

Immersion en Médecine Communautaire

Mai - Juillet 2011

Le système de santé rencontré à Pemba



Par:

Céline Colomb

Aki Mizuno

Michel Zbinden

Table des matières

- 1) La Tanzanie : Introduction.....p.3
- 2) Pemba, la petite soeur de Zanzibar.....p.4
- 3) Organisation du système de Santé au niveau national....p.5
- 4) Quelques chiffres clés.....p.6
 - a) L'éducation
 - b) La fertilité et ses determinants
 - c) La mortalité infantile
 - d) La santé des enfants
 - e) La santé maternelle
- 5) Les associations qui nous ont accueillies:.....p.10
Public Health Laboratory & Ivo de Carneri Fondation
- 6) Un de nos pôles d'activités.....p.14
L'hôpital de Chake Chake
 - a) Situation
 - b) Description
 - c) Personnel
 - d) Et nous, dans tout ça ?
 - e) Analyse de situation

7)	Notre deuxième pôle d'activité.....	p.32
	La clinique Gombani	
	a) Situation	
	b) Description	
	c) Personnel	
	d) Et nous, dans tout ça ?	
	e) Analyse de situation	
8)	Les cas cliniques.....	p.37
	a) Pédiatrie	
	b) Médecine générale	
	c) Gynécologie	
	d) Chirurgie	
9)	Conclusion.....	p.57
10)	Remerciements.....	p.58
11)	Bibliographie.....	p.60
12)	Annexe.....	p.61
	Quelques photos	

La Tanzanie: Introduction

Un peu de Géographie...

La République unie de Tanzanie est un pays d'Afrique de l'Est situé en bordure de l'océan Indien. Il est entouré par le Mozambique au sud, la Zambie et le Malawi au sud-ouest, ainsi que par le Rwanda, le Burundi et la République démocratique du Congo à l'ouest. On trouve au nord le Kenya et l'Ouganda.

Le pays compte environ 40 millions d'habitants. La capitale, Dodoma, est située à l'intérieur des terres, mais c'est Dar es Salaam, ancienne capitale, qui reste le pôle économique du pays. Les langues officielles sont le kiswahili et l'anglais, mais l'arabe est aussi couramment parlé dans l'archipel de Zanzibar, qui comprend les îles d'Unguja et de Pemba.

Les principales religions du pays sont l'islam, le christianisme et l'animisme. Toutefois, à Pemba, le 99% de la population est musulmane.

Un peu d'Histoire...

Ce pays est issu de la fusion du Tanganyika (Tanzanie continentale, sous mandat britannique depuis 1919) et de l'archipel de Zanzibar.

En 1947, le Tanganyika passe sous la tutelle de l'Organisation des Nations Unies. En 1954, Julius Nyerere prend à 31 ans la tête du TANU (Tanganyika African National Union), un parti politique qui prône l'indépendance. Elle fut accordée le 9 décembre 1961, sans aucune violence. Nyerere devient donc rapidement le premier président de cette jeune république.

L'indépendance de Zanzibar et Pemba est obtenue le 10 décembre 1963. De nombreuses tensions politiques éclatent alors entre ces deux îles pour le partage du pouvoir, et on estime à environ 10'000 le nombre de morts dues à la révolution. Cette dernière voit sa fin par l'arrivée au pouvoir du Sheikh Abeid Karume, premier président de la République de Zanzibar.

C'est le 26 avril 1964 qu'aura lieu la réunification de la Tanzanie continentale avec l'archipel de Zanzibar. Nyerere reste président et Karume devient vice-président.

Aujourd'hui et depuis 2005, la présidence est assurée par Jakaya Kikwete, qui parvient à préserver l'Union tanzanienne malgré l'émergence ponctuelle de velléités indépendantistes de la part de Zanzibar.

Pemba, la petite soeur de Zanzibar

Pemba, avec la grande île d'Unguja, fait partie de l'archipel de Zanzibar à 50 km au large des côtes de la Tanzanie continentale. "L'île aux épices", appelée aussi l'île verte, rassemble environ 400'000 habitants sur une surface de 980 km², réalisant ainsi une des plus grande densité de population en Afrique. Les enfants et les jeunes représentent plus de la moitié des habitants. Il y a environ 6 enfants par foyer, malgré un taux de mortalité infantile extrêmement haut pour les enfants âgées de moins de 5ans. L'espérance de vie à Pemba est de 48 ans.

L'économie locale de Pemba est principalement basée sur la culture du clou de girofle, avec environ 3 millions de girofliers. La demande globale est cependant en diminution. On y trouve également du riz, des haricots rouges, des muscadiers, des bananiers, de la canne à sucre et un peu de café.

Les cultures sont habituellement pauvres à cause du manque d'outils et de techniques d'irrigations. L'île est donc contrainte d'importer la plupart de la nourriture basique.

Les ressources de la mer représentent le ciment de l'alimentation des villages, et les marchés possèdent un large choix de poissons. Cependant, les moyens rudimentaires dont les pêcheurs disposent ne leur permet pas de faire de profits.

Le tourisme est encore très peu développé en regard de l'île d'Unguja dont il constitue la principale ressource. En effet, Pemba était jusqu'à récemment encore inaccessible pour un

étranger et avait une réputation de violence en raison des tensions politiques qui régnait entre Zanzibar et Pemba. Aujourd'hui, on peut cependant compter sur l'attrait que représentent les sites renommés pour la plongée sous-marine et sur les magnifiques plages pour remédier à cette basse fréquentation internationale.

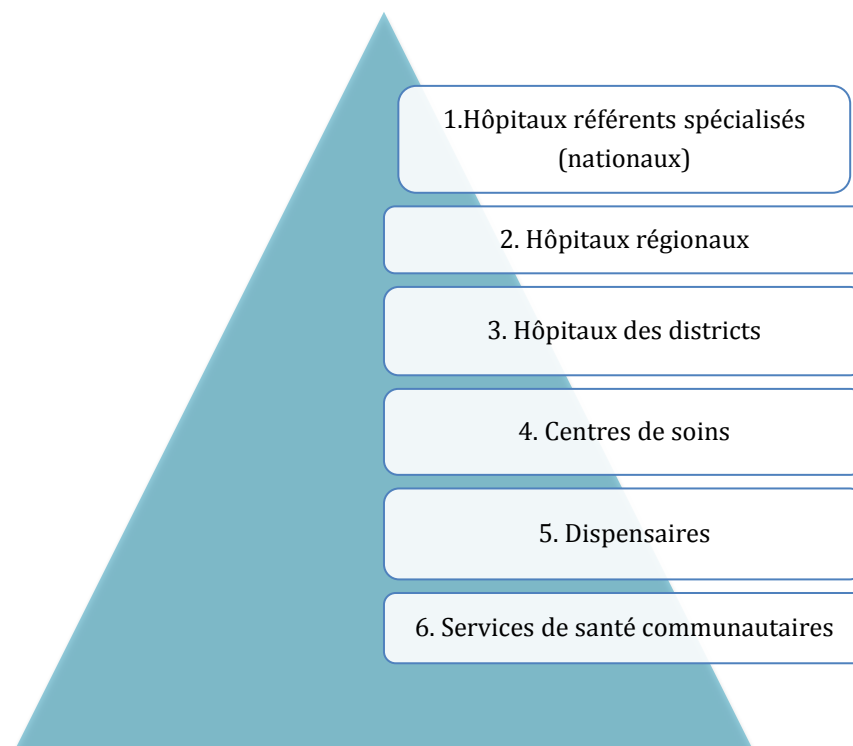
Les villes les plus importantes sont Chake Chake au centre, Mkoani au nord et Wete au sud qui possède le principal port.

Organisation du système de santé au niveau national

Il existe en Tanzanie une multitude de services fournissant un soutien médical. On compte parmi eux le gouvernement lui-même, les organisations volontaires, les organisations religieuses, les praticiens privés et les médecins traditionnels. Tous offrent un certain panel d'activités médicales.

Le système de référence commence au niveau communautaire (village) et s'échelonne jusqu'au hôpitaux nationaux.

La pyramide ci-dessous représente la hiérarchie des organisations sanitaires en Tanzanie :



Passons maintenant à l'explication de cette pyramide, en commençant par le bas:

6. Services de Santé communautaires (médecine du village):

Ces derniers représentent le plus bas niveau des soins prodigués dans le pays. Chaque village possède en règle générale un local dans lequel exercent deux « travailleurs de santé » choisis par le gouvernement parmi les villageois. Leur sont ensuite enseignées les bases de la médecine afin qu'ils puissent commencer leurs services.

5. Dispensaires

Ils représentent le second niveau de soins. Les dispensaires prennent en charge entre 6'000 et 10'000 personnes et supervisent tous les postes de médecine de village de leur zone.

4. Centres de soins

Un centre de soins prend en charge environ 50'000 personnes, ce qui correspond approximativement à la population d'une division administrative.

3. Hôpitaux de districts

Le district représente un niveau très important dans l'administration des soins à la population. Chaque district est supposé posséder un hôpital, et chaque hôpital reçoit des subventions gouvernementales lui permettant de fonctionner. A leur tête, on trouve un "DMO" (district medical officer), qui se charge de l'intendance.

2. Hôpitaux régionaux

Chaque région est censée avoir un hôpital. Les hôpitaux régionaux offrent des services similaires aux hôpitaux des districts, mais possèdent en plus des médecins spécialisés dans différents domaines qui offrent des services additionnels qui ne sont pas proposés dans les hôpitaux des districts.

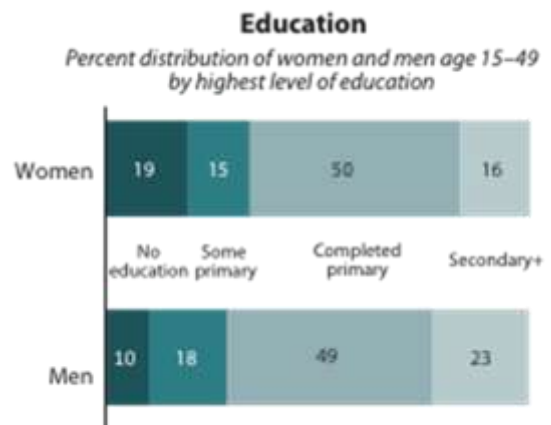
1. Hôpitaux référents spécialisés (nationaux)

Ces derniers offrent les meilleurs soins hospitaliers du pays. Ils sont au nombre de quatre: Muhimbili National Hospital, Kilimanjaro Christian Medical Center, Bugando Hospital et Mbeya Hospital.

Quelques chiffres clés

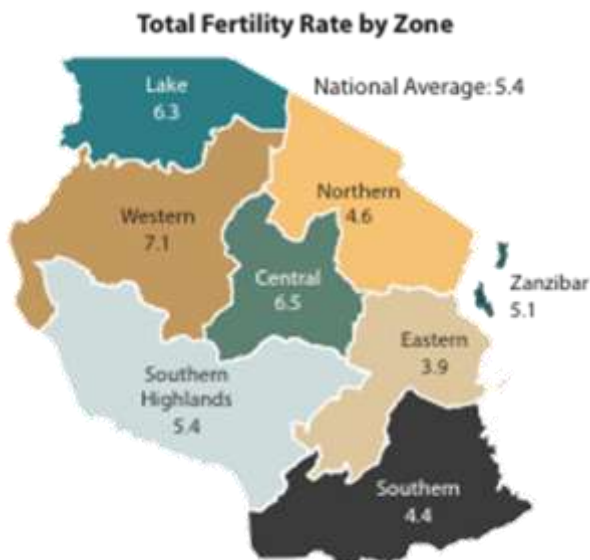
a) L'éducation:

- Une femme sur 5 et 1 homme sur 10 n'ont jamais reçu d'éducation
- 16% des femmes ainsi que 23% des hommes ont suivi des études supérieures.
- Globalement, 72% des femmes et 82 % des hommes sont lettrés.



Source des images : 2010
Demographic and health survey
Key Findings

b) La fertilité et ses déterminants:



- Le niveau total de fertilité atteint une moyenne de 5,4 enfants par femme en baisse depuis 2004-2005

- La fertilité dépend des zones géographiques, du niveau d'éducation de la mère et du statut économique du ménage.

Les femmes qui n'ont pas reçu d'éducation ont en effet plus d'enfants que les femmes éduquées, et les ménages pauvres plus d'enfants que les foyers aisés (avec pour tous deux un ratio de 7 contre 3).

L'âge de la première naissance est de 19.5 ans en moyenne, mais il diffère un peu entre les zones rurales et urbaines. 23% des femmes ont déjà entamé un processus de maternité (comprendre qu'elles sont soit enceintes, soit mères) entre 15 et 19 ans. L'âge de la première naissance augmente avec le niveau d'éducation et le degré de richesse.

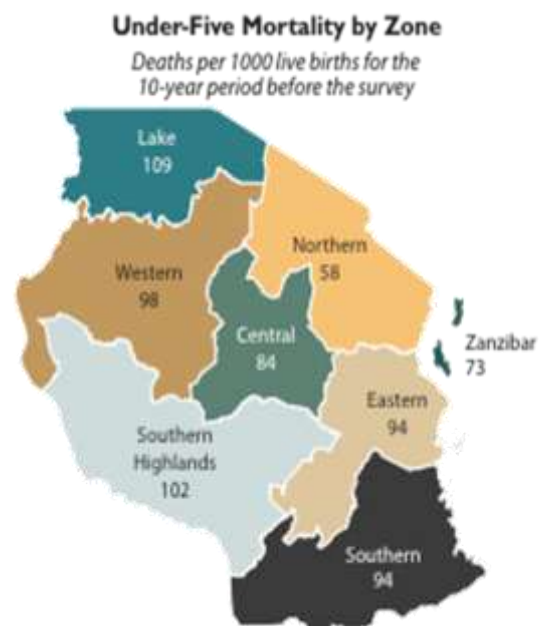
La polygamie est autorisée, et on dénombre 20% de femmes mariées à des hommes possédant déjà au moins une autre femme.

c) La mortalité infantile:

La mortalité infantile est en diminution en Tanzanie, avec une moyenne de 51 morts pour 1000 naissances au cours des 5 dernières années.

La mortalité des enfants de moins de 5 ans également diminué, avec des valeurs actuelles se situant à 81 morts pour 1000 naissances.

Les intervalles entre les naissances réduisent le risque de mortalité infantile. Il faut compter un minimum de 36 mois pour voir ce risque diminuer de manière significative. Or, en Tanzanie, l'intervalle moyen est de 34 mois.

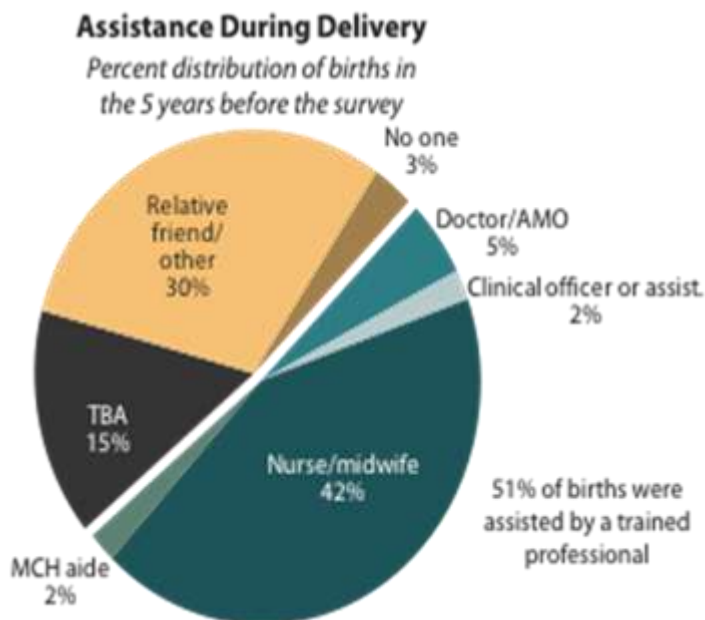


d) La santé des enfants:

Le taux de vaccination des enfants est en constante augmentation, avec des valeurs qui ont passé de 68% en 1999 à 75% en 2010. Pemba, quant à elle, se situe au dessus de la moyenne avec une couverture de 77%. Les vaccins habituellement recommandés sont: une dose de BCG, une dose pour la rougeole, trois doses pour le vaccin pentavalent DTP-HépB-HiB (Diphtérie, Tétanos, Pertussis, Hépatite B et Haemophilus Influenza B) ainsi que trois doses pour celui de la polio.

En outre, les courbes de croissances montrent que 42% de la population de moins de 5 ans possède un poids ou une taille trop petite par rapport à leur âge. Ceci indique la présence de malnutrition chronique.

e) La santé maternelle:



Environ 96% des femmes de Tanzanie reçoivent des soins prénatal, mais seulement un petit nombre d'entre elles ont le privilège d'être suivies de manière complète, comme l'exige la situation d'une femme enceinte.

Seulement la moitié des femmes sont informées des risques que représentent la grossesse.

La moitié des femmes en Tanzanie accouchent dans un établissement médical, représentant sur le schéma ci-dessus le 51% des naissances assistées par du personnel qualifié (entendu sous les noms de MCH, nurse/midwife, clinical officer or assistant, doctor/AMO). Pour les femmes qui accouchent à domicile, l'aide est apportée pour 15% d'entre elles par des sages femmes traditionnelles et pour les 30% restants par des parents ou des amis non-qualifiés. 3% des femmes accouchent seules.

Les soins postnatal sont évidents et permettent de prévenir les complications après la naissance. En Tanzanie, seulement 3 femmes sur 10 reçoivent ces soins dans les deux jours qui suivent leur accouchement, ce qui signifie qu'environ 2/3 des femmes ne reçoivent aucun check-up postnatal.

Le taux de mortalité maternel est de 454 morts pour 100'000 naissances vivantes.

Les associations qui nous ont accueillies:

Public Health Laboratory & Ivo de Carneri Fondation

Le Laboratoire de Santé Publique Ivo de Carneri (PHL-IdC) fait partie intégrante du système de santé dans l'archipel de Zanzibar. C'est un centre de référence pour le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de contrôle des maladies endémiques ainsi que pour la mise en œuvre opérationnelle des études liées à la recherche.

Histoire

Son histoire commence en 1988 lors de la visite du professeur de parasitologie Ivo de Carneri qui enseignait à l'université de Pavia en Italie. Il était en mission officielle pour le Ministère italien des Affaires étrangères à Zanzibar dans le but d'évaluer les progrès d'un programme de lutte contre la schistosomiase.

Avant sa mort prématurée, dans son rapport de mission, le professeur de Carneri avait souligné "la nécessité d'un laboratoire de santé publique comme centre de contrôle de la qualité des laboratoires périphériques, ainsi que pour promouvoir la formation et la recherche appliquée afin de développer des stratégies de contrôle efficaces."

(source de la citation: www.phlidc.org)

C'est en 1994 qu'a été créée la fondation Ivo de Carneri, en sa mémoire. En 1997, un accord a été signé entre la Fondation Ivo de Carneri et le gouvernement de Zanzibar pour la construction d'un Laboratoire de Santé Publique Ivo de Carneri, qui est devenu officiellement opérationnel le 21 Juin 2000.

Collaborateurs

Le PHL-IDC est géré par un partenariat entre le ministère de la Santé (Ministry of Health, Zanzibar) et la Fondation Ivo de Carneri (Milan, Italie) et est intégré dans l'organigramme du Ministère de la Santé. Il collabore avec des institutions scientifiques nationales et des organisations comme le Conseil de Recherche en Santé de Zanzibar, le Collège des Sciences de la Santé, le Centre de Recherche en Ifakara, l'Institut National de la Recherche Médicale (NIMR), et l'Université Muhimbili en Tanzanie. Le PHL-IDC collabore également avec des institutions scientifiques internationales et des organisations de surveillance des maladies comme le John Hopkins School of Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of Kwa Zulu Natal, London Natural History Museum ainsi que d'autres institutions italiennes (Institute of Infection Diseases) et l'Université de Siena.

Organisation interne

L'organisation et le management du PHL est constitué d'un corps appelé Commission Scientifiques, constitué de personnes qui sont des membres représentatifs du Ministère de la Santé de Zanzibar, de la fondation Ivo de Carneri basée à Milan ainsi que du Secrétariat Scientifique Genevois de l'Organisation Mondiale de la Santé. La tête de ce corps est constituée d'un Directeur, élu par la Commission Scientifique. Ce dernier nomme à son tour les différents "seniors" aux départements que comporte le PHL. Parmi eux, on trouve le Département de l'Administration, le Département du Budget et Finance, le Département de Parasitologie et de l'Entomologie, le Département de Bactériologie, ainsi que le Département de Virologie et Immunologie. Un comité interne évalue en outre régulièrement les besoins de chaque service. Ce dernier est composé directement de membres de la Fondation Ivo de Carneri, du personnel du PHL ainsi que le coordinateur du ministère de la Santé. Tout ceci dans le but de répartir de manière équitable les ressources limitées dont disposent toutes ces institutions.

Activités

Une des priorités du PHL-IdC est donc la collaboration avec le Ministère de la Santé, pour combattre les maladies endémiques telles que la schistosomiase, la tuberculose, la malaria et le HIV. Dans ce cadre, en plus d'effectuer des analyses de terrain et des campagnes de prévention et de vaccination à large échelle, il reçoit aussi des étudiants du monde entier pour leur permettre de mettre en place de nouvelles études cliniques.

Dans le même sens, le PHL-IdC assiste aussi l'hôpital de Chake Chake en effectuant des analyses grâce à leur appareils, mais aussi en fournissant un support logistique de matériel (gants, support chirurgical, etc.), des équipements de laboratoire (microscope, appareil d'analyses médicales, etc.), des médicaments, sans oublier quelques moyens humains tels que le médecin zanzibarite qu'ils ont engagé pour l'hôpital de Chake.

“Améliorer les conditions sanitaires et la connaissance du peuple zanzibarite, conformément avec sa culture et ses traditions, à travers le développement, la mise en place et l’implantation de stratégies pour la prévention, le contrôle, la surveillance, la recherche et la formation au sujet des maladies endémiques” constitue son cheval de bataille.

(citation tirée du site: www.phlidc.org)

Tout le monde s'accord à dire que le PHL est devenu très important, non seulement pour les habitants de Pemba et Zanzibar, mais aussi pour la Tanzanie et la planète entière. Le monde entier profite des recherches effectuées en son sein.



(source de l’image: www.phlidc.org)

Un de nos pôles d'activités

L'hôpital de Chake Chake

Situation:

Il s'agit de l'un des trois hôpitaux de l'île de Pemba, situé dans la capitale, Chake Chake. De par sa situation géographique centrale, il est également le plus actif. Contrairement à la clinique de Gombani (de laquelle nous parlerons en détail dans un prochain chapitre), son fonctionnement n'est assuré que grâce au soutien gouvernemental. Cependant, il reçoit ponctuellement des donations de matériel de sources variées.

Description:

L'hôpital est divisé en plusieurs bâtiments. On y trouve:

- Une aile administrative (d'ailleurs la seule qui comprenne deux étages)
- Un espace clinique, composé d'une vaste salle d'attente par laquelle on a accès aux différentes salles de consultation.

La salle d'attente est une grande pièce délabrée, en travaux, éclairée uniquement par une vitre dans le plafond qui laisse filtrer la lumière du jour. On y trouve quelques bancs en pierre, pour les chanceux ou les matinaux. Autour, la foule de patients qui s'entasse à même le sol.

On est guère mieux lotis dans les salles de consultation (comprenant HIV, ophtalmologie, ORL, chirurgie et médecine générale). Tout d'abord, ce ne sont pas des espaces catégoriquement attribués. Il n'est donc pas rare qu'elles soient déjà occupées lorsqu'un docteur se présente pour y effectuer sa clinique. En conséquence, les bureaux qui s'y trouvent sont remplis de fatras aussi divers qu'inutile (crayons cassés, dossiers de patients morts, médicaments éparpillés, feuilles volantes de toutes sortes, etc.), n'étant pas du tout considérés comme des espaces de rangement.

Ensuite, l'état général des pièces est catastrophique: pas une chaise complète, pas de ventilation, des lits d'auscultation dont l'éventuelle mousse s'échappe par tous les trous, des cloisons entre salles de consultations constituées de bâches de plastique à travers lesquelles tout en chacun peut passer la tête, bref, un désastre.

- Une aile pour les femmes, une aile pour les soins pré et post partum, une aile pour les hommes et une aile pour les enfants.

Chacune de ces ailes est agencée d'une manière similaire. On y compte une vingtaine de lits, alignés de part et d'autre de la pièce, façon énorme dortoir. Sur les lits, de simples mousses. C'est en effet au patient lui-même et à sa famille de s'occuper de l'aménagement dans le cas d'un séjour hospitalier, ce qu'ils font la plupart du temps en les recouvrant d'un sac poubelle ouvert et d'un drap. Il nous est d'ailleurs arrivé de voir des lits occupés par deux patients en même temps, ou encore des patients couchés par terre, lorsque l'hôpital manque de place pour accueillir les malades. Entre les lits, aucun cloisonnement, ce qui n'autorise pas la moindre intimité.



Pour les patients qui n'ont pas la possibilité de se lever, cette situation est d'autant plus alarmante qu'ils sont obligés de se laver et d'effectuer leurs besoins dans une bassine au pied du lit. Là encore, c'est au bon vouloir des familles qu'il revient d'en vider le contenu. Pour les patients mobiles, les toilettes situées à l'extérieur des bâtiments disposent d'un petit robinet et d'un seau où ils peuvent tant bien que mal se laver. A savoir que les toilettes ("à la turque") sont également dans un état déplorable, surtout chez les enfants où les portes sont cassées.



Ce manque d'intimité général est également choquant lors des rondes matinales, où tout en chacun connaît les problèmes de son voisin, faute d'espace privé. Le personnel médical dispose néanmoins d'un petit paravent déchiré pour les examens physiques, mais qui n'est quasiment jamais utilisé.

- Une aile pour les patients atteints de tuberculose, ainsi qu'une aile dédiée aux cas psychiatriques, ces dernières étant encore plus à l'abandon que toutes les autres.

Les plafonds y sont troués et pendants, l'éclairage dépendant directement du soleil. L'aile consacrée aux malades psychiatrique est en outre très petite, tout juste s'il y a de la place entre les lits.

- Finalement, on trouve également le bâtiment de chirurgie.

Ce dernier comprend : le bureau du chirurgien (le Dr Shaaban), une salle d'opération, une salle de chirurgie mineure, une salle de repos du personnel (qui fait aussi office de salle d'attente pour les patients qui sont destinés au bloc opératoire), une salle de stérilisation, une salle d'ultrasons, une salle d'accouchement et une salle pour les interventions gynécologiques mineures (type curetage évacuateur).

Passons maintenant à la description de quelques-unes d'entre elles, à commencer par le bloc opératoire. C'est le seul de tout l'hôpital. En conséquence, il est constamment occupé, soit par le chirurgien, soit par le gynécologue, qui ont chacun des jours impartis. Lorsqu'il y a une urgence, cependant, les agendas se modifient et la font passer en priorité. Lorsqu'il y a plusieurs urgences? Même principe, avec une chance de survie décroissante. A l'intérieur du bloc opératoire, l'air conditionné, une des seules pièces à en bénéficier. Au niveau des lampes d'opération, une seule ampoule fonctionne, ce qui rend la vision délicate. Attenante à la salle d'opération, une petite pièce où se laver les mains, dans un état de saleté avancé. Pour tenir compagnie au chirurgien, en plus de ses assistants, on trouve aussi des mouches, qui se posent sans susciter de réactions particulières sur les instruments stériles. Finalement, la seule bonbonne d'oxygène de tout l'hôpital se trouve également dans le bloc opératoire, ce qui cause parfois des conflits d'intérêts.

La salle de chirurgie mineure, quant à elle, se trouve entre le hall d'entrée et la salle d'ultrasons, ce qui fait d'elle un lieu de passage fréquent, qu'il y ait ou non une intervention en cours. Là non plus, pas de paravent, tant pis pour celui qui se fait élargir l'urètre en même temps. Ici, pas d'air conditionné, mais un large trou au plafond. Sympa, l'ambiance, non?

Dernière salle à passer au crible, la salle d'accouchement. Ici, et c'est un comble, pas d'air conditionné non plus. On plaint vraiment les futures mères, d'autant qu'elles sont jusqu'à deux à accoucher en même temps dans la même pièce. Pas de paravent non plus. Et si jamais il y a plus de deux femmes en cours d'accouchement? Quelques lits dehors, et on laisse la porte ouverte pour que la sage-femme puisse jeter un œil et intervenir si besoin.

Personnel:

On peut définir deux catégories de personnel à l'hôpital de Chake Chake, qui sont le personnel administratif et le personnel médical. A leur tête, la Doctoresse Sahuda, également DMO (district medical officer).

De la catégorie administrative, nous ne parlerons que peu, par manque de contacts et de renseignements à leur sujet. Mentionnons simplement que l'état global des bâtiments, le désordre avancé qui y règne, et la manière dont tout en chacun semble agir à sa guise laisse deviner une joyeuse pagaille administrative.

Hormis les quatre médecins de l'hôpital, il est difficile de qualifier le rôle du reste du personnel médical, qui comprend des assistants médicaux, des infirmiers, des sages-femmes mais aussi certaines personnes sans aucune formation médicale qui travaillent pourtant à l'hôpital et effectuent des gestes médicaux. Ajoutons que certains assistants sont très polyvalents (c'est-à-dire qu'on les retrouve aussi bien comme assistants de chirurgie qu'à effectuer des rondes et distribuer des traitements en médecine générale), que certains autres sont encore en études mais sont utilisés à temps plein par l'hôpital, et que globalement tout le monde s'appelle "docteur", et on comprend qu'il soit difficile de définir des limites claires.

Essayons toutefois de procéder par ordre. Il y a quatre médecins, qui possèdent une formation complète et qui permettent à l'hôpital quatre pôles d'activités: chirurgie générale, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et médecine générale. A leur tête, on trouve respectivement les docteurs Shaaban, Frank, Ramon et Jany. Il est cependant légèrement inquiétant de constater qu'aucun d'eux ne vient de Pemba ni ne compte y rester éternellement. En effet, le Docteur Shaaban a été recruté à Zanzibar par la Fondation Ivo de Carneri, et les Docteurs Frank, Ramon et Jany sont ici pour un mandat de deux ans mais sont originaires de Cuba.

Ce qui inquiète, dans les faits, c'est qu'après leurs mandats, les postes ne sont pas forcément repourvus. Nous pensons notamment au Docteur Shaaban, qui a maintenant fini son contrat, mais pour lequel l'hôpital n'a cherché/trouvé aucun remplaçant. Il a donc été quelque peu forcé de prolonger ses services pour un mois, le temps de sortir l'hôpital de l'embarras. Pour les Docteurs Frank, Ramon et Jany, également, les postes sont repourvus à l'envi par leurs collègues de Cuba à qui ils ont raconté leur expérience et qui "acceptent" de venir à leur tour.

Dépendants de ces quatre médecins, on trouve ensuite les assistants médicaux. Faisons à présent une brève digression pour expliquer un peu comment fonctionnent les études médicales à Pemba.

Sur l'île même, pas d'université, donc aucune possibilité de devenir médecin. Il faut avoir l'occasion de partir à Zanzibar ou sur le continent pour effectuer ce cursus. En revanche, les étudiants ont la possibilité de devenir assistants médicaux, voire même assistants médicaux spécialisés. Tous deux ont un tronc commun de trois ans d'études, données une fois encore par des professeurs cubains. Nous avons rencontré l'une d'entre eux, la Doctoresse Kiria, qui a une vingtaine d'élèves âgés de 20 à 35 ans environ. Selon elle, la grande opportunité pour eux de pouvoir étudier la médecine explique cette moyenne d'âge des étudiants, plus élevée qu'en Europe par exemple. Une fois ces études terminées, il y a soit la possibilité de s'enrichir

d'expériences pratiques pour acquérir de plus en plus de responsabilités, soit celle de prolonger le cursus de deux ans et ainsi de devenir assistant spécialisé. Ces derniers, d'après nos constats, bénéficient d'une marge de manœuvre très augmentée, allant jusqu'à pouvoir pratiquer une césarienne sans supervision.

Les assistants médicaux de manière générale ont tous le devoir de "faire tourner l'hôpital" en l'absence des médecins. Ils reçoivent les nouveaux patients, les admettent ou non pour un séjour hospitalier, initient, continuent ou changent les traitements, et en cas d'urgence, doivent être présents pour appeler le médecin concerné à son domicile. Ce dernier se doit de répondre à l'appel, de jour comme de nuit. Difficile donc de penser à des vacances, voire même à des weekends, le personnel étant très restreint.

Derrière les assistants médicaux, on trouve les infirmier(e)s. Nous ne connaissons pas leur cursus, mais ce sont eux qui effectuent les gestes de base (pansements, perfusions, etc.), qui distribuent les médicaments et qui se chargent du matériel (vérifier qu'il y ait toujours un stéthoscope et un tensiomètre, des compresses, du désinfectant, etc.).

Finalement, il y a les électrons libres, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas fait d'études d'aucune sorte mais qui viennent de la rue pour aider. Souvent, ils servent de traducteurs aux docteurs cubains, mais ils peuvent également aider à la logistique (transport des patients), voire même effectuer des gestes médicaux, à force de les avoir vus pratiquer.

Et nous, dans tout ça? :

Nous avons décidé de suivre chacun des médecins à tour de rôle, sur la base d'un tournus. Ainsi, chacun de nous a pu expérimenter une semaine dans chaque service, avec l'exclusivité des explications du médecin concerné.

Cela nous a permis d'une part de voir un grand nombre de cas cliniques (que nous détaillerons dans un prochain chapitre), et d'autre part d'effectuer un maximum de gestes nous-mêmes, bien sûr sous supervision.

Le déroulement typique d'une journée comprenait une ronde matinale où chaque patient était évalué, puis une période de clinique, prévue ou non au programme du médecin. En effet, ces derniers avaient normalement des jours attribués aux consultations, mais la demande dépassant largement l'offre, chaque jour comptait son nouveau lot de personnes qu'il était difficile de refuser d'examiner. Après les consultations, la journée du chirurgien ou du gynécologue se prolongeait par quelques opérations.

Les opérations de chirurgie les plus courantes sont les hernies et les obstructions intestinales (souvent compliquées en perforations et péritonites). Toutes les opérations se font par voie de laparotomie, l'hôpital ne possédant pas le matériel de laparoscopie. Les opérations qui ne sont pas du ressort du Docteur Shaaban (chirurgie cardiaque, pulmonaire, neurochirurgie, etc.) sont envoyées soit à Zanzibar, soit sur le continent. Néanmoins, Pemba reçoit périodiquement la visite d'oto-rhino-laryngologistes et d'orthopédistes, qui viennent une journée ou deux par mois depuis Zanzibar, permettant à quelques patients d'être traités sur place.

Concernant la gynécologie-obstétrique, la quasi-totalité des opérations auxquelles nous avons assisté étaient des césariennes, exception faite d'une ablation de myome et d'une hystérectomie partielle.

Revenons à présent aux gestes que nous avons eu l'occasion d'effectuer.

Tout d'abord, la prise de la tension artérielle. Basique, mais très importante à Pemba. En effet, un tiers des patients se présentant en consultation clinique de médecine généraliste possédaient une tension trop élevée (on en a vu jusqu'à 260/180 mmHg).

Nous qui avons appris que l'hypertension artérielle était un problème des pays riches, nous en sommes trouvés tout déboussolés. Cependant, les médecins nous ont confirmés qu'une mauvaise alimentation (riche en sucres lents, en graisses et en protéines et pauvre en fruits et légumes) combinée à un manque d'exercice physique avait les mêmes résultats sur la population qu'en Europe. C'est ainsi que nous avons appris que Pemba voyait s'accroître son taux de maladies chroniques (diabète et hypertension surtout), situation que nous n'aurions pas imaginée.

Puis, nous avons eu l'occasion de poser des voies veineuses périphériques. A Pemba, pas de coton imbibé de désinfectant pour ouvrir les perfusions ou les fiolines. On garrote, on cherche la veine, on met des gants, on désinfecte, et on pique. S'il n'y a pas de reflux malgré deux ou trois changements de direction, on retire l'aiguille et on la plante *dans le matelas* en attendant. Si la perfusion ne coule pas malgré la présence d'un reflux, on plante une aiguille en travers de la poche, pour créer un appel d'air. Bref, on est loin des conditions d'asepsie genevoises.



Dans la même veine (ou presque) nous avons eu l'occasion d'effectuer des paracentèses abdominales pour le drainage d'ascites. L'ascite est un symptôme également très fréquent à Pemba. Le plus souvent, elle est d'origine infectieuse. C'est seulement si le traitement antibiotique ne fonctionne pas qu'on commence à en rechercher d'autres étiologies. Après avoir piqué, on laisse drainer le liquide dans un quelconque récipient, genre vieille bouteille en plastique.

Toujours autour des aiguilles, nous avons pu nous essayer aux points de suture, dans une première expérience effrayante sur l'abdomen d'une femme qui supportait mal la transfusion sanguine qu'elle était en train de recevoir lors de l'opération d'un myome utérin. Elle avait de violentes nausées, jetait les bras dans tous les sens au point de faire voler sa perfusion (qu'on lui a remise sans autre forme de procès), suffoquait, une épreuve vraiment délicate pour une première fois. La main tremblait un peu. Nous avons cependant eu d'autres expériences (suture de peau et de fascia) pour surmonter cette entrée en matière peu rassurante.

Nous quittons maintenant les aiguilles pour nous concentrer sur les accouchements auxquels nous avons pu assister. Quelques fois, les bébés n'ont pas survécu.

Dans le cas d'accouchement par voie basse, c'était à cause d'une éclampsie, à laquelle heureusement la mère a survécu. Nous avons par ailleurs vu un nombre impressionnant de pré-éclampsies, dont certaines ont dégénéré en éclampsie. En effet, comme mentionné précédemment, les femmes ont un suivi très approximatif de leurs grossesses, étant mal informées des risques et de l'importance d'un contrôle accru. Souvent, elles ne se présentent pas aux rendez-vous fixés par le médecin, qui ne tient lui-même pas d'agenda pour penser à rappeler.

Dans le cas de césariennes, les bébés mourraient le plus souvent à cause d'un mauvais positionnement, dont les mères se rendaient compte en essayant d'accoucher à domicile. Arrivées à l'hôpital, il était déjà trop tard.

Nous avons quand même eu le bonheur d'assister à des naissances "réussies", où nous avons pu sortir les nouveau-nés par voie basse, puis couper le cordon ombilical et faire les premières mesures du bébé.

Nous avons toutefois eu un accouchement difficile, où l'anatomie de la mère était telle que la tête de l'enfant appuyait contre son périnée. Cela lui a déchiré la paroi vaginale, qu'il a fallu recoudre.

Toujours autour de la naissance, nous avons pu effectuer de la réanimation néonatale, surtout sous forme de respiration assistée et d'aspiration naso-buccale. Nous avons cependant aussi assisté à de la réanimation plus poussée, notamment de la part du pédiatre que nous avons vu faire une injection d'atropine intracardiaque.

Ceci résume dans les grandes lignes les gestes techniques que nous avons pu effectuer. Bien que n'ayant pas constitué l'essentiel de notre quotidien, ils nous ont permis d'acquérir un peu plus d'aisance dans la pratique. Outre ces opportunités, nous avons aussi eu l'occasion de voir bon nombre de cas cliniques et chirurgicaux, que nous détaillerons dans un chapitre qui leur sera entièrement consacré. L'un dans l'autre, ce fut pour nous une expérience incroyablement enrichissante, nos premiers pas dans la médecine pratique, qui n'ont fait que renforcer notre envie de continuer dans cette voie.

Analyse de situation:

Ce chapitre pourrait également s'intituler "De la difficulté de résumer un mois et demi en quelques lignes". Tâchons cependant d'être objectifs et méthodiques.

Le premier aspect (à tiroirs) que nous allons développer est celui du manque, avec un premier focus sur le manque matériel.

Tous les meubles, ou presque, de cet hôpital sont usés, cassés, en mauvais état. Cela donne une impression de précarité complète, de laquelle il faut néanmoins s'accommoder.

Le matériel médical également fait défaut. On n'a pas assez de seringues, de cathéters, de sondes ni de poches urinaires (bien souvent, les sondes coulent dans une bassine à côté du lit qu'il revient à la famille de vider), de fils de suture, de vêtements et de masques de chirurgie (les tenues stériles sont souvent trouées, et nous avons dû garder nos masques de papier et nos capotes pendant toute la durée de notre séjour), de tensiomètres (qui se passent entre les services), etc. Les matelas mousse moisis, associés aux sondes urinaires qui gouttent dans le vide, aux bâtiments dont les murs suintent d'humidité et à la chaleur ambiante créent un environnement insalubre dans lequel il faut néanmoins continuer d'exercer.

On manque en outre de traitements. Plusieurs insuffisants cardiaques avec œdèmes généralisés sont morts de n'avoir eu pour seul palliatif que des garrots serrés aux quatre membres. Plusieurs enfants souffrant de méningite sont également morts d'œdèmes cérébraux faute de soins disponibles. Nous avons également vu un patient atteint du tétanos attendre en vain une injection de myorelaxant et d'antitoxine, qui ne sont jamais venues.

En effet, lorsqu'un traitement n'est pas disponible à l'hôpital, c'est à la famille d'aller se le procurer en pharmacie, mais moyennant paiement, ce qui s'avère parfois impossible. Ainsi, des problèmes curables se soldent parfois par une mort, qui aurait pu être évitée avec un traitement adéquat.

On retrouve également un manque de personnel médical qualifié, en particulier de médecins. A notre sens, ceci peut s'expliquer par deux raisons. D'abord, par l'absence d'université de médecine sur l'île, qui ne facilite pas l'entreprise de telles études. Ensuite, une fois les études terminées, par l'absence d'attrait de Pemba face à sa voisine Zanzibar. En effet,

les jeunes, s'ils acceptent volontiers un stage dans l'hôpital de Chake Chake, projettent souvent de s'exiler par la suite vers cette parente plus touristique et mieux équipée qu'est Zanzibar pour exercer. De plus, le salaire des médecins de Pemba n'est pas mirobolant, ce qui en diminue encore l'attrait pour ces jeunes de rue. Le gouvernement serait pourtant en mesure de rectifier ce dernier point, étant lui-même à la tête de toutes les décisions. Mais il semble qu'il y ait un manque de volonté (et pas forcément d'argent) pour changer la situation.

Pour continuer dans la thématique, relevons encore un manque d'organisation. Nous avons déjà vu que peu de monde possède un bureau ou un cabinet qui lui est propre. Nous avons également parlé du Dr Shaaban qui a dû prolonger son contrat faute de successeur. Mais ce problème d'organisation se retrouve également dans les soins. Bien souvent, par exemple, ces derniers ne sont pas donnés correctement, ou à temps. Cela peut concerner un simple pansement qui n'est pas refait, mais peut aussi mener à des extrémités très graves. Citons l'exemple d'une femme qui sortait d'une césarienne. Elle avait perdu beaucoup de sang, et malgré la transfusion qui avait été réalisée pendant l'intervention, elle était dans un état critique. Le Dr Ramon s'est donc empressé de demander une nouvelle poche de sang. Cependant, les traces de ses analyses n'avaient pas été conservées, et l'opération de détermination du groupe sanguin ainsi que le cross match avec le receveur ont dû être refaits, alors même que la patiente était en situation dangereuse. Cela s'est heureusement bien terminé pour la mère, bien que l'enfant n'ait pas survécu.

Ce défaut d'organisation se ressent également dans l'intendance. En effet, lorsqu'une machine est cassée ou qu'un élément manque, il faut parfois des semaines avant d'y remédier. Citons la machine de radiographie qui n'a jamais fonctionné de toute la durée de notre stage, ou encore la lampe de chirurgie qui n'a qu'une seule ampoule faute d'avoir remplacé les autres.

Cela nous mène à un aspect des plus déplaisants de cet hôpital qui est la négligence d'une partie du personnel. Nous avons en effet eu l'impression que le sentiment d'urgence n'existait pas chez certains d'entre eux.

L'exemple le plus marquant de ce fait illustre le cas d'un nouveau-né (quelques jours au plus) dont l'état était très alarmant. Il était tout crispé, parcouru de convulsions, et ne respirait que faiblement. Il a donc été amené en salle d'ultrasons afin d'être examiné. Sur la table, il a eu quelques spasmes douloureux puis a arrêté de respirer. Tout le monde a donc décrété instantanément qu'il était mort, comme ça. Cela nous a beaucoup choqués, et l'un de nous s'est muni de son stéthoscope afin de vérifier l'information. Le fait était qu'on entendait encore des battements de cœur. Il a fallu ensuite convaincre les personnes présentes de ce fait pour que l'un consente à établir une prescription immédiate d'oxygène.

Nous avons donc amené le nourrisson au bloc opératoire, mais là encore, nous nous sommes heurtés à un mur. L'assistant en charge des anesthésies nous a purement et simplement annoncé que non, le mettre sous oxygène n'était pas possible parce qu'une césarienne allait avoir lieu bientôt et qu'il ne pouvait pas y avoir deux patients dans le même bloc. Voyant notre air révolté, il a cependant daigné tenter une réanimation, qui a échoué. Cela constitue un de nos souvenirs les plus éprouvants de ce voyage.

Cependant, cela coïncide avec une autre de nos observations. En effet, avec si peu de moyens, il existe malheureusement une hiérarchie des soins dont les bébés sont les derniers bénéficiaires. Les médicaments sont donnés préférentiellement à ceux sur qui la famille repose, c'est-à-dire aux adultes. Cela respecte une certaine logique, bien sûr. On sauve d'abord ceux dont on a, entre guillemets, le plus besoin pour faire marcher la société. Cela n'en reste pas moins désagréable pour tout le monde.

Cet état de fait corrobore également une autre de nos remarques, qui désigne l'importance de la famille et de l'entourage dans le milieu médical. En effet, à Chake Chake, il est impossible de se faire hospitaliser sans des proches à ses côtés. Ils sont primordiaux dans le sens où c'est sur eux que repose l'alimentation (il n'y a pas de repas fournis par l'hôpital) et l'hygiène, pour le cas où les patients ne seraient pas en mesure de l'assumer seuls. Cela pose évidemment des problèmes, dans le sens où une personne seule ne peut prétendre à recevoir les soins qu'elle nécessite. Nous avons vu par exemple un vieil homme se voir refuser une prostatectomie faute d'entourage adéquat.

Nous allons à présent nous focaliser sur l'analyse de la relation médecin malade au sein de l'hôpital de Chake Chake. Nous avons été au regret de constater qu'elle est simplement inexistante. En effet, le patient se contente d'intervenir au début de l'entretien et de répondre aux questions qu'on lui pose, sans jamais chercher à en savoir plus ; le médecin ne tente pas non plus de cultiver la curiosité de son patient, ni de compléter ses connaissances, qui restent dans l'immense majorité des cas très parcellaires. Cette conversation n'est en outre pas facilitée, la langue constituant une barrière entre les médecins cubains et la population de Pemba. Ici, pas de phase sociale, ni de phase programme, un recueil des plaintes sommaire, et ne parlons pas de vérifier s'il y a d'autres préoccupations auxquelles le patient voudrait accorder du temps. La consultation est expéditive, jamais complète, et la médecine est très paternaliste. Le manque d'intimité dans lequel ont lieu des conversations supposées rester privées n'incite en outre sûrement pas au déballage. Cela réduit d'ailleurs considérablement les manifestations d'empathie de la part des médecins, qui n'ont pas tellement l'occasion de s'appesantir sur chaque cas.

La communication et la compréhension entre médecin et patient n'est d'ailleurs pas facilitée par ce qui les relie, à savoir le « cahier patient ».



En effet, ce dernier est écrit en anglais et en abrégé. Dans une population à prédominance rurale, dont la moitié seulement a pu prétendre à une éducation scolaire, et où la majorité des gens ne parlent pas l'anglais, c'est à se demander quelle est l'utilité d'un tel cahier, excepté pour les communications entre médecins et autre personnel de santé. Un tel système n'est donc certainement pas adapté, puisqu'il maintient les patients dans l'ignorance, sans espoir d'en comprendre plus sur les maux qui les touchent. Cela conduit également à une mauvaise compliance, puisque la plupart des patients ne sont pas capables de comprendre les instructions contenues dans leur cahier.

Nous pouvons en outre mentionner le peu de cas fait de la douleur physique. C'est un paramètre que nous avons remarqué lorsque nous avons vu, stupéfaits, des curetages évacuateurs et des nettoyages d'abcès béants s'effectuer sans anesthésie. Cela met en évidence une résistance exceptionnelle de la population qui peut s'avérer à double tranchant. En effet, cette robustesse alliée au faible niveau de sensibilisation de la population face aux problèmes de la santé fait que les gens ne viennent que très tard consulter pour un problème donné.

Il peut à présent sembler que nous n'avons soulevé que des problèmes, ou encore qu'à cause des difficultés rencontrées, ce stage nous ait déplu. Cela n'est cependant pas du tout le reflet de la réalité. Nous avons adoré travailler avec les docteurs que nous avons trouvé très compétents, capables de résoudre avec les moyens du bord un large panel de situations tout en gardant le sourire et confiance dans le futur. Ces derniers ont été extrêmement chaleureux et didactiques, nous donnant l'envie d'en apprendre toujours plus dans ce merveilleux métier. Ils étaient également très investis dans leur mission, se chargeant parfois eux-mêmes de trouver le matériel dont ils avaient besoin (fils de suture, médicaments, etc.).

Nous avons en outre trouvé à Pemba des conditions de solidarité sans pareille. En effet, toutes les consultations, les traitements et les hospitalisations sont gratuites, bien que les gens ne possèdent pas d'assurance. Il n'y a que les opérations qui soient payantes, la plus chère d'entre elles (prostatectomie) revenant aux alentours de 30 CHF.

Nous serions ravis de retourner sur place nos diplômes en poche afin de pouvoir leur offrir un retour d'ascenseur.

Notre deuxième pôle d'activité

La clinique de Gombani :

Situation :

La clinique de Gombani, un établissement dispensant des soins gratuits, est située à 2.5 kilomètres de la ville de Chake Chake, capitale de l'île de Pemba. Elle est entièrement financée par le Laboratoire de Santé Publique Ivo de Carneri, ainsi que par la Clinique pour enfants de St-Andrews (Londres). Elle prend en charge prioritairement les enfants, puis les mères et enfin les adultes en général. Cependant, de toute la période où nous avons assisté à son activité, nous n'avons jamais vu un seul patient d'âge supérieur à douze ans se présenter pour recevoir des soins, ce qui laisse à penser que seuls les enfants peuvent réellement en bénéficier.

Description :

Cette clinique se compose de plusieurs espaces. D'abord, une salle d'attente où se pressent chaque lundi, mercredi et vendredi plusieurs dizaines de patients, installés à même le sol. Les mardis et jeudis, c'est le médecin de la clinique qui se déplace dans les villages pour y prodiguer prévention et soins. Puis, sur la droite, deux salles de consultations, dont l'une seulement est apte à recevoir les patients (comprendre : on y trouve au moins une table d'examen et un bureau). L'autre n'est jamais utilisée, faute de médecin. On trouve également, bien que vraisemblablement peu employée, une salle de consultation dite gynécologique, mais ne comportant qu'une table d'examen sans étriers. Caché derrière la salle d'attente se trouve un guichet où sont signés les « cahiers patients » et où l'on distribue les tickets d'attente. Dernier espace, la pharmacie, où sont distribués gratuitement les médicaments.

Personnel :

Seul un assistant médical travaille dans cette clinique. Il est accompagné d'un pharmacien, ou du moins d'une personne qui distribue les médicaments, de quelques infirmières et d'une secrétaire qui effectue les « entrées ». Cependant, aucune trace écrite des patients n'est conservée. Il n'existe pas de registre, encore moins d'ordinateur permettant de resituer un patient et d'accéder à son dossier médical. En fait, tout l'historique du patient est conservé dans un cahier, le « cahier patient », qui est gardé à la maison par le patient lui-même. Comme nous l'avons vu précédemment, ce cahier est écrit en anglais, et sert à toutes les prestations ayant un rapport avec la santé.

Et nous, dans tout ça ? :

Après une visite guidée des lieux, nous avons très vite été confrontés au problème récurrent du manque. Manque de personnel, de place, de matériel adéquat (chaises, tables, lit d'auscultation, gants, compresses, désinfectants, balances, embouts de rechange pour le thermomètre...), de tout ; conséquence directe, nous pouvions aider. Nous avons pris un peu de matériel, nous étions formés à faire des anamnèses et des examens physiques, nous connaissions la plupart des médicaments utilisés, nous pourrions donc être un gain de temps considérable pour l'assistant médical, qui n'aurait plus qu'à relire nos notes dans le « carnet patient » et à signer les prescriptions. C'était effrayant. Après avoir observé, c'était à nous d'être médecins. Nous étions regroupés les trois dans une pièce (la « salle de consultation qui n'était jamais employée faute de médecins », voir plus haut), accompagnés d'un traducteur et de nos bouquins, et nous travaillions ensemble à élucider chaque cas.

En théorie, nous souhaitions nous attribuer en alternance un rôle chacun au fil des consultations : qui posait les questions, qui en notait les réponses et qui, finalement, effectuait l'examen physique. En pratique, chacun ajoutait son grain de sel dans la tâche qui incombait à l'autre. Cette manière de procéder, bien qu'elle puisse sembler folklorique, nous permettait d'être sûrs d'en oublier le moins possible.

C'était dur. Nous en savions peu sur les maladies tropicales, encore moins sur leur prévalence dans la population et leur status épidémiologique en général. Nous étions en outre hésitants pour les examens physiques, nous qui n'avions pu expérimenter que sur nous-mêmes, nos amis ou des patients standardisés. Nous avions également de la peine avec les prescriptions. Que donner comme traitement de premier choix ? A quel moment ce traitement devient-il inadapté ? Et s'il n'est pas disponible, comment faire ? Nous étions cependant sous la supervision à distance de l'assistant médical, qui relisait nos prescriptions en rapport avec le compte rendu de notre anamnèse et de notre examen physique. C'était à lui de signer le carnet s'il approuvait nos conclusions. De plus, si un cas se révélait au-dessus de nos compétences, nous n'hésitions pas à le lui remettre. Cela nous a permis d'acquérir plus d'aisance et de fluidité dans nos rapports avec les patients, ce qui ne peut qu'être bénéfique en regard de l'année qui nous attend.

Analyse de situation :

Revenons maintenant au présent et tentons d'avoir une vue d'ensemble objective. Nous avons déjà mentionné que seul un assistant médical travaille dans cette clinique, qui accueille pourtant énormément de patients. D'autres cliniques existent néanmoins dans chaque village, mais celle-ci est particulièrement visitée, en raison de la régularité avec laquelle elle est approvisionnée en médicaments.

En effet, le financement qu'elle reçoit des organisations mentionnées ci-dessus lui permet de renouveler son stock toutes les deux semaines, tandis que les autres cliniques ont des délais de 3 à 6 mois, faute de budget et d'assistance gouvernementale. Ces conditions créent un phénomène de déplacement des foules et de centralisation des prestations, dans un établissement qui n'est pas prévu à cet effet.

Cela pose plusieurs problèmes. D'une part, même si la prise en charge et les médicaments lorsqu'il y en a sont gratuits, le fait de n'avoir qu'une seule clinique de « disponible » engendre des frais de déplacements qui sont inévitables. Or, la plupart des familles sont très pauvres. S'ajoute à cela le fait que les médicaments sont distribués avec parcimonie, ce qui force les allers retours incessants, augmentant évidemment encore les dépenses. Du point de vue d'une famille entière donc, vaut-il bien la peine de chercher à soigner un membre si cela risque de mettre tous les autres dans l'embarras? Cette question, qu'on ne se poserait même pas dans un pays tel que la Suisse, est pourtant à prendre en considération pour les plus pauvres familles de Pemba.

D'autre part, au niveau de l'établissement même, on retrouve un espace d'attente bondé, obligeant les patients à s'entasser par terre, très souvent jusqu'à l'extérieur du bâtiment. Cette situation est non seulement précaire pour les patients, mais aussi décourageante pour le médecin, qui doit l'affronter seul quotidiennement, faute de soutien.

Nous avons en outre soulevé un nombre important de problématiques dans l'analyse de situation de l'hôpital de Chake Chake. Rappelons donc simplement que l'hôpital n'est pas un cas isolé, et que nous avons retrouvé bon nombre de similitudes dans l'établissement de Gombani : le manque constant de tout, l'absence de relation médecin malade, les cas avancés de maladies dû au fait que les gens ne viennent que tard en consultation, etc.

Nous avons cependant beaucoup aimé travailler dans cet environnement. Cela nous a permis de maîtriser les bases de la langue locale concernant les termes médicaux (nous sommes maintenant incollables sur la toux et les diarrhées en swahili), ce qui nous a facilité la compréhension de bien des conversations nous entourant. Nous avons en outre été heureux de la latitude que cette situation nous permettait : nous avons pu prendre en charge nos premiers « vrais patients », nous avons pu revoir bon nombre de notions qui n'étaient plus très fraîches dans nos esprits, et nous avons appris à travailler à plusieurs en essayant de dépasser nos divergences d'opinions pour trouver une réelle solution aux problèmes qui nous étaient posés. Cela restera une expérience inoubliable.



Les cas cliniques :

Durant notre stage, nous avons eu l'occasion de découvrir la prise en charge de plusieurs cas cliniques. En général, il s'agissait de pathologies peu présentes dans les pays développés, ou encore de maladies que nous côtoyons également mais qui, en l'absence de moyens adéquats, étaient traitées différemment. Comme vu précédemment, nous avons suivi quatre médecins dans l'hôpital de Chake Chake : un pédiatre, un médecin généraliste, un gynécologue ainsi qu'un chirurgien général. Nous allons à présent décrire quelques cas médicaux que nous avons découverts au travers de cette expérience.

PEDIATRIE

Les connaissances que nous avons pu acquérir grâce au pédiatre cubain, le Dr Frank, nous ont permis de nous guider durant la prise en charge des enfants à la clinique de Gombani.

Les diarrhées :

Les jeunes enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la déshydratation due à la diarrhée. En effet, nous avons rencontré des patients hospitalisés pour cette raison uniquement en pédiatrie.

Les différents types de diarrhées sont catégorisés de la même façon qu'en Europe ; en diarrhée persistante (si elle dure plus de 14 jours) ou en diarrhée aiguë (si elle dure moins de 14 jours), ainsi qu'en diarrhée sanglante (qui comprend les causes osmotiques et sécrétoires) ou non sanglante (qui comprend les causes invasives et non invasives).

En revanche, il est important de savoir que les causes possibles de la diarrhée ont une prévalence différente dans les pays développés que sur l'île de Pemba.

En effet, la cause majeure de diarrhée dans les pays développés est l'infection virale. Puis vient l'infection bactérienne, suivie des habitudes alimentaires et en dernier lieu les infections parasitaires. Or, à Pemba, la cause la plus habituelle des diarrhées est l'infection bactérienne suivie de l'infection parasitaire puis des habitudes alimentaires. C'est seulement en dernière position que nous trouvons les infections virales comme cause de diarrhée.

Etant donné que le matériel de laboratoire pour élaborer des tests cliniques est restreint, voire absent dans l'hôpital de Chake Chake, le pédiatre nous a appris à faire un diagnostic différentiel parmi les multiples causes de diarrhée chez l'enfant essentiellement à l'aide de l'anamnèse et l'examen physique.

Diarrhée parentérale :

Le type de diarrhée le plus courant chez les jeunes enfants est la diarrhée parentérale, secondaire à une infection respiratoire. En effet, le mécanisme de toux n'étant pas totalement développé chez les jeunes enfants, leur capacité d'expectoration n'est pas mature. Ainsi, ils ravalent leurs sécrétions respiratoires, ce qui provoque une accumulation de mucus et une infection du tractus gastro-intestinal qui est à l'origine de la diarrhée parentérale.

De ce fait, cette étiologie est à considérer lorsqu'un enfant présente une diarrhée simultanément à des symptômes respiratoires tels qu'une toux.

Dans ce cas, il faut cibler le traitement dans le but de résoudre l'infection respiratoire en premier lieu. Le traitement utilisé à Pemba dans cette situation est la ciprofloxacine.

Infection bactérienne :

Une diarrhée causée par des infections bactériennes provoque un tableau clinique aigu ; une fièvre soudaine, une diarrhée aiguë et continue.

Dans cette situation, le traitement adapté est un antibiotique. Le premier choix est le co-trimoxazole.

Si les symptômes ne s'améliorent pas, le deuxième choix de traitement est la ciprofloxacine puis le ceftriaxone.

Infection parasitaire :

Le tableau clinique lors d'une infection parasitaire est plus progressif : douleurs abdominales, fièvre et diarrhée intermittente chronique accompagnés d'une perte de poids. Lors de l'examen physique, il est possible de découvrir un ventre gonflé et un tympanisme à la percussion. Il est également important de savoir que la principale cause de douleur abdominale, sans autres symptômes associés, est l'infection parasitaire chez les enfants de Pemba.

Le traitement utilisé est le mébendazole.

Dans tous les cas de diarrhées, le pédiatre ajoute au traitement spécifique les médicaments suivants : Zinc sulfate, acide folique et multivitamine. Dans le cas d'une diarrhée aqueuse ou de déshydratation visible, une solution de réhydratation orale (Oral Rehydration Salts) est également prescrite.

Les pathologies respiratoires :

Il est important de noter que l'auscultation chez l'enfant de moins de 5 ans est moins sensible que chez l'adulte, du fait qu'il possède un tractus respiratoire encore immature. Les muscles respiratoires ne sont pas entièrement développés, l'arbre respiratoire est plus fin et se collabe plus facilement. Ainsi, il est possible d'entendre à l'auscultation des bruits « exagérés » ou encore des bruits dépendants de la position de l'enfant. Par conséquent, en ce qui concerne les infections respiratoires, la majorité des diagnostics étaient établis grâce à l'anamnèse, en questionnant la mère de l'enfant. Néanmoins, nous avons eu la possibilité de nous familiariser avec bon nombre de bruits respiratoires à l'auscultation - sibilances, ronchis, râles fins, râles grossiers - que nous ne connaissions jusque-là que théoriquement.

Asthme :

Pour toute infection respiratoire, l'inflammation qui en résulte crée une augmentation des sécrétions respiratoires et peut mimer, à l'auscultation chez l'enfant de moins de 5 ans, un asthme en produisant des sibilances.

Pour cette raison, et parce que nous avons vu que l'auscultation respiratoire produisait de nombreux « faux positifs » chez les jeunes enfants, il est très difficile de faire pour eux un diagnostic d'asthme. On leur prescrit en premier choix un antibiotique, tel que l'amoxicilline, afin de vérifier que les symptômes n'en sont pas amoindris. On considère également l'anamnèse familiale et les conditions dans lesquelles surviennent les difficultés respiratoires avant d'établir un diagnostic définitif.

Syndrome de Croup :

L'anamnèse décrite par la mère permet de reconnaître un syndrome de Croup. L'enfant tousse surtout la nuit et produit un son étrange de canard, également connu sous le nom de stridor. Cette pathologie est causée par une inflammation du tractus respiratoire proximal : laryngo-trachéo-bronchite, qui provoque des œdèmes et par conséquent une obstruction des voies respiratoires proximales. Dans les cas les plus sévères, cette obstruction peut aussi mener à une cyanose.

L'étiologie peut être virale ou bactérienne. Cependant, dans tous les cas, un antibiotique (l'amoxicilline) a été prescrit.

Coqueluche :

Comme pour le syndrome de Croup, l'anamnèse est l'outil le plus important pour diagnostiquer une coqueluche. Les symptômes sont typiques : une toux croissante jusqu'au vomissement suivi d'un arrêt de la toux. Le traitement indiqué est entre autres la ciprofloxacine et la mucoasthaline, qui contient du salbutamol. Si cela ne fonctionne pas, le traitement

de deuxième choix est une association de ceftriaxone, de mucoasthaline et de ventolin qui est également un salbutamol.

Grippe :

Il faut mentionner que nous avons effectué notre stage durant les mois de mai et juin, qui correspondent à l'hiver en Tanzanie. En cette période, la prévalence de la grippe augmente, malgré la chaleur estivale qui règne sur l'île. Les symptômes sont comme en Europe : fièvre, rhume, maux de tête, maux de gorge, etc.

La grande différence avec les pays développés est qu'à Pemba, à notre grand étonnement, le pédiatre décidait régulièrement de prescrire de l'amoxicilline. Ce choix était effectué au cas par cas et dépendait de l'entourage sanitaire et social de l'enfant. S'il avait l'intuition que les parents risquaient de négliger les moyens thérapeutiques non médicamenteux tels que la vaporisation nasale et les gouttes nasales (qui sont normalement suffisantes pour traiter une grippe), la prescription d'un antibiotique devenait nécessaire pour prévenir une surinfection bactérienne et une pneumonie sévère. En effet, le Dr Frank nous a expliqué que la majorité des cas où il n'a pas prescrit d'antibiotiques, l'enfant était ramené en consultation quelques temps plus tard pour une pneumonie sévère.

Autres :

Hernie ombilicale :

Durant notre stage, nous avons couramment vu de jeunes patients avec une hernie ombilicale. Le plus souvent, chez les enfants de moins de 3 ans, une hernie ombilicale non compliquée (c'est-à-dire sans obstruction) se résorbe spontanément et ne nécessite pas d'intervention. La « fermeture » par croissance des muscles grands droits rétrécit l'orifice de sortie de l'hernie à mesure que l'enfant grandit.

En revanche, dans les cas d'hernies ombilicales compliquées ou chez les patients de plus de 3 ans, une intervention chirurgicale est préférable.

Nous étions étonnés de la fréquence à laquelle nous avons rencontré des hernies ombilicales, autant à la clinique de Gombani qu'à l'hôpital de Chake Chake. Ceci nous a poussés à questionner autour de nous : « pourquoi y en a-t-il plus ici qu'ailleurs ? ». Le pédiatre cubain se posait en réalité la même question et suppose que la génétique, ainsi que les problèmes de stérilité lorsqu'ils coupent le cordon ombilical, pourraient être des facteurs influençant la prévalence élevée d'hernie ombilicale dans ce pays.



Otite moyenne :

L'otite moyenne est une complication courante d'une infection respiratoire aiguë, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans et encore plus chez les nourrissons de moins d'un an, chez qui la trompe d'Eustache - étroite et positionnée plus horizontalement - favorise la stagnation des sécrétions respiratoires et donc l'infection de l'oreille moyenne.

Etant donné que le traitement adapté, la trifamoc - une association d'amoxicilline et de sulbactam (inhibiteur de la β -lactamase) - n'est pas disponible à Pemba, le pédiatre prescrit de la ceftriaxone en substitution.

Communication inter auriculaire (CIA) :

Tout d'abord, rappelons que les cardiopathies congénitales sont divisés en deux groupes : cyanogènes (transposition des grands vaisseaux, tétralogie de Fallot, tronc artériel commun, etc.) et non cyanogènes (communication inter auriculaire, communication inter ventriculaire, canal atrio-ventriculaire, coarctation de l'aorte, persistance du canal artériel, etc.).

Pour faciliter la description du cas clinique que nous avons vu, nous allons le présenter d'une manière chronologique. Nous avons eu la possibilité d'entendre un souffle cardiaque chez un enfant de 3 mois qui avait une cardiopathie congénitale. Il ne présentait pas de cyanose, et le pédiatre suspectait une communication inter auriculaire ou une communication inter ventriculaire. La prescription que l'enfant a reçue consistait d'abord en un traitement symptomatique : du furosémide, un diurétique de l'anse, afin de diminuer la post-charge et d'aider le cœur à pomper correctement. Pour compléter la prescription de façon appropriée, le Dr Frank a également demandé que soit fait un ultrason du cœur de cet enfant. Il a pu ainsi remarquer à l'échographie une légère CIA, résultant d'une fermeture incomplète du foramen ovale.

Jusqu'à l'âge de 3 ans, la plupart du temps, le problème se résout spontanément par une fermeture progressive. Le traitement n'est donc que symptomatique.

Contre toute attente, le Dr Franck nous a appris qu'il aurait également pu prescrire de la digoxine (inotrope positif), qui n'est actuellement plus administrée en Suisse en raison des effets secondaires qu'elle provoque. Quoi qu'il en soit, ce médicament n'était pas disponible dans l'hôpital. Le pédiatre a donc simplement maintenu la prescription de furosémide.

Toutefois, les complications d'une CIA persistante étant nombreuses (insuffisance cardiaque, œdème aigu du poumon, arythmie cardiaque, infection respiratoire fréquente, malnutrition, voire mort subite) l'enfant a été transféré dans un hôpital plus adéquat, possédant un service spécial de cardiologie.

« Staphylococcal scalded skin syndrome », ou le syndrome des enfants ébouillantés:

Durant la première semaine de notre stage, nous avons pu voir un nourrisson atteint d'un « scalded skin syndrome » causé par les exfoliatines A et B, exotoxines du *Staphylococcus aureus*. Ces dernières provoquent une nécrolyse épidermique avec des décollements bulleux de l'épiderme. Chez ce nourrisson, la lésion était déjà très étendue sur son flanc droit.

Le traitement nécessitait une grande patience ; en plus du traitement antibiotique visant à diminuer la propagation de la lésion, il fallait attendre que la peau nécrose spontanément afin de réséquer chirurgicalement les lambeaux morts.

Nous avons pu découvrir, durant ce mois et demi, l'évolution de la maladie. Nous étions d'abord inquiets car l'étendue des lésions avait commencé par augmenter, mais heureusement, après quelques semaines, l'état de l'enfant s'était amélioré et il a pu être déchargé de l'hôpital.



Tuberculose :

La tuberculose chez les enfants a une présentation clinique particulière. En effet, le tout premier symptôme est la fatigue, associée à une importante perte de poids et à une toux persistante ne répondant pas aux antibiotiques. De plus, le système immunitaire de l'enfant n'étant pas mature, il y a souvent des situations de tuberculose extra-pulmonaire (ganglionnaire, ostéo-articulaire, etc.) résultant de la propagation des bacilles à l'extérieur des poumons, tableau rare chez l'adulte.

Le diagnostic de la maladie est en outre différent chez l'enfant. En effet, si une culture des expectorations est suffisante chez l'adulte, il n'en va pas de même en pédiatrie, pour des raisons simples. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, le mécanisme de toux n'est pas complètement développé chez les jeunes enfants, leur capacité d'expectoration n'est pas mature et ils ravalent leurs sécrétions respiratoires. C'est pourquoi, bien que l'infection primaire de la tuberculose soit pulmonaire, la charge bactérienne dans les poumons est faible et les bacilles sont ravalés, se propageant de cette manière dans le système gastro-intestinal. Ainsi, le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant nécessite un prélèvement des sécrétions gastrique à l'aide d'une sonde naso-gastrique, car il est peu fiable de faire une culture des expectorations.

L'immaturation du mécanisme de toux chez les enfants rend ces derniers faiblement contagieux. Pour cette raison, un enfant atteint de tuberculose à l'hôpital de Chake Chake n'est pas nécessairement isolé.

Nous avons été très touchés par une petite fille, S., 10ans, que nous avons côtoyé toute la durée de notre stage. La première rencontre avec elle a été pleine d'émotion ; le pédiatre attendait une radiographie pulmonaire car il suspectait un pneumothorax, aucun bruit respiratoire n'étant audible aux plages pulmonaires droites. La machine de radiographie était en panne et l'est restée jusqu'à notre départ.

Notons que ceci fait partie de l'un des problèmes de cet hôpital : malgré les donations de matériel dont ils bénéficient, ils ne sont pas capables ou n'ont pas les moyens de réparer les machines lorsqu'elles tombent en panne. Par conséquent, les patients nécessitant des radiographies étaient envoyés à l'hôpital de Mkoani, au sud de l'île. Ils devaient ensuite revenir à l'hôpital de Chake Chake, munis de leurs radios, pour être traités de manière adéquate.

Revenons à notre cas clinique. Bien que le pédiatre ait souhaité voir une radiographie récente des poumons de S., il a décidé que cette situation était une urgence qui nécessitait une ponction pleurale immédiate. Le matériel à disposition n'était pas idéal : après avoir inséré l'aiguille dans la cavité pleurale, le liquide a été aspiré par une seringue de 10ml, donc de contenance bien insuffisante. Puis la seringue a été remplacée par une tubulure afin de drainer le reste dans une bouteille en plastique. Nous avons trouvé S. très courageuse. En effet, malgré la frayeur que lui inspirait le geste, elle est restée immobile durant toute la procédure.

Le liquide prélevé était jaune, visqueux et fibrineux ; typique d'une tuberculose, nous a révélé le pédiatre qui a immédiatement initié un traitement antituberculeux (une quadrithérapie – rifampicine, isoniazide, pirilène et ethambutol). Malheureusement, malgré leur prise régulière et surveillée, elle a continué à faire des épisodes de pneumothorax à répétition, ce qui a justifié une seconde ponction pleurale, ainsi qu'une procédure appelée « under water sealed drainage » que nous décrirons dans le chapitre « Chirurgie ».

L'évolution de sa maladie, du point de vue clinique, a été catastrophique. Nous l'avons vue maigrir terriblement, refuser de s'alimenter, perdre le sourire et la force, jusqu'à rester dans un état cotonneux durant les derniers moments de notre stage. Elle avait peur et se mettait à gémir dès qu'un représentant du corps médical s'approchait d'elle. Nous ne connaissons pas son état actuel, mais espérons que le traitement donnera des meilleurs résultats et qu'elle « reprendra du poil de la bête », pour ainsi dire.

MEDECINE GENERALE :

C'est sous la tutelle de la Doctoresse Jany que nous avons pu avoir un avant-goût de ce que signifie être médecin généraliste dans un hôpital.

Hypertension artérielle :

Un problème que nous avons fréquemment rencontré chez les patients adultes était l'hypertension artérielle. A notre grande stupéfaction, les valeurs d'hypertension n'étaient en rien comparables à celles que nous pouvons trouver en Europe, montant parfois jusque 260/180 mmHg. Nous avons en outre été surpris du nombre de patients hypertendus. Nous pensions en effet que cette problématique était confinée aux pays développés, avec le cliché des « fast food » et de la sédentarité. L'explication que les médecins nous ont donnée à ce propos, comme vu au chapitre « Et nous, dans tout ça ? » de l'hôpital de Chake Chake, mettait en cause une alimentation déséquilibrée alliée à un manque d'activité physique.

Le dépistage n'est pas une pratique courante à Pemba. En raison de leur manque de sensibilisation médicale, les habitants viennent souvent à un stade avancé de leur maladie, ce qui permet de trouver des valeurs aussi élevées.

Une fois l'hypertension découverte, le patient est pris en charge à long terme. S'il n'a pas besoin d'être hospitalisé, des consultations ambulatoires régulières suffisent pour un contrôle et le renouvellement d'une ordonnance.

Ascite :

Etonnement, tous les cas d'ascite que nous avons rencontré durant notre stage étaient chez des femmes. Il ne s'agissait pas de petits épanchements intra-abdominaux à peine décelables par une matité déclive à la percussion, mais plutôt d'énormes épanchements liquidiens qui mimaient une grossesse de

plusieurs mois. Certaines d'entre elles présentaient également des hépatomégalies palpables sous le rebord costal sans difficultés. D'après l'expérience du Dr Jany, les causes d'ascites sont principalement extra-hépatiques (cancer/infection du péritoine par exemple) et hépatiques (hépatites, cancers, etc). Des paracentèses abdominales étaient effectuées chez ces patientes. Nous avons vu des drainages pouvant aller jusqu'à 3 litres.

La prise en charge dépendait de la cause, mais bien souvent, le Dr Jany conseillait aux patientes de manger des oranges, pour compenser la perte de potassium liée à l'ascite.

Tétanos :

Actuellement, le vaccin utilisé à Pemba et en Afrique subsaharienne contre le tétanos est le vaccin « pentavalent », qui remplace le vaccin « DTP » (diphtérie-tétanos-pertussis) que nous connaissons. Le vaccin « pentavalent » immunise contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche mais également contre l'*Hemophilus Influenza B* (Hib) et le virus de l'hépatite B (HBV). Malheureusement, ce dernier n'est pas effectué systématiquement chez les enfants.

Un après-midi, un assistant médical nous a présenté un jeune homme infecté par *Clostridium tetani* qui venait d'être admis. La première chose que nous avons remarqué était la triste famille, regroupée autour du garçon, qui le massait avec des gousses d'ail ; « c'est de la médecine traditionnelle » nous a-t'on dit. Puis, nous avons vu le patient ; l'image de l'homme tétanisé que nous avons pu voir maintes fois durant nos études nous est immédiatement venue à l'esprit : il était cambré, crispé, la tête et la nuque raide. Nous avons observé l'opisthotonos (hyper extension du dos et de la nuque), des spasmes et un trismus (incapacité d'ouvrir la bouche normalement). Nous devinions l'effroi dans le regard du garçon, qui tentait de s'exprimer sans succès. Il paniquait, et ses spasmes s'aggravaient. Sa panique en était encore augmentée ; c'était un cercle vicieux dans lequel il était emprisonné.

Il lui fallait un traitement d'urgence : diazépam, phénobarbital, métronidazole, anti-toxine tétanique. Cependant, il ne restait plus qu'une dose de diazépam dans tout l'hôpital. Un membre de sa famille a dû donc aller acheter les médicaments dans la pharmacie la plus proche.

Le lendemain, nous avons appris à notre grande stupéfaction que la famille, superstitieuse, avait ramené le jeune patient à domicile, s'opposant ainsi à la volonté du personnel médical. Nous avons été choqués, et avons eu de la peine à tolérer cette différence de culture dans cette situation précise.



(Source de l'image : Wikipédia)

GYNECOLOGIE :

Nous avons eu le plaisir de nous initier aux examens ainsi qu'aux procédures gynécologiques grâce au Dr Ramon.

Pré-éclampsie et éclampsie :

Nous avons pu voir un nombre important de pré-éclampsies, dont certaines ont évolué en éclampsies. En effet, les femmes sont peu contrôlées lors de leurs grossesses, comme nous l'avons précédemment mentionné dans la partie « Et nous dans tout ça ? » de l'hôpital de Chake Chake.

Le diagnostic de la pré-éclampsie se base sur trois critères : hypertension, œdèmes et protéinurie. La prise en charge dans ces cas-là se limite à la prescription d'un hypotenseur (ex : atendol, méthyl-dopa, hydralassine, nifédipine) et à un suivi régulier.

Malheureusement, une complication importante peut survenir en cas de faible compliance ou en l'absence d'un diagnostic précoce ; il s'agit de l'éclampsie.

On peut distinguer quatre phases dans la progression de ce mal (s'accompagnant du tableau clinique suivant) : prodromique (roulement des yeux, contractions des mains), tonique (longue contraction généralisée, avec arrêt de la respiration), clonique (convulsions) et comateuse (perte de connaissance prolongée). Ce processus peut mener au décès de la patiente ainsi qu'à celui du fœtus. A choisir, la mère est sauvée en priorité. La prise en charge de l'éclampsie comprend l'administration, par voie intraveineuse, d'un hypotenseur, de magnésium sulfate (effets hypotenseur, anti convulsant, sédatif), d'un myorelaxant et de mannitol (ou de furosémide) dans le but de prévenir la formation d'un œdème cérébral.

Césarienne :

Nous avons eu l'occasion d'assister à de nombreuses césariennes qui étaient pratiquées soit par le gynécologue, le Dr Ramon, soit par la Doctoresse Sahuda, qui est assistante médicale spécialisée (c'est-à-dire qu'elle possède une formation plus avancée que les assistants médicaux « basiques »). La majorité des césariennes que nous avons vues étaient pratiquées d'urgence, suite à une complication de l'accouchement (telle qu'une éclampsie ou un mauvais positionnement du fœtus). Il est important de noter que l'accouchement à domicile est une pratique encore très courante à Pemba, ce qui peut parfois s'avérer problématique.

Nous souhaitons mentionner un cas particulier de césarienne que nous avons rencontré durant notre stage. Il s'agissait d'une femme qui avait commencé à accoucher à domicile mais qui

avait été amenée à l'hôpital pour subir une césarienne d'urgence suite à une procidence de la main.

La procidence d'un membre ou du cordon ombilical signifie l'engagement pathologique de ceux-ci à travers la membrane amniotique. Nous avons donc découvert avec inquiétude la main bleuâtre du fœtus, totalement hors du vagin de la mère qui était sous anesthésie générale. Une fois l'enfant extrait de l'utérus, nous étions sous le choc d'apercevoir que son cordon ombilical entourait deux fois son cou. L'empressement de la doctoresse pour ôter le cordon ombilical n'a pas suffi pour sauver l'enfant. Bien qu'il était évident pour le personnel médical que celui-ci était décédé depuis un moment dans l'utérus, nous étions frustrés que personne dans la salle n'ait l'espoir, même infime, que l'enfant puisse survivre pour établir une réanimation néonatale. C'était une expérience bouleversante pour nous, d'une part parce que c'était la première fois que nous voyions un enfant mort-né, mais aussi parce que personne ne nous avait prévenu que l'enfant était probablement déjà décédé.

CHIRURGIE :

Il était très intéressant de travailler avec le Docteur Shaaban car contrairement aux docteurs cubains, c'est une personne originaire de Zanzibar. Il nous a donc appris beaucoup non seulement dans le domaine de la chirurgie, mais aussi et surtout au niveau de la culture et des croyances de la population de Pemba. Il est très impliqué dans l'éducation de la population vis-à-vis de la santé à travers des passages réguliers dans des émissions de radio, ainsi qu'en rédigeant des articles dans un journal de Zanzibar. La simple inexistence d'un journal local nous a fait remarquer qu'il y a une grande différence quant à l'accès médiatique et à la sensibilisation possible entre l'île de Pemba et l'Europe.

Etant donné que le Dr Shaaban a étudié en Russie et Allemagne, il est tout à fait conscient des différences qui existent dans le domaine de la santé entre ces pays et Pemba : les conditions

sanitaires médiocres, le manque de personnel médical, le manque de matériel, le manque d'éducation de la population qui est négligente quant à sa santé, etc. Ces différences de moyens font qu'il existe également des différences dans les priorités : dans le domaine de la chirurgie, quand en Europe le but est d'éviter le moindre désagrément suite à une opération, à Pemba, le but est d'éviter une septicémie.

Hernie inguinale :

L'opération de l'hernie inguinale est celle que Dr Shaaban pratique en plus grand nombre. C'est une intervention programmée des semaines à l'avance qui ne nécessite pas d'urgence, à l'exception des hernies étranglées.

Après avoir incisé au niveau de la fosse iliaque, le chirurgien cherche le sac herniaire en retirant progressivement les tissus conjonctifs autour. Il cherche également le cordon spermatique (canal déférent, vaisseaux, nerfs,...) afin de le séparer des autres tissus. La zone de faiblesse pariétale qui était à l'origine de l'hernie est renforcée en suturant deux structures fibreuses ensemble dans le but de former une nouvelle paroi : médialement, le tendon conjoint – qui réunit les tendons du muscle transverse de l'abdomen et le muscle oblique interne – avec latéralement, le ligament inguinal. Le cordon spermatique est placé à la surface de cette nouvelle paroi, et est recouvert ensuite par l'aponévrose du muscle oblique externe qui formera le « toit ».

Appendicectomie :

Nous tenons à mentionner le fait que souvent les patients viennent à un stade avancé de l'appendicite et attendent d'avoir une péritonite pour consulter. Cependant, nous allons nous restreindre à la description de l'appendicite.

Nous avons appris à reconnaître trois signes cliniques permettant de diagnostiquer une appendicite.

Tout d'abord, une douleur et une défense pariétale au niveau du point de Mc Burney (fosse iliaque droite).

Deuxièmement, le test du psoas, qui est positif lorsqu'une douleur est provoquée par une flexion active de la cuisse droite.

Et pour finir, le signe de Rovsing qui est positif lorsqu'une douleur apparaît dans la fosse iliaque droite lors d'une compression de la fosse iliaque gauche, à l'opposé du point de Mc Burney. La pression à gauche empêche l'évacuation de l'air du colon sigmoïde, qui a pour conséquence d'augmenter la pression dans le caecum et provoquer la douleur.

Du côté chirurgical, l'appendicectomie commence par une incision au niveau du point de Mc Burney, suivi de la recherche de l'appendice qui peut durer un certain temps suivant la position de l'appendice par rapport au caecum. Pour finir, l'appendice est réséqué proprement.

Hydrocèle :

L'hydrocèle est un problème courant à Pemba. Son origine peut être infectieuse (orchite), tumorale ou traumatique (hernie). On observe dans tous les cas un épanchement de liquide séreux entre les deux feuillets de la tunique vaginale du testicule. Le fluide provoque un gonflement du scrotum, qui a un aspect translucide et mou, pouvant être discernable d'un cancer du testicule qui provoquerait une tuméfaction du scrotum avec un aspect opaque et plutôt rigide.

Nous allons brièvement décrire la procédure chirurgicale que nous avons observée chez un patient qui avait une hydrocèle d'origine infectieuse. Après avoir incisé le scrotum, le chirurgien sortit l'hydrocèle et la perça de manière à ce que le liquide, de couleur jaunâtre, puisse être évacué. Au total, 1600ml de liquide furent aspiré. Puis, il recousit la tunique vaginale de manière à ce qu'elle n'entoure plus le testicule. En revanche, le testicule était toujours recouvert de sa tunique albuginée. Cette opération fut complétée par un traitement antibiotique, visant à neutraliser l'infection et à prévenir d'une éventuelle future surproduction de liquide.

Drain thoracique, ou « Under water seal drainage » (UWSD):

Nous avons vu précédemment le cas de S., atteinte de la tuberculose. Cette enfant avait subi à deux reprises une ponction pleurale afin de résorber l'épanchement, jusqu'à ce que le pédiatre et le chirurgien décident de substituer les ponctions pleurales par un système de « UWSD ». Le drainage thoracique a le même but que la ponction pleurale, à savoir qu'il permet l'évacuation d'un épanchement pleural en y insérant respectivement une aiguille et un drain. Cependant, une ponction doit être renouvelée en cas de répétition du problème alors qu'un drain pleural peut être posé d'une manière durable, évitant cet inconvénient.

La pose du drain thoracique est tout de même plus complexe, nécessitant l'anesthésie de l'enfant. Une incision est effectuée au niveau du 5^{ème} espace intercostal, sur la ligne axillaire moyenne, afin d'y introduire le drain.

Dans notre cas, cette intervention a été improvisée avec le matériel à disposition : une tubulure (habituellement utilisée pour les voies veineuses périphériques) reliait la cavité pleurale de l'enfant à un récipient scellé. Ce réceptacle laissait toutefois le passage à une deuxième tubulure, permettant la sortie d'air.

L'un des avantages du drain thoracique est qu'il offre une plus grande liberté de mouvement, permettant à l'enfant d'effectuer des exercices thérapeutiques. Cette rééducation pulmonaire consiste à souffler dans un ballon, qui s'avérait introuvable dans l'hôpital. Lorsque, le lendemain, nous l'avons vue faire ses exercices dans un gant médical (solution alternative au ballon) nous étions touchés (elle n'aurait plus à subir d'avantage de ponctions) et nous avons souri en pensant que c'était là encore un aspect de la médecine africaine que nous ne retrouverions plus jamais en Suisse.



Fracture de compression L3-L4 :

Au début de notre stage, nous avons rencontré un jeune patient de 15 ans qui avait été admis un mois auparavant pour une chute du haut d'un cocotier, qui lui avait causé une fracture de compression au niveau lombaire 3 et 4. Il avait une paralysie des membres inférieurs, ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale nécessitant une sonde urinaire. Le plan de rétablissement était un alitement strict.

Or, la famille a décidé deux semaines après le début de son hospitalisation de le ramener à domicile, contre la volonté du médecin. Ses parents ont en outre tenté d'enlever la sonde urinaire par leurs propres moyens. Quelques jours après, il est revenu à l'hôpital où il a été à nouveau admis. La sonde urinaire, qui avait été ôtée de manière inadéquate, avait provoqué des

lésions dans le tractus urinaire. Par conséquent, le chirurgien a décidé de procéder à un sondage vésical par voie supra-pubienne.

Un autre problème que le patient présentait était les escarres au niveau lombaire causées par l'alitement prolongé. Celles-ci étaient à un stade avancé, et l'unique moyen qui était utilisé pour y remédier étaient des coussins positionnés sous un flanc ou l'autre afin de diminuer la pression au centre du dos. En effet, le patient lui-même ne pouvait pas se tourner ni faire le moindre mouvement, pour éviter des séquelles supplémentaires. Nous avons pu nous rendre compte de la patience nécessaire pour assister à la guérison de séquelles de type neurologique. Toutefois, tout le long de notre stage, nous avons pu découvrir avec enthousiasme l'amélioration de la sensibilité de ce patient, qui gagnait régulièrement quelques centimètres aux tests effectués. Il ressentait en effet le toucher du Dr Shaaban chaque jour un peu plus distalement sur ses jambes.

Myosite et fracture :

Un homme âgé était hospitalisé pour une myosite de l'avant-bras. Chez lui, un drainage chirurgical avait été nécessaire en plus du traitement médicamenteux (antibiotique et analgésique). Bien que le bandage doive être renouvelé chaque jour, celui de cet homme n'était visiblement pas changé depuis quelques temps et semblait purulent et peu hygiénique. Le chirurgien en était d'ailleurs mécontent. Très souvent, le suivi hospitalier recommandé par le médecin ne se fait pas, peu, mal, ou avec une latence importante de la part du personnel médical. Est-ce un manque de temps ? Une surcharge de demande ? Un problème de motivation ? En effet, nous avons pu remarquer au cours de notre stage que dans la culture locale, les gens ne sont pas pressés. Le mot d'ordre sur l'île est : « pole pole ! », qui en swahili signifie « tranquillement ! ».

Une autre chose qui nous a frappés chez ce patient était la déformation de son poignet. Le chirurgien nous a expliqué qu'il s'agissait d'une ancienne fracture qui a été mal soignée par des

« docteurs locaux ». Ce sont des personnes, sans formation médicale d'aucune sorte, qui soignent par des massages et autres méthodes traditionnelles. Le Dr Shaaban nous a révélé qu'une partie de la population continue d'aller voir ces « docteurs » car non seulement cela fait partie de la culture de l'île, mais aussi parce que, très rarement, ils arrivent à soigner les fractures plus efficacement qu'à l'hôpital. Il est important de noter que ce n'est probablement pas pour une question d'argent, car ces personnes en réclament plus qu'un médecin diplômé de l'hôpital. Nous avons donc constaté une nouvelle fois les différences de culture et de croyances.

Conclusion :

En dehors des cas cliniques que nous avons décrits ci-dessus, nous avons eu l'occasion également d'observer d'autres maladies telles que la méningite, la malaria cérébrale, l'insuffisance cardiaque, le diabète et bien d'autres. Cependant, nous avons décidé de ne pas les développer dans ce chapitre « cas cliniques » car nous n'avons pas réellement eu la possibilité de les découvrir avec précision.

Contrairement à nos attentes, nous avons côtoyé régulièrement des pathologies que nous avons crues « réservées » aux pays développés : l'hypertension artérielle, le diabète, etc. A l'inverse, nous avons été étonnés d'avoir observé peu de cas d'infections par le VIH, la malaria ou la tuberculose. Cette observation reste limitée à notre stage au sein de l'hôpital de Chake Chake et de la clinique de Gombani. Nous sommes conscients de leur prévalence élevée sur le continent.

Cet éventail varié de cas cliniques nous a permis de nous familiariser avec de nombreuses pathologies qu'il nous sera utile de connaître dans nos études et dans le métier de médecin.

Néanmoins, nous sommes conscients des différences qui peuvent exister entre la prise en charge des patients en Afrique et en l'Europe. Nous avons remarqué, par exemple, que la précision des diagnostics n'est pas du même ordre ; en Afrique, le manque de matériel pour élaborer des tests cliniques ne permet pas de révéler avec certitude et systématiquement l'étiologie d'une maladie.

Les facteurs les plus importants afin d'établir un diagnostic sont l'anamnèse, l'examen physique et l'épidémiologie. Nous pensons donc que cette situation nous a permis d'acquérir certaines aptitudes dans le domaine de la sémiologie. Rappelons-nous aussi que les patients viennent souvent à des stades avancés de leur maladie, ce qui nous a permis de discerner avec facilité des signes à l'examen physique (ex : bruits respiratoires, souffle cardiaque, hépatomégalie, splénomégalie, etc.).

Cette expérience nous a été extrêmement bénéfique. Nous avons été confrontés à des situations nouvelles, grâce auxquelles nous avons pu développer les bases de l'instinct médical. Ce stage nous a motivé et nous a donné goût à l'aspect clinique qui nous attend pour la suite de nos études.

Malgré les différences existant dans les prises en charge entre Pemba et Genève, nous sommes persuadés que toutes les connaissances que nous avons acquises durant ce stage nous seront utiles dans le futur.

Remerciements :

Nous tenons à adresser nos chaleureuses pensées ainsi que nos remerciements sincères aux Docteurs Hiroki Nakatani, Antonio Montesor et Lorenzo Savioli de l'OMS, ainsi qu'à Giada Raimondo de la fondation de Carneri, qui nous ont tous trois permis d'élaborer un projet et d'entrer en contact avec l'association PHL-IdC qui nous a accueillis à Pemba.

Nous remercions également de tout notre cœur les Docteurs Sahid Mohammed Ali et Yahya M.S. Al Sawafy, respectivement directeurs du Laboratoire de Santé Public (PHL) et de la Fondation de Carneri (IdCf) à Pemba. Ils nous ont permis de nous loger, nous ont fait partager leur expérience sur le système de santé et les conditions actuelles et nous ont introduits à l'hôpital de Chake Chake ainsi qu'à la clinique de Gombani.

Finalement, nous adressons nos fervents remerciements à ceux qui ont été nos piliers durant ce stage émouvant, à savoir le Dr Shaaban, le Dr Frank, le Dr Ramon et la Doctoresse Jany. Merci pour les explications, les répétitions, la liberté d'action, merci pour tout.

Bibliographie :

1. Tanzania 2010 Demographic and Health, Key Survey
2. Public Health Laboratory – Ivo de Carneri (PHL-IdC)
Report 2007-2008
3. Standard Treatment Guidelines, Revolutionary Government
of Zanzibar Ministry of Health and Social Welfare. 2009,
3^{ème} édition
4. www.moh.go.tz
5. www.phlidc.org
6. www.fondazioneidcarneri.it
7. www.wikipédia.org

Annexe :

Quelques photos...

1. La salle d'attente de l'espace clinique



2. La salle de chirurgie principale



3. La pièce attenante où on se lave les mains



4. La cour de séchage des vêtements de chirurgie



5. La salle de stérilisation



6. Un ultrason en cas de coupure d'électricité



7. L'arrière de l'hôpital, où chacun fait sa lessive



8. La Pharmacie

