les personnes âgées sont très respectées et prioritaires, ensuite chacun joue des coudes pour avancer dans la file d'attente. La salle de consultation des urgentistes n'a pas de portes, plusieurs patients se retrouvent donc en même temps dans la salle et ne semblent pas gênés du manque d'intimité. Postés à deux derrière un seul bureau, les médecins consultent en parallèle : anamnèse, lecture du carnet de santé et examen physique si nécessaire. Le patient est ensuite envoyé soit en salle de suture, soit en radiologie, soit vers la salle de plâtre.



Rapport IMC

Au cours de notre observation nous avons notés plusieurs différences pratiques avec les méthodes occidentales. Bien sûr, il était difficile de juger du bien fondé d'un diagnostic à cause de la barrière de la langue mais nous avons pu aisément suivre la demande d'examen complémentaire. S'il suspecte une fracture, le médecin se contente d'une simple délimitation au stylo de la zone à radiographier sur la peau de son patient. C'est dans la même salle de consultation que le patient reviendra plus tard pour se faire prescrire la pose d'un plâtre. Nous avons observé de nombreux clichés de mauvaise qualité, mal cadrés et souvent incomplets. Les bords parasités et le contraste mal réglé rendait la lecture très approximative. Finalement, qu'il y ait fracture, lésions ou simple foulure, le plâtre était toujours le même : posé uniquement sur la face externe du membre tel une attelle, l'autre moitié de la circonférence du membre n'étant entouré que d'une simple gaze légère.



Les blocs opératoires

Les blocs opératoires sont assez bien équipés et l'hygiène est plutôt bonne. Comme pour le matériel à disposition dans l'hôpital, les blocs sont bien, voire très bien équipés, car sponsorisés par des étrangers. L'hôpital possède un bloc de chirurgie pédiatrique sous atmosphère avec tout le matériel nécessaire aux opérations orthopédique chez les enfants.

Rapport IMC

L'ouverture des portes se fait ici par les pieds via une cellule afin de respecter une bonne hygiène. Mais dans les autres blocs, les portes s'ouvrent avec une poignée. Les différentes interventions que nous avons vues se sont toujours bien passées grâce à la grande compétence des chirurgiens qui savent tirer le meilleur de leur matériel. Par exemple, malgré seulement deux tailles de vices disponibles, ils ont réalisé une réduction de fracture avec fixation par vice de manière ingénieuse. Mais ceci limite tout de même grandement les possibilités de traitement. De plus, de nombreux outils ne sont pas à usage unique et les méthodes de stérilisation peu respectées. Face à la quantité et la complexité des interventions nécessaires chaque jour, plusieurs chirurgiens nous ont parus défaitistes : ce fut le cas pour une femme présentant une fracture en plusieurs morceaux à l'humérus distale, à seulement quelques centimètres du coude. Sans tenter de solidariser les morceaux ensemble, ils ont vite décidé de planter un vice dans l'humérus afin de réduire une fracture plus proximale, expliquant que de toute façon cette femme ne pourrait plus bouger son coude.

b. Stage à l'hôpital national de cancérologie

Nous avons fait un stage de deux jours à l'hôpital national de cancérologie. Ce stage a été effectué au sein de l'unité de chirurgie viscérale et plus précisément au sein de l'équipe en charge de la chirurgie hépatobiliaire. Nous avons eu la possibilité d'effectuer ce stage grâce à l'intervention d'Oulon-Baat, un interne en chirurgie de cet hôpital, qui est intervenu auprès de ses supérieurs afin que nous puissions passer deux jours dans cet hôpital. Il est à relever que l'accueil auquel nous avons eu droit dans cet hôpital fut très chaleureux. Tout le monde, de l'assistante au médecin-chef, s'est donné de la peine pour nous mettre à l'aise et nous faire profiter au mieux du stage. Pour l'anecdote, un des chirurgiens avait fait un voyage à travers l'Europe et c'est avec un élan communicatif qu'il nous a montré, des photos de ce voyage et notamment certaines de son passage en Suisse.



En Mongolie, la deuxième cause de mortalité est les cancers et plus précisément celui du foie. La prévalence particulièrement élevée de ce cancer est due, d'une part à l'alcoolisme chronique qui touche une large partie de la population, et d'autre part au virus de l'hépatite B présent de façon endémique dans la population (l'usage unique des aiguilles n'ayant été introduit que récemment dans les hôpitaux). Il est à relever que la prévalence de certains autres cancers, notamment celui de l'utérus et du sein, est particulièrement faible.

Pour pouvoir profiter au mieux de notre passage dans cet hôpital, nous nous sommes divisés en deux groupes. Un premier groupe passait la première journée au bloc opératoire tandis que l'autre groupe accompagnait un radiologue interventionniste du nom d'Iredui, spécialiste du foie ; et inversement lors des jours suivants.

Stage en chirurgie

Le département de chirurgie de l'hôpital est divisé en 4 blocs opératoires, l'un pour la chirurgie hépatobiliaire, un second pour la chirurgie gastrique et intestinale, un troisième pour les urgences et un dernier pour les opérations de la région ORL. Nous avons passé le plus clair de notre temps dans le premier bloc où nous avons pu assister notamment à une hépatectomie du segment 6 avec nucléation (ablation sélective de la tumeur et non de

Rapport IMC

l'ensemble du segment) au niveau du segment 4 ainsi qu'à une hépatectomie centrale (segment 5 et 8). Bien qu'ayant partiellement étudié la segmentation du foie, nous n'étions pas vraiment familiers avec cette dernière ; elle est néanmoins essentielle lors de telles opérations. Le foie est divisé en segments. Ce sont des unités fonctionnelles, chacune ayant un apport vasculaire et un drainage biliaire propre. Le fait de pratiquer des exérèses chirurgicales qui respectent ces segments permet de préserver l'apport vasculaire et on évite ainsi d'avoir des zones de nécroses.

Les hépatectomies ne sont pas des opérations courantes dans les pays occidentaux. La Mongolie étant même le seul pays au côté de la Chine et du Japon à pratiquer l'hépatectomie centrale, opération jugée trop risquée par les chirurgiens occidentaux. Chez nous et dans les pays occidentaux la transplantation hépatique est le « gold standard » en matière de traitement du carcinome hépatocellulaire. L'hépatectomie est également pratiquée mais seulement si la tumeur est de taille modeste. Pour l'instant, la transplantation hépatique est une opération qui n'est pas encore pratiquée en Mongolie. Néanmoins, un vaste projet est en cours pour que le pays puisse se doter à relativement court terme d'un centre de transplantation hépatique. Ceci étant fort nécessaire car le carcinome hépatocellulaire est, comme déjà évoqué ci-dessus, un problème endémique en Mongolie et que la transplantation est le moyen le plus définitif de soigner ce cancer. En effet le risque est relativement élevé qu'après une ablation de la tumeur, le patient fasse des rechutes et que des opérations nouvelles ou d'autres interventions soient nécessaires.





En plus des opérations liées au foie nous avons également assisté à diverses autres opérations dans le bloc de chirurgie gastrique et intestinale. Nous avons assisté à plusieurs gastrectomies. C'est une intervention qui est très courante en Mongolie car le taux de cancer gastrique y est élevé. La forte présence de *H. pylori* dans la population peut expliquer ce taux élevé. Le chirurgien nous indique que les anastomoses (entre l'œsophage distal et le jéjunum proximal ainsi qu'entre le duodénum et le jéjunum) sont réalisées en utilisant une technique considérée comme obsolète dans les pays occidentaux mais couramment utilisée en Mongolie.

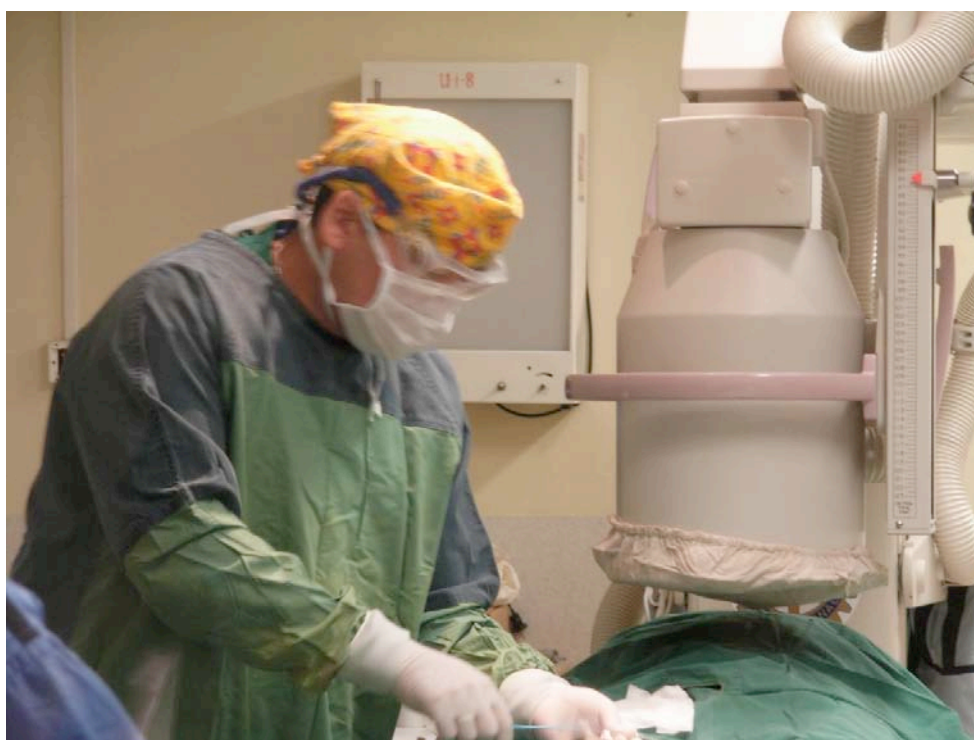
Stage en radiologie

Le stage que nous avons effectué en radiologie a été réalisé en accompagnant un radiologue interventionniste tout au long de ses consultations. Comme précisé plus haut ce médecin était un spécialiste du foie. Il possédait, à l'intérieur de l'hôpital, son propre cabinet dans lequel il travaillait avec deux assistantes. Ce fut un stage enrichissant car le médecin nous a fait participer à ses interventions et a sollicité notre assistance pour les mener à bien. Parmi les interventions couramment réalisées au sein de l'hôpital et auxquelles nous avons assistées, on peut citer la TACE (transarterial chemoembolisation) qui est une opération à but palliatif pour traiter les tumeurs du foie pour lesquelles une résection ne s'impose pas, la (les) tumeur(s) étant, par exemple, trop petite(s). Sans rentrer dans les détails de l'intervention, on peut en synthétiser les principales étapes :

Rapport IMC

- Introduction du cathéter au niveau fémoral pour atteindre l'artère hépatique propre
- Mise en évidence de la zone qui vascularise la tumeur.
- Injection du produit cytotoxique et embolisation de la zone tumorale.

L'opération étant à but palliatif, certains patients subissent des TACE à répétition avant qu'on ne décide d'arrêter le traitement pour les laisser mourir. A côté de cette opération, nous avons aussi assisté à quelques interventions de radiologie plus courantes comme une angiographie des carotides ou encore des simples échographies du foie.



Via ce stage, on a pu prendre conscience de l'aspect direct et sans pitié de la radiologie : au départ une banale échographie du foie qui met en évidence une tumeur à un stade avancée et finalement le médecin se voit dans l'obligation d'annoncer à son patient qu'il lui reste au maximum trois mois à vivre. Nous avons été confrontés, plusieurs fois, à ce genre de situation d'annonce de mauvaise nouvelle. Par moment ce fut difficile à gérer.

Concernant l'hygiène de l'hôpital, on peut globalement dire qu'elle s'approchait de nos standards occidentaux : désinfectants pour les mains disponibles en quantité suffisante,

Rapport IMC

même si les médecins ne les utilisent pas forcément avant chaque contact avec les patients, aseptie complète avant chaque passage dans la salle d'opération. Nuance néanmoins, car il nous a été avoué que l'hôpital luttait depuis quelques mois avec des patients qui développaient des infections à S.Aureus dont l'origine restait obscure. Une piste envisagée était l'autoclave de l'hôpital qui était très ancien. De plus, les salles d'opération étaient en communication et un va-et-vient continu avait lieu : un médecin lambda passait pour voir comment se passait l'opération, une infirmière de l'autre bloc venait saluer sa copine de l'autre bloc. Un manque de rigueur qui pourrait bien être la cause de l'infection nosocomiale qui sévit dans l'hôpital. L'infrastructure disponible tendait vers nos normes occidentales. L'hôpital disposait même de deux échographes de dernier cri, les meilleurs actuellement sur le marché selon leurs dires.



c. Stage au service d'urgence de la capitale

Le service des urgences s'appelle le « 103 ». C'est justement le numéro qui permet de joindre le service par téléphone. Le « 103 » envoie des ambulances dans toute la capitale et sa périphérie. Il est chargé de secourir des patients en état d'urgence et de les acheminer dans différents hôpitaux d'Oulan-Bator.



Nous avons eu le privilège de passer une journée de stage dans ce service en suivant un médecin urgentiste à bord d'une ambulance durant une journée. Nous allons décrire ici quelques événements importants que nous avons vécus durant cette journée.

Vers 8h30 débute un briefing réunissant les différentes équipes d'urgence du 103. C'est là que nous faisons la connaissance du médecin urgentiste avec qui nous allons passer le reste de la journée. Nous nous dirigeons rapidement vers l'ambulance. De l'extérieur, elle paraît vieille. A l'intérieur, il y a un brancard que l'on peut glisser par l'arrière mais presque pas de matériel pour la réanimation. Il n'y a pas de défibrillateur. Il ne semble pas non plus y avoir de masque ni de tuyau pour l'oxygène, même s'il y a un embout dans une des parois du véhicule prévu pour oxygéner les patients. Le seul personnel médical présent dans le véhicule est le chauffeur et le médecin urgentiste assis à côté de lui. Une fois en route, au fil de la journée, le médecin reçoit, par la radio de l'ambulance, les noms et les adresses des personnes à secourir.

Nous nous rendons d'abord dans une partie très pauvre d'Oulan-Bator pour aider une femme fiévreuse d'une trentaine d'années. Nous sommes gentiment accueillis avec du thé

Rapport IMC

et des friandises par toute la famille. La femme respire mal. Selon le médecin, ses bronches sont enflammées. D'impressionnantes marques rougeoyantes dues à l'application de ventouses, lui colorent le dos. Nous sommes surpris par cette façon, pour le moins atypique, de soigner. Après l'avoir examiné, le médecin lui propose de venir dans l'ambulance. La patiente, bien qu'en apparence inquiète et grimaçante de douleur, refuse.

Nous nous rendons ensuite chez la patiente suivante. Là aussi, nous sommes reçus avec beaucoup d'hospitalité par toute la famille. La femme souffre de maux d'estomac. Après quelques questions du médecin, elle fond en larmes. Elle s'est apparemment saoulée toute la nuit. Elle nous explique que son conjoint vient de la quitter alors qu'elle est enceinte. Elle est encore ivre. Elle a peur que l'alcool ait nui à la santé du fœtus. Le médecin, après l'avoir examinée, lui propose aussi de monter dans l'ambulance. Comme la première patiente, elle refuse également.



Plus tard dans la matinée, nous nous aventurons dans une « banlieue » de yourtes. Les habitations baignent dans d'énormes quantités de terre boueuse. Par moments, notre véhicule reste bloqué dans la boue. C'est dans cet endroit aux allures de bidonville que nous allons porter secours à une adolescente en état grippal. L'ambulance ne peut que se garer à

Rapport IMC

quelques centaines de mètres de son habitat. Nous traversons les jardins de plusieurs propriétés privées. Dans presque tous les jardins résident des chiens de garde peu commodes. Nous espérons à chaque fois que la corde qui les tient ne cède pas. Une fois arrivés dans la bonne demeure, nous apercevons la fillette étendue. Son visage est emballé dans des serviettes mouillées. Elle a de la fièvre. Sa peau a un teint blafard. Elle semble fortement affaiblie. Le médecin insiste pour qu'elle nous la suivions dans l'ambulance. Elle décline catégoriquement son offre.

Précisons que de telles situations avec des chiens menaçants sont très courantes dans la vie d'un urgentiste du 103. Un grand nombre de fois dans la journée, nous avons redouté de nous faire attaquer par ces animaux. Beaucoup de quartiers de la ville sont dangereux. La plupart des habitants qui ne réside pas dans des immeubles ont donc des chiens pour garder leur domicile. Il faut faire preuve d'une vigilance constante!

Non loin, dans la même région de la ville, nous allons plus tard à la rencontre d'un vieil homme souffrant d'une insuffisance cardiaque très avancée. Nous peinons à nouveau pour trouver son domicile. Les rues ne portent pas toujours de nom et se perdent dans un vaste labyrinthe de yourtes s'étendant à perte de vue. Une fois arrivés au domicile du vieillard, nous profitons de la même hospitalité que d'habitude. Cette fois-ci le patient repart avec nous. Nous l'amenons en brancard jusqu'à l'ambulance. Quatre membres de la famille se trouvent à l'arrière de l'ambulance avec nous. Plusieurs d'entre eux pleurent. Une personne de la famille tient la main du vieillard. Nous l'emmenons jusqu'à un hôpital que nous ne connaissons pas. Nous le transportons, toujours accompagné par sa famille, jusque dans une salle de consultation où nous lui disons au revoir.

Dans l'après-midi, le cas d'une femme d'environ 20 ans souffrant de fortes douleurs au niveau de l'abdomen nous surprend beaucoup. Son compagnon nous amène jusqu'à la yourte où elle demeure. Là nous découvrons cette femme, entourée de quatre jeunes hommes, apparemment des amis de son conjoint. Le médecin urgentiste commence par examiner l'abdomen de la femme à moitié déshabillée, devant la bande de jeunes hommes qui l'entoure. Tous observent la scène avec curiosité. A la fin de l'examen clinique, le médecin urgentiste veut procéder à un test de grossesse. La jeune femme sort de la yourte pour uriner dans un bol de thé. Lorsqu'elle revient à l'intérieur, le médecin trempe la bandelette de test dans le bol et annonce le résultat (négatif), toujours en présence des mêmes spectateurs.

Rapport IMC

Vers dix-neuf heures, nous finissons nos activités après nous être rendus dans un petit village situé dans la steppe, à une vingtaine de kilomètres d'Oulan-Bator, pour ramener la dernière patiente.

Plusieurs faits intrigants ressortent de cette journée : Pourquoi beaucoup de patients, majoritairement des femmes, n'acceptent pas de monter dans l'ambulance ? La crainte de dépenser trop d'argent dans les soins hospitaliers joue probablement un rôle. Apparemment, les prestations fournies par l'ambulance du 103 sont très peu coûteuses. Elles permettent aux habitants de jouir d'un diagnostic et de quelques médicaments de première main, fournis par un médecin urgentiste. C'est pourquoi nous sommes toujours si chaleureusement accueillis avec du thé et de la nourriture.

Cette dernière constatation permet d'expliquer un autre phénomène surprenant. Durant la journée, plusieurs cas ne semblaient pas vraiment graves ou urgents, comme c'est d'habitude le cas lorsqu'en Suisse l'on déplace une ambulance. Un des patients, par exemple, avait juste besoin qu'on lui injecte un médicament dans le bras. Par moment, nous avons d'avantage l'impression de pratiquer des consultations de médecine de premier recours que véritablement travailler dans un service d'urgence.

En outre, nous avons été surpris de constater que plusieurs patients différents se trouvaient parfois en même temps à bord de l'ambulance. Relevons aussi que nous acheminions les patients dans beaucoup d'hôpitaux différents. D'autre part, nous avons aussi été étonnés de rencontrer un tel rassemblement de proches autour des patients que nous visitons. Il réside, de fait, un réel esprit de solidarité au sein des familles mongoles. Le malade n'est pas tout seul, il n'est qu'un maillon d'une forte chaîne qui le soutient fortement, physiquement et moralement, dans ses peines.

d. Stage au service de maternité de l'hôpital numéro 1

A la maternité n°1 la chef du département de gynécologie, le docteur Unurjargal Davaajav, nous a touchés par sa détermination à améliorer la qualité des soins et sa perspicacité devant les obstacles qu'elle rencontre au quotidien pour mener à bien ses projets de formation des médecins gynécologues et obstétriciens. Elle a effectué un stage de six mois à Clermont-Ferrand auprès du docteur Bruhat et reçu la visite, en mars 2011, d'une équipe d'Action-Mongolie menée par le Dr Jacques Lagoutte pour l'installation d'un nouveau matériel de laparoscopie. A son tour, elle a décidé d'ouvrir un centre de formation à la chirurgie gynécologique par laparoscopie au sein de son service qu'elle était fière de nous montrer.

Son service s'étend sur plusieurs étages. Au rez-de-chaussée, de grandes salles d'accouchements où les femmes accouchent en vis-à-vis lorsque les salles sont pleines. D'autres salles d'accouchement en cas de grossesses difficiles ou de risque d'infection sont présentes à l'étage. Unur nous donne quelques chiffres : dans son hôpital il y a 35 naissances par jour, soit près de 10'000 naissances par an (pour comparaison, la maternité des HUG comptait 4'012 naissances en 2010). L'hôpital a même été contraint d'instaurer une nouvelle règle interdisant aux pères des nouveau-nés d'assister à l'accouchement. Beaucoup de futures mamans viennent de loin pour accoucher à la capitale; en attendant le terme, elles restent parfois de nombreux jours dans leur chambre d'hôpital. Après accouchement elles y restent encore habituellement huit jours. Les femmes qui accouchent sont jeunes. En Mongolie et surtout à la campagne, 7% des femmes qui accouchent ont entre 15 et 19 ans. Malgré une mortalité élevée jusqu'à 5 ans : 23,65 pour 1'000 naissances vivantes et une mortalité maternelle de 81,4 pour 100'000 naissances vivantes à travers la Mongolie (en 2009 selon l'OMS), Unur est consciente de l'immense avancée en matière d'hygiène et de prise en charge des patientes. Et ceci a été d'autant plus flagrant, selon elle, depuis que le pays est sorti de l'emprise communiste.

Quel bonheur pour nous de pouvoir assister à la mise au monde de ces beaux nouveau-nés mongols. En quelques heures nous avons assisté à six accouchements entourés d'une équipe de sages-femmes dynamiques et souriantes. Entre les gémissements de la mère, les encouragements des sages-femmes et le cri tant attendu du bébé, plus de place pour les

Rapport IMC

conversations et la barrière de la langue s'est gentiment effacée pour laisser place à la joie universelle que représente une naissance.

Les autres étages sont réservés aux autres interventions telles que l'avortement et la chirurgie gynécologique dont s'occupent Unur et six autres chirurgiens. Lorsque les femmes arrivent à l'hôpital pour avorter, on ne rediscute pas leur décision, ceci ayant été fait lors des consultations ultérieures en périphérie. En terme de chirurgie, vue le don de matériel et les formations données, de plus en plus d'intervention qui nécessitait autrefois l'ouverture de l'abdomen se font maintenant par laparoscopie. Notons qu'il est parfois difficile de faire accepter ces nouvelles méthodes aux patients. Certains restent sceptiques et préfèrent qu'on les opère suivant les méthodes anciennes. Nous avons passé la majeure partie du deuxième jour dans la salle de célioscopie pour des diagnostics d'infertilité et une opération de la zone périnéale à la suite d'un prolapsus de l'utérus.

Loin de nous la capacité de juger des techniques de l'accouchement ou des opérations, mais nous avons tout de même noté un déséquilibre entre certaines règles parfaitement respectées telles que la désinfection de la salle d'accouchement tous les jours ou le port d'une blouse et de gants stériles lors d'une opération; et d'autres aspects plus problématiques : à la suite d'un accouchement le placenta est parfois directement jeté à la poubelle sans qu'on en est vérifié l'intégrité, les aiguilles sont très souvent re-capuchonnées après utilisation et beaucoup de matériel à usage unique est réutilisé, sans doute faute de moyen.

V. Conclusion

Comme nous avons essayé de le dégager tout au long de notre rapport de stage, la santé représente pour les Mongols une préoccupation quotidienne et de nombreux acteurs de la santé s'engagent à améliorer durablement l'accès aux soins de chacun. Toutefois, certaines mesures d'hygiène et le manque de matériel et de médecins méritent une attention particulière. Revenons sur ces aspects problématiques qui font l'objet de plusieurs projets d'aide internationale.

Nous avons souvent remarqué à l'intérieur des hôpitaux, un décalage entre différentes règles d'hygiène. Certaines, bien ancrées dans les mœurs, interdisent à quiconque de circuler dans les couloirs vêtu d'un jean et de chaussures de ville. Mais de manière contradictoire, dans certains hôpitaux, les chirurgiens gardent leur habit de bloc toute la journée, qu'ils soient auprès de leurs patients, dans la salle d'opération ou à la cafétéria. L'aménagement des blocs opératoires pose aussi des problèmes d'asepsie. En traumatologie l'accès au bloc se fait par des portes à poignée et en cancérologie, deux salles d'opérations communiquent entre elles par une fenêtre qui est souvent laissée ouverte durant des interventions ayant lieu au même moment. Accrochés aux murs, de nombreux panneaux offerts par des organisations d'aides Russes, Européennes ou par l'OMS donnent par exemple les clés pour un lavage des mains réussis, ainsi que les bonnes méthodes pour respecter l'isolement d'un malade contagieux. Mais comment mettre ces mesures en pratiques dans les villages lorsqu'il n'y a pas d'eau courante et que le savon vient à manquer ou lorsque le manque de place oblige les malades à rester agglutinés dans la même pièce ? Notons tout de même qu'une avancée tardive mais considérable a eu lieu il y a cinq ans avec l'instauration des aiguilles à usage unique.

Pour ce qui est du manque d'effectif médical, malgré un plan clair établi par le gouvernement précisant que huit médecins devraient être présents dans chaque dispensaire des villages, nous n'avons parfois été accueillis que par une infirmière de garde. L'exemple le plus parlant était à Ulan Uul où, malgré cinq médecins inscrits, seuls deux répondaient encore présents : l'un étant parti pour cause de dépression, l'autre en congé maternité et le troisième en arrêt maladie. Mais même à la capitale où les effectifs sont respectés, un problème reste majeur, celui du manque de moyen qui empêchent les soignants de se

Rapport IMC

procurer le matériel indispensable à un bon diagnostic ou un bon traitement. Nombreux ont été les dons de matériel de la part de l'étranger mais de sérieux problèmes de compatibilité empêche parfois de brancher bout à bout les parties provenant de pays différents. Quelque fois même, le manque de formation quant à la bonne utilisation et l'entretien du matériel limite l'efficacité d'un appareil pourtant à la pointe de la technologie.

Parlons pour finir de certaines difficultés rencontrées pendant notre expérience. Tout d'abord la barrière de la langue a bien sûr joué un rôle important au quotidien. Bien que nous ayons engagé une interprète pendant les deux semaines passées dans la steppe, nous avons dû faire plusieurs modifications quant au plan de travail établi au départ, notamment la longueur du questionnaire où chaque question devait être traduite en mongol puis chaque réponse traduite en français, allongeant considérablement le temps accordé à chaque patient au détriment des autres. Dans les hôpitaux beaucoup de soignants ne parlent que très peu anglais mais même si la compréhension reste parfois précaire, avec de la bonne volonté, des schémas et des gestes précis le contact est facile à établir. Enfin, nous sommes tous les cinq d'accord pour dire que nous avons souvent été frustrés de notre manque d'expérience. Chose normale puisque nous ne sommes qu'étudiants en fin de troisième année mais qui nous a laissée à maintes reprises démunis devant beaucoup de souffrance. Toutefois, nos observations et les conclusions faites avec le Dr. Yves Prunier nous ont permis de déceler précisément les aides qui leurs seraient les plus utiles. Et qui sait, peut-être dans quelques années lorsque nous serons médecins à notre tour, pourrons nous organiser un projet concret non pas d'aide unidirectionnelle mais de véritable partage puisque nous avons aussi tant à apprendre du savoir-faire et du savoir-vivre Mongol.

VI. Annexe

a. Questionnaire

1. Fumez-vous ? Avez-vous fumé ?
2. Depuis combien de temps ?
3. Combien de paquets par jour ?
4. Consommez-vous de l'alcool ?
5. A quelle fréquence ? Quelle quantité ?
6. Consommez-vous des fruits et légumes ?
7. Lesquels ? Et combien de fois par semaine ?
8. Quelle est votre profession ?
9. Faîtes-vous de l'exercice physique ? (autre que votre profession)
10. Avez-vous de l'hypertension ?
12. Un médecin a-t-il déjà dosé la glycémie dans votre sang ? A-t-il évoqué un possible diabète ?
13. Si vous êtes une femme, combien avez-vous d'enfants ? Et combien avez-vous eu de grossesses ?
14. Combien de fois êtes-vous allés à l'hôpital et pour quelle raison ?

b. Sources

- I. Lebedmysky, *Les Nomades*, Edition Errance, Paris, 2003
- Michael Kohn, *The lonely planet guide to Mongolia*, Lonely planet, May 2008,
- http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mng_fr.pdf
- http://www.hiddencities.org/downloads/WHO_UN-HABITAT_Hidden_Cities_FRw.pdf
- <http://www.worldvision.ch/fr/secteurs-dactivite/projets-cibles/enfants-des-rues/mongolie.html>
- <http://www.who.int/countries/mng/fr/>

c. Remerciements

Nous remercions chaleureusement le Dr. Yves Prunier sans qui notre projet n'aurait jamais existé. Il a su nous transmettre sa passion pour la Mongolie et sa connaissance des peuples mongols. Il nous a ouvert les portes des représentants de la santé et a su nous guider tout au long de notre voyage. Nous remercions également notre interprète Erkegul pour sa grande générosité et sa maîtrise de la langue française et mongole. Nos remerciements s'adressent également aux étudiants en médecine, soignants et médecins mongols qui nous ont accueillis les bras ouverts et nous ont permis de mener à bien notre projet, notamment : le professeur Ensenkhan à l'hôpital de traumatologie, les nombreux chirurgiens cancérologues, Unenbat, interne en cancérologie, le chef du service des urgences (103), la doctoresse Unuur, gynéco-obstétricienne, Unku et Zaya, étudiants en médecine en 5^{ème} année. Et plus généralement un grand merci à toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à faire de ce voyage une expérience absolument unique.

