

IMC à Douala – Cameroun :

Le projet «mère kangourou» à Douala : de la compréhension d'une méthode à la préparation de sa mise en place dans un hôpital de district de Douala.

Mai – Juin 2012



Céline Boillat
Daphné Germann
Noémie Vecsernyés

1. Introduction :	3
2. Présentation du Cameroun :	3
A. <i>Le Cameroun</i>	4
B. <i>Douala</i>	5
C. <i>Le système de santé au Cameroun et à Douala</i>	5
3. Présentation de l'hôpital de Bonassama :	8
A. <i>Structure</i>	8
B. <i>Fonctionnement</i>	9
C. <i>La pédiatrie – maternité</i>	11
4. Stratégie avancée :	12
A. <i>Description et déroulement</i>	12
B. <i>Programme élargi de vaccination (PEV)</i>	13
C. <i>Impressions personnelles</i>	14
5. Surveillance active :	14
6. Projet Kangourou de l'hôpital de Bonassama :	15
A. <i>Présentation de la méthode</i>	15
B. <i>Critères d'éligibilité</i>	16
C. <i>Observation du fonctionnement à l'hôpital Laquintinie</i>	18
D. <i>Interview des trois mamans kangourou rencontrées</i>	19
E. <i>Le projet « kangaroo mother care » à l'hôpital de Bonassama</i>	20
F. <i>Le questionnaire</i>	21
G. <i>Le prospectus</i>	26
H. <i>Les données récoltées dans les 4 autres hôpitaux du district</i>	27
I. <i>Le projet kangourou à l'hôpital de Bonassama : conclusion</i>	31
7. Conclusion :	31
8. Sources :	36
9. Annexes :	37

1. Introduction :

Pourquoi avons-nous choisi de faire notre stage dans la ville de Douala ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'expliquer le parcours de notre groupe, car notre projet s'est construit de façon assez sinueuse.

Nous avons en effet parcouru de nombreuses étapes, dont la première était de taille : le choix d'un continent. Dans notre groupe, nous étions assez partantes pour découvrir l'Afrique car aucune de nous n'y était jamais allée. Mais c'est surtout l'idée de faire un projet dans le cadre d'un système de santé africain, où le lien avec la médecine humanitaire est constant, qui nous a décidé.

Nous avons dès le début décidé de partir dans un pays dont le français est la langue nationale. Une de nos priorités pour notre stage d'immersion en médecine communautaire était de pouvoir communiquer facilement avec la population et le personnel soignant sur place. Après avoir consulté les rapports des étudiants des années précédentes, nous nous sommes beaucoup intéressées à un projet qui s'était déroulé au Sénégal, dans le village de N'Dande. Malheureusement, nous avons dû y renoncer, car les élections présidentielles ont créé des tensions dans un pays habituellement plutôt stable. Très déçues de voir notre projet s'arrêter en si bon chemin, nous avons pourtant pu rapidement rebondir. Nous avons contacté en premier lieu le groupe qui a fait son projet l'année dernière au Cameroun, à Mfou. Leur projet nous avait aussi beaucoup plu, mais c'est finalement à Douala que nous sommes parties, grâce au soutien du Dr. Beat Stoll.

Le Dr. Stoll nous a proposé de construire notre IMC dans le cadre du projet « kangaroo mother care », à l'hôpital de district de Bonassama, un quartier de la ville de Douala. Le projet sera expliqué en détail plus loin, mais il s'agit d'instaurer, dans cet hôpital, une méthode qui permet de remplacer la couveuse en maintenant les enfants prématurés au chaud contre le corps de leur mère. Nous connaissions sommes toutes très peu de choses de cette méthode, dont le concept ne nous était pourtant pas inconnu, mais l'idée de passer notre stage en néonatalogie nous plaisait énormément. De plus, nous savions par le Dr. Stoll que nous pourrions éventuellement apporter une contribution à la mise en place de ce projet en récoltant des données pour les médecins y participant. Cela avait toute son importance pour nous, car nous ne souhaitons pas faire uniquement un stage d'observation. Nous avons donc un projet parfait pour une immersion en médecine communautaire.

C'est donc le Docteur Beat Stoll qui nous a mis en contact avec la Doctoresse Danièle Kedy Koum, la néonatalogue de l'hôpital de Bonassama et responsable locale de la mise en place du projet « kangaroo mother care », ainsi qu'avec le Docteur Valéry Nzima, médecin chef du district de Bonassama. C'est également lui qui nous a trouvé un logement à la procure des missions catholiques de Douala. Notre stage pouvait donc commencer sans trop de soucis du côté pratique et pour cela, nous l'en remercions.

Dans ce rapport, nous allons donc raconter notre stage à l'hôpital de Bonassama, qui s'inscrit dans la découverte d'un pays, et même d'un continent, dont nous devinions qu'ils seraient très différents de ce qu'on pouvait imaginer.

2. Présentation du Cameroun :

Afin de pouvoir comprendre ce rapport de stage, il semble essentiel de préciser la situation du Cameroun et de Douala en particulier, au niveau géographique, historique, politique, économique et démographique. Nous ne souhaitons pas ici faire une longue description du pays, mais donner quelques éléments qui nous semblent nécessaires. Nous aborderons ensuite le fonctionnement du système de santé.

A. Le Cameroun

Le Cameroun est un pays situé dans l'Afrique du centre-ouest, côtoyant l'océan Atlantique dans le golfe de Guinée. Sa capitale politique est Yaoundé. Il est considéré comme un pays de taille moyenne dans le continent. En 2009, la population était estimée à 19,5 millions d'habitants, mais ces chiffres sont incertains, à cause des difficultés de recensement.



Le pays est divisé en 10 régions. Il contient à l'ouest les Hauts-Plateaux, dont le mont Cameroun qui est le 9^e plus haut sommet de l'Afrique. A l'est, le Cameroun est largement recouvert par la forêt équatoriale qui est encore bien conservée. Le nord, formant une pointe entre le Nigeria et le Tchad, possède un climat beaucoup plus sec et chaud. La région du centre contient la ville de Yaoundé, quant à la ville de Douala, elle se situe dans la région du littoral. On parle souvent d'« Afrique en miniature » pour caractériser ce pays au climat et à la végétation très différents d'une région à l'autre, faisant penser ainsi aux autres pays du continent.

Aujourd'hui appelé la République du Cameroun (depuis 1985), le pays a été sous la domination de plusieurs pays successivement. Il a été découvert d'abord par les portugais et les hollandais. Ensuite, il est devenu un protectorat, puis une colonie de l'Allemagne (de 1884 à 1918), dont il reste encore beaucoup de traces. Suite à la défaite de celle-ci, à la fin de la première guerre mondiale, le pays s'est vu partagé en deux et est resté sous l'administration des français et des britanniques jusqu'en 1960 et 1963 respectivement lorsqu'il a obtenu l'indépendance. Il est de nos jours membre de l'Organisation internationale de la Francophonie ainsi que du Commonwealth.

Le français et l'anglais sont donc les deux langues officielles du pays, bien que le français soit bien plus répandu. Cependant, la population est divisée en 240 ethnies différentes et on estime donc qu'il y aurait le même nombre de langues nationales. Si le Cameroun est officiellement une république, la majorité du pouvoir est cependant entre les mains du président. Depuis 1982, le président du pays est Paul Biya, et il a été réélu pour un quatrième mandat en 2011.



Au niveau économique, le PIB par habitant est estimé pour 2011 à 2300\$, ce qui le place dans les 10 plus hauts PIB d'Afrique sub-saharienne. L'agriculture tient une place prépondérante pour la population qui cultive notamment le cacao, le coton, le café, les bananes et le tabac. En effet, le Cameroun possède une variété exceptionnelle de ressources naturelles. Celles-ci permettent également l'exploitation du pétrole, des ressources minières et forestières, mais aussi la pêche et l'élevage. Le tourisme est encore peu développé mais prend de plus en plus d'importance. C'est également le cas de l'industrie qui se concentre évidemment dans les zones urbaines.

Cependant, le Cameroun est freiné dans sa croissance par plusieurs facteurs, citons notamment une omniprésence de la corruption et un taux de chômage effrayant de 30%. En 2009, un tiers de la population vivait sous le seuil international de pauvreté (équivalent à 1,25 \$ par jour).

En théorie, l'école est obligatoire pour tous les enfants de moins de 11 ans, ce qui a permis d'obtenir un taux d'alphabétisation assez élevé, parmi les meilleurs de l'Afrique. Le taux d'alphabétisation varie selon les sources mais est estimé à 80% de la population selon l'UNICEF. Les femmes sont par contre moins bien loties que les hommes, car elles sont moins nombreuses à être scolarisées. La population est très jeune, puisqu'environ 41% des habitants ont moins de 15 ans. On peut donc estimer que la moitié de la population a moins de 20 ans. Selon l'OMS, en 2010, l'espérance de vie était de 51 ans.

Le Cameroun est un pays multiconfessionnel, et les religions principales sont : le christianisme en grande majorité, l'islam ensuite, puis d'autres minorités comme par exemple l'animisme.

B. Douala

La ville dans laquelle nous avons fait notre stage se nomme Douala. Elle est le chef-lieu de la région du Littoral et du département de Wouri et la capitale économique du Cameroun. Elle se situe au bord de l'océan, à l'embouchure du fleuve Wouri, et il n'existe qu'un seul pont pour le traverser (la ville s'étendant sur les deux rives). Nous devions d'ailleurs le traverser chaque matin pour atteindre le quartier de Bonassama. Il s'agit de l'un des plus grands ports du territoire.

La langue principale est le français. A Douala, la population est très mélangée et est composée de personnes provenant de nombreuses ethnies différentes. Ainsi, pour pouvoir se comprendre, les habitants de Douala parlent français la plupart du temps, et de même pour le personnel médical avec les patients.

Le climat est de type équatorial, c'est-à-dire humide et chaud. La température y est à peu près constante (aux alentours de 26°C) et les précipitations très abondantes, surtout lors de la saison des pluies de juin à octobre. Ce climat est par ailleurs propice au développement des moustiques et par conséquent du paludisme.



Au centre de l'image, le pont du Wouri.

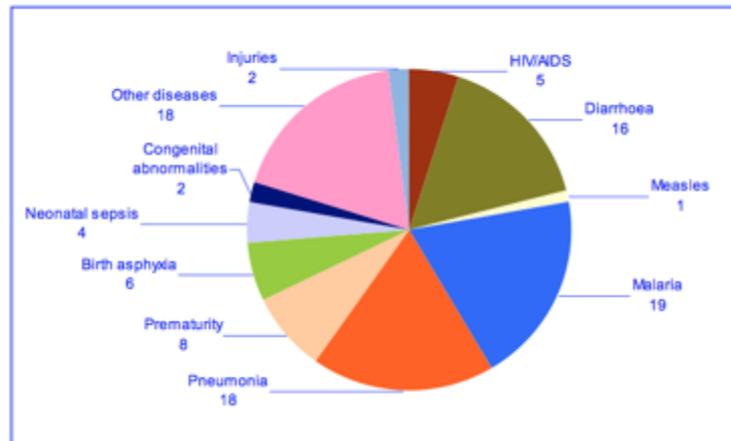
La population en 2005 était estimée à 2 millions d'habitants, ce qui fait de Douala la plus grande ville du Cameroun. Elle a par ailleurs subi une croissance récente due à l'exode rural de milliers de Camerounais. L'OMS estime que 58% de la population camerounaise habite actuellement dans des zones urbaines.

C. Le système de santé au Cameroun et à Douala

Au Cameroun, la santé publique est malheureusement encore un secteur qui présente de nombreuses lacunes. Même si dans certains domaines, bien des efforts ont déjà été faits, il reste encore un grand chemin à parcourir pour que toute la population ait accès à des soins acceptables. Le budget dédié à la santé est trop bas et il continue de diminuer. Celui-ci varie avec l'état économique du pays et il reste bien au-dessous des 10% du PIB préconisés par l'OMS. En 2009, seuls 5,6% du PIB étaient consacrés à la santé. Cela représente en moyenne 122\$ par habitant.

Il convient de citer quelques chiffres de l'OMS pour donner une idée de l'état de la santé des camerounais. Il a déjà été mentionné que la population camerounaise est une population jeune. En effet, comme dans la plupart des pays africains, le nombre de naissances par femme est élevé, bien qu'il soit en régression au Cameroun depuis quelques années. En 2010, une femme mettait au monde en moyenne 5,2 enfants, ce qui est moins que dans les pays alentours. Cependant, la mortalité infantile reste très élevée : 136 décès pour mille enfants de moins de cinq ans en 2010. La figure ci-dessous, publiée par l'OMS, représente les différentes causes de mortalité :

Figure 9 : Distribution of causes of death among children aged <5 years (%) in Cameroon, 2008



On peut deviner grâce à ce diagramme que les causes infectieuses sont encore la cause prédominante de ces décès. La mortalité maternelle reste aussi très importante : 690 décès pour 100'000 naissances. Pour citer quelques maladies qui sont un problème majeur, il est estimé que 5,1% de la population était infectée par le VIH en 2007. Heureusement, ce pourcentage diminue progressivement. La tuberculose et la malaria sont aussi très répandues. Le Cameroun est dans une zone endémique de la fièvre jaune et le choléra frappe de nombreuses personnes, surtout lors de la saison des pluies. A Douala, ville qui possède de nombreux marécages, c'est une préoccupation importante. L'humidité favorise aussi les maladies comme la bilharziose et la maladie du sommeil, toutes deux transmises par des insectes.

Les problèmes d'accès à l'eau potable restent encore d'actualité, bien que de nombreux efforts aient été faits de ce côté-là. En 2010, on estime qu'environ 80% de la population y a accès. Cependant, certaines zones rurales restent encore mal équipées.

Le système de santé camerounais peut être divisé en trois secteurs : le secteur public, le secteur privé mais aussi le secteur de la médecine traditionnelle. Comme notre stage concerne majoritairement le secteur public, nous allons essentiellement parler de celui-ci. Cependant, les deux autres secteurs ont une importance capitale au Cameroun.

Le secteur privé est composé d'établissements financés par des organisations religieuses ainsi que de cliniques privées. Les ONG font aussi partie de ce secteur. Les quatre hôpitaux du district que nous avons visités pour y récolter des données étaient financés soit par les catholiques, soit par les protestants. Souvent, les missionnaires oeuvrant au Cameroun créent des structures où on trouve au minimum une église, une école et un hôpital.

Le secteur de la médecine traditionnelle n'est en aucun cas à négliger dans un pays où la population y fait très souvent recours. Ce secteur est très peu contrôlé ou documenté, puisqu'il n'existe par exemple pas d'autorisation nécessaire pour être guérisseur. On sait que même la population qui a accès aux soins des hôpitaux de district consulte très souvent en même temps un guérisseur. Le secteur public peut être décrit comme un système pyramidal. Il existe trois niveaux à cette pyramide. A chaque niveau correspondent ensuite des hôpitaux de plus ou moins grande taille.

A la pointe de la pyramide, on trouve le niveau central dont font partie les services du ministère de la santé publique, qui dirigent la politique camerounaise en matière de santé publique. Ces services prennent en charge par exemple l'élaboration des stratégies en santé publique, la coordination et la régulation des structures de santé. A ce niveau correspondent les hôpitaux généraux de référence (il y en a deux au Cameroun : un à Douala et un autre à Yaoundé), les hôpitaux universitaires et les hôpitaux centraux (il y en a deux au Cameroun dont l'hôpital de Laquintinie à Douala).



Le niveau intermédiaire, lui, contient les délégations régionales de la santé publique et chacune des 10 régions du Cameroun en possède une. Ces délégations décident entre autre des programmes de santé, tels que les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose, la malaria, etc. Les hôpitaux correspondants sont les hôpitaux régionaux et il y en a un dans chaque région du Cameroun.

Le niveau périphérique représente le niveau opérationnel de ces programmes dans les districts de santé (qui sont les divisions des régions camerounaises). A ce niveau correspondent les hôpitaux de district, comme par exemple l'hôpital de district de Bonassama, où nous avons fait notre stage. Douala possède en tout 19 districts de santé, eux-mêmes encore divisés en aires de santé. Le district de Bonassama possède 11 aires de santé ce qui correspond environ à 300'000 habitants.



Aires de santé du district de Bonassama

A chaque niveau de la pyramide ont été créées des structures de dialogue, intégrant des personnes élues dans la communauté, afin de permettre une communication entre le personnel soignant et la population. Un grand nombre de thèmes concernant la santé publique sont abordés lors des réunions de ces comités, comme par exemple les problèmes liés à l'accès à l'eau potable, ou à des niveaux plus hauts, la redistribution des médicaments.

Dans un district de santé (comme par exemple le district de Bonassama), il y a des structures sanitaires de tailles très différentes. Les plus petites structures ne contiennent pas de médecin, ce sont les CSI (centres de santé intégrés) où un personnel infirmier procure des soins de base. En théorie, chaque habitant doit avoir accès à un CSI dans un rayon de 5 km. Si cela n'est pas le cas, il existe des CSA (centres de santé ambulatoires) qui se déplacent dans les régions les plus reculées. Ensuite, on trouve des CMA (centres médicaux d'arrondissement) qui ont le même rôle que les CSI, mais où on trouve en plus un médecin.

Finalement, les structures les plus grandes sont les hôpitaux de district, où il y a plusieurs médecins et médecins spécialistes. A chaque étape, si le patient nécessite des soins plus poussés, il sera référé à une structure plus grande. De même, si l'hôpital de district est dépassé, le patient sera référé aux hôpitaux régionaux, puis aux hôpitaux centraux ou généraux. Cela dépendra aussi de la somme qu'il est capable de payer pour les soins dont il a besoin.

Dans le district de Bonassama, il y a en tout 41 formations sanitaires. On trouve par ordre de taille : 1 hôpital de district et 3 hôpitaux de district assimilés, 3 CMA et 8 CMA assimilés, et enfin 1 CSI et 25 CSI assimilés. Les structures assimilées sont privées, la plupart de nature confessionnelle et quelques-unes laïques.

Le financement du système camerounais provient de plusieurs sources. Il y a tout d'abord le budget de l'état dédié à la santé. Ensuite, comme il n'existe que très peu de personnes assurées au Cameroun, la majorité de la population doit payer les consultations, les hospitalisations et les médicaments de sa poche. Il existe quelques prestations gratuites, comme par exemple les vaccinations pour les enfants de moins de 11 mois, les traitements antituberculeux et les antirétroviraux qui sont les seuls médicaments gratuits. Seules certaines personnes plus fortunées possèdent une assurance, souvent payée par l'entreprise qui les emploie. Ceci reste pourtant rare. Le reste du financement du système de santé est assuré par des ONG, des aides extérieures ou des sociétés privées.

Du fait que les malades doivent payer leurs frais médicaux, beaucoup d'entre eux y renoncent par manque d'argent. Ceci pose encore un réel problème, d'autant plus que la majorité d'entre eux se tourne alors plutôt vers la médecine traditionnelle. Quant aux médicaments, c'est une préoccupation similaire, car beaucoup de gens les achètent en dehors des structures contrôlées, sur les marchés ou dans la rue. Sachant qu'au Cameroun, une grande partie des médicaments provient d'importations illégales et non-contrôlées, on peut bien imaginer les problèmes que cela peut causer. Ces médicaments sont souvent périmés ou ne contiennent pas de principes actifs.

3. Présentation de l'hôpital de Bonassama :

A. Structure

L'hôpital de District de Bonassama s'étale sur un hectare et demi de terrain et est composé de neuf bâtiments distincts disposés en rectangle. Il y a également un petit kiosque où l'on peut acheter à boire, à manger et autres. La surveillante générale Martha Udobang nous a fait visiter les lieux en début de stage. Chaque bâtiment représente une unité ou plus et chaque unité est dirigée par un(e) major infirmier(e). Les « salles d'attente » de chaque bâtiment se constituent de quelques bancs alignés contre les murs des couloirs. Finalement, chaque bâtiment a quelques petites salles contenant une dizaine de lits où l'on peut hospitaliser les malades les plus graves nécessitant des soins continus et un suivi rapproché. Evidemment, il ne s'agit que de quelques rares places ; des lits supplémentaires se trouvent parfois dans les couloirs.

Le premier bâtiment dans lequel nous sommes entrées à notre arrivée se compose de l'accueil et de la pharmacie. A l'intérieur se trouve également une salle de réunion, dans laquelle des cours ou des informations sont donnés (que ce soit aux étudiants ou au personnel soignant), et une partie de la banque de sang. Le deuxième bâtiment, qui forme un « L », est celui de la médecine externe. Il contient les bureaux du chirurgien et du gynécologue et la deuxième partie de la banque de sang. Il y a également le laboratoire de biologie, un dentiste, deux hospices, la salle des infirmiers ainsi que le bureau du major en médecine.



Puis, nous avons rapidement aperçu lors de notre visite le bâtiment de radiologie et le centre du choléra, lequel était vide lors de notre séjour puisqu'il n'y avait pas d'épidémie de choléra en cours. Nous n'avons pas du tout été confrontées à l'unité de radiologie ce qui est, rétrospectivement, dommage car son fonctionnement dans cet hôpital nous intéressait tout de même.

Le cinquième bâtiment de l'hôpital est celui de la chirurgie externe, des urgences et des soins intensifs. Il contient le bloc opératoire, le secrétariat général et le bureau du major de chirurgie. Puis, en face de la médecine externe se trouve le bâtiment de pédiatrie, néonatalogie et maternité dans lequel nous avons passé le plus clair de notre stage vus nos objectifs. Il est composé de deux étages, le deuxième étage étant le haut standing où l'on pratique la vaccination. Au premier étage se trouve le reste, c'est-à-dire la maternité, la néonatalogie et la pédiatrie. Nous y reviendrons plus en détail dans un chapitre suivant.

Le septième bâtiment se compose de la morgue et de la caisse. La corruption étant fortement combattue dans tous les hôpitaux, il est impératif que les patients paient leur consultation et leurs médicaments à la caisse et qu'ils ne donnent pas leur argent directement aux employés. C'est également à la caisse que le patient peut retirer son carnet de santé (s'il n'en a pas déjà pris un avec lui) dans lequel la consultation, le suivi ainsi que les prescriptions sont notés.

Finalement, les deux derniers bâtiments de l'hôpital, un peu en retrait du rectangle formé par les autres, sont la cantine et la direction. Nous n'avons jamais mangé à la cantine de l'hôpital car nous préférons acheter notre nourriture et faire nos sandwiches. Par ailleurs, nous goutions chaque soir les plats locaux à la Procure des Missions Catholiques où nous étions hébergées. La direction quant à elle se compose des bureaux de la directrice et du médecin chef de District, chacun ayant également une secrétaire. Nous avons passé un certain temps dans le bureau du médecin chef le docteur Valéry N'Zima pour des raisons administratives. De plus, il tenait à suivre l'évolution de notre stage et nous aiguillait au fur et à mesure.

B. Fonctionnement

Devant l'entrée à l'intérieur de l'hôpital, planté dans un carré d'herbe, se trouvait un grand panneau bleu indiquant la prise en charge des patients dans l'hôpital afin de guider les nouveaux venus. Il signalait également, à l'aide d'un schéma et d'un descriptif, la position des bâtiments et leurs unités ou fonctions (c.f. image ci-après).



Le patient est tout d'abord amené à se présenter à la caisse où il reçoit son carnet de santé s'il n'en a pas amené un. Puis, il va attendre dans le bâtiment d'à côté, à l'accueil. Il faut noter que l'attente fait partie de la prise en charge, dans le sens où il est normal d'attendre deux voire trois heures, ce qui est intolérable dans notre pays. Dans ce bâtiment le patient sera pris en charge par un médecin qui, après un bref examen (prise du poids, de la tension, des symptômes), l'orientera vers un généraliste, un spécialiste ou une sage femme. Finalement, après certaines analyses si nécessaires, le patient revoit un médecin puis se fait soit hospitaliser, soit raccompagner à la pharmacie puis à la sortie en passant par la caisse. A ce moment-là, il retire les médicaments qu'on lui a prescrit (il y a une liste des médicaments et de leur prix affichée sur le mur) et va payer toute sa prise en charge à la caisse.

De ce fait, le patient fait un circuit complet dans l'hôpital, lequel commence et se termine à la caisse. Comme dit précédemment, seuls les riches (allant surtout au grand Hôpital Général) possèdent une assurance maladie. Par conséquent la plupart des malades que nous avons rencontrés à l'hôpital de District (qui est un petit hôpital) n'étaient pas assurés et payaient leur prise en charge et leur traitement cash. La corruption étant heureusement très combattue mais également très sournoise, nous avons pu parfois remarquer quelques billets se faufiler de main en main dans les services.

Nous pouvons dénombrer dans les effectifs de l'hôpital 114 personnes qui constituent le personnel médical, 80 personnes gérant le paramédical, ainsi que du personnel d'appui, des techniciens de surface et des gardiens. Le personnel de l'hôpital de District de Bonassama est hiérarchisé de la manière suivante : tout d'abord, celui qui gère tous les hôpitaux du District est le médecin chef du District, en l'occurrence le docteur N'Zima. Avec sa secrétaire et ses assistants, il gère les problèmes survenant dans les hôpitaux, s'occupe de l'administration et suit les projets en cours. Ensuite, on trouve la directrice de l'hôpital dans lequel nous étions, Alice N'kongo qui est également médecin. Elle est au courant de tout ce qui se passe et c'est à elle que l'on devait faire signer les notes de service nous permettant d'emprunter l'ambulance pour se déplacer dans d'autres hôpitaux du District. Nous avons eu beaucoup plus de contact avec le docteur N'Zima qu'avec la directrice, qui n'était pas souvent disponible et qui était moins en relation avec notre travail à l'hôpital en lui-même.

Puis se trouvent les chefs de service, qui sont des médecins. Dans notre hôpital se trouvent sept médecins spécialistes ainsi que sept médecins généralistes. Chez les spécialistes il y a deux chirurgiens, une pédiatre (le Dr. Kedy Koum avec laquelle nous avons travaillé), un gynécologue-obstétricien, un médecin urgentiste (qui gère les soins intensifs et les urgences), un médecin biologiste pour le labo et la banque de sang ainsi qu'un cardiologue. Dans les médecins généralistes, un médecin s'occupe seul du service du VIH.

En-dessous dans la pyramide se trouve la secrétaire générale Martha Udobang qui est infirmière. Elle est anglophone mais se débrouille très bien en français (le Cameroun étant bilingue). Elle est également très énergique et passe de service en service, suit les rondes hebdomadaires se déroulant le mardi matin, gère le personnel. Nous avons eu peu de contact avec elle après qu'elle nous ait fait visiter l'hôpital en début de séjour. Finalement, on trouve l'effectif comprenant notamment les techniciens de surface, les gardiens, etc.

Il serait très difficile, sinon impossible, de comparer le système de santé ainsi que le fonctionnement d'un hôpital de District du Cameroun avec un hôpital de Suisse. En effet, les différences de gestion et de prise en charge sont si énormes qu'il est préférable de les distinguer plutôt que de les comparer. Ce court séjour de six semaines nous a permis de nous confronter à la réalité de ces milieux pauvres en région africaine. Ainsi, nous avons été frappées par le manque de moyens, de personnel, de lits, de matériel et de tant d'autres choses. Ce stage nous a permis de réaliser à quel point nous avons de la chance d'étudier, et plus tard d'exercer, dans un pays aussi riche que la Suisse. Nous espérons que ce voyage nous a donné une expérience, nouvelle et unique, qui pourra nous être utile dans notre futur métier et qui restera dans un coin de notre tête, comme un rappel à la réalité du tiers monde.

C. La pédiatrie – maternité

Il s'agit du bâtiment dans lequel nous avons passé le plus de temps lors de notre stage. En effet, puisque nous travaillions sur le projet « Kangaroo Mother Care », qui s'occupe des prématurés, nous avons surtout observé le fonctionnement de ces unités-là plutôt que des autres. De plus, le questionnaire que nous avons rédigé en milieu de stage était destiné aux mères, que nous avons trouvées surtout patientant en pédiatrie ou en vaccination.



Nous pouvons dire que ce bâtiment contient quatre unités spécifiques. Tout d'abord il y a la maternité au rez-de-chaussée (à gauche de l'entrée). Elle contient une salle d'accouchement avec deux tables d'accouchement, ainsi que deux ou trois salles d'hospitalisation dans lesquelles les mères séjournent un certain nombre de jours après la naissance suivant les soins nécessaires. Mais parfois une femme peut décider de rentrer chez elle dans les heures qui suivent, ce qui est souvent le cas. En général, si elle a accouché par césarienne le temps de rémission est d'une semaine. La maternité contient également une salle de réanimation néonatale, équipée d'une trousse de secours (Hopirub, gants, masque à oxygène adapté, matériel d'injection, etc.), d'une table radiante et d'un stéthoscope. Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'assister à un accouchement par voie basse par manque de temps, mais nous avons tout de même observé une césarienne au bloc opératoire.

Egalement au rez-de-chaussée (à droite de l'entrée) se trouvent la néonatalogie et la pédiatrie. Il y a deux salles de six lits chacune exclusivement dédiées à la pédiatrie, et seulement une salle d'une dizaine de places pour les nouveau-nés de zéro à trois mois. Certains lits sont encore disposés en-dehors des chambres, dans le couloir, s'il n'y a plus de place pour un ou deux enfants. Il y a une salle de réanimation au fond du couloir, contenant une table radiante, de l'oxygène et un réfrigérateur. Nous avons souvent remarqué des coupures de courant qui rendaient difficile le traitement des nouveau-nés par manque de chaleur.

Finalement, l'étage contient quelques salles de consultations pédiatriques et des chambres d'hospitalisation, mais est en grande partie réservé à la vaccination. En effet, le « haut-standing » est très occupé surtout les lundis et les vendredis, car c'est là que les parents amènent leur enfant se faire vacciner contre les maladies du PEV. Les parents eux-mêmes peuvent aussi en bénéficier s'ils le souhaitent, mais la vaccination n'est gratuite que pour les bébés jusqu'à onze mois (nous allons en discuter plus tard).

Par ailleurs, la major en pédiatrie profite de ces moments de réunion des parents pour organiser des causeries éducatives afin d'aider les jeunes parents. Par exemple, elle discute avec eux (surtout avec elles, car il y a peu de pères) des soins à apporter au nouveau venu à la maison, de l'importance de la propreté et surtout de la vaccination. Elle distribue une feuille contenant les informations principales sur le type de vaccin, le nombre de doses, l'âge propice à chaque vaccin. Puis, la major explique avec beaucoup de tonus (sans doute afin de marquer les esprits) les bienfaits de la vaccination, le combat face aux épidémies auquel chacun doit participer, et même comment marche un vaccin.



La prise en charge spécifique dans ce bâtiment se fait de la manière suivante : tout d'abord le parent, doit mesurer la température de l'enfant avec un thermomètre dans le couloir/salle d'attente. Puis, il doit aller vers l'infirmière afin qu'elle la note dans le carnet de santé de l'enfant ainsi que dans le registre. Elle pèse le bébé et note également le poids. L'infirmière redirige ensuite le parent vers un médecin. Souvent, il y a encore de l'attente à ce moment-là. Après la consultation seul-à-seul avec le médecin (ou avec un étudiant en médecine), comprenant une anamnèse et un examen physique, celui-ci décide du traitement ainsi que de la nécessité d'une hospitalisation ou non. Finalement le parent peut terminer son circuit à la pharmacie puis à la caisse, ou faire admettre son enfant à l'hôpital.

4. [Stratégie avancée](#) :

A. Description et déroulement

Au début de notre stage, le médecin chef de District nous a proposé de participer à un programme qui se nomme «stratégie avancée». Lors de la stratégie avancée, une équipe constituée de trois personnes dont une infirmière, se rend dans un des arrondissements du district de Bonassama, afin de vacciner gratuitement les enfants directement sur le terrain. En effet, de nombreuses mamans ne peuvent pas ou ne souhaitent pas emmener leurs enfants dans les postes de santé afin de les faire vacciner gratuitement. Le but de la stratégie avancée est donc d'aller dans les différents quartiers pour s'assurer que les enfants qui sont en âge de bénéficier des vaccins gratuits sont correctement vaccinés et dans le cas contraire, d'effectuer les vaccins non-faits pour respecter le calendrier vaccinal.



Parmi les raisons évoquées pour expliquer ce manquement on trouve d'abord des difficultés d'accès aux hôpitaux, car les mamans n'ont souvent pas les moyens financiers pour faire le déplacement. Deuxièmement, les mères des nourrissons, qui travaillent souvent dans les champs pour gagner de l'argent, ne peuvent pas se permettre de perdre une demi-journée de travail car cela représenterait une perte financière trop grande. Pour terminer, certains parents ne comprennent pas les bénéfices de la vaccination et pensent que tant que leur enfant est en bonne santé, se déplacer dans les centres de santé représente une perte de temps et d'argent.

Nous nous sommes donc rendues à Sodiko, une des aires du district de Bonassama. Nous avons d'abord visité un petit centre médical de cet arrondissement, où nous avons rencontré l'infirmière qui vaccine les enfants sur le terrain. Puis, nous sommes parties avec les trois personnes de la stratégie avancée dans les quartiers situés en périphérie de la ville.



Dans ces quartiers, l'équipe de vaccination s'est rendue dans les différentes habitations afin de vérifier les fiches de suivi de vaccination des nourrissons. Lorsque celles-ci n'étaient pas à jour, l'infirmière a procédé aux vaccinations manquantes selon l'âge de l'enfant.

B. Programme élargi de vaccination (PEV)

Le Cameroun a mis en place un programme de vaccination des enfants jusqu'à l'âge de 11 mois, afin que ceux-ci puissent bénéficier gratuitement de vaccins. C'est un programme financé par l'état qui se base sur quatre maladies (maladies du PEV) touchant fortement les enfants du pays, qui sont :

- La rougeole.
- La fièvre jaune.
- Les paralysies flasques aiguës (PFA).
- Le tétanos néonatal.

Le programme élargi de vaccination (PEV) vise à contrôler les épidémies de rougeoles, à éliminer le tétanos néonatal et à éradiquer la poliomyélite, tout cela afin de diminuer la mortalité infantile, encore trop élevée dans le pays. Pour cela, plusieurs vaccins ont été mis à disposition gratuitement selon un calendrier de vaccination spécifique. Ce calendrier, dit « du PEV » est le suivant :

	BCG	Polio (oral)	Diphtérie	Tétanos	Coqueluche	Hépatite B	Heamophilus influenza b (Hib)	Rougeole	Fièvre Jaune
Naissance	✓	✓							
6 semaines		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
10 semaines		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
14 semaines		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
9 mois								✓	✓

Notons que les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et HiB sont administrés en une seule injection.

Grâce au PEV, les mamans peuvent donc faire vacciner leurs enfants gratuitement jusqu'à 11 mois dans les hôpitaux ou les centres de santé. Bien sûr, la vaccination devrait se poursuivre au delà des 11 mois de l'enfant, mais comme elle n'est plus gratuite, le personnel de santé ne peut qu'expliquer à la mère qu'il est important de continuer à vacciner son enfant et l'encourager à le faire. Ainsi, seules les familles qui ont les moyens financiers de vacciner leurs enfants au delà de 11 mois le font, ce qui représente une minorité de personnes.



Le programme élargi de vaccination met également à disposition des vaccins pour les femmes enceintes, mais c'est un aspect du programme que nous n'avons pas eu la chance d'approfondir.

Lors de la stratégie avancée, l'infirmière que nous avons suivie utilisait donc les vaccins du PEV cités ci-dessus, selon l'âge de l'enfant.

C. Impressions personnelles

Nous avons beaucoup apprécié suivre l'équipe de la stratégie avancée car cela nous a permis de nous rendre compte des conditions dans lesquelles vivent les personnes logeant dans les «quartiers» de Douala. De plus, nous avons pu en savoir plus sur les stratégies de vaccinations mises en place dans le pays, et sur les moyens mis en œuvre pour vacciner le plus d'enfants possible, même si il faut se déplacer dans les quartiers excentrés de la ville.

Ce qui nous a particulièrement interpellées, c'est le ton que prennent parfois les personnes de la stratégie avancée pour expliquer aux mamans qu'il est important de vacciner leur enfant. En effet, ils n'hésitent pas à montrer clairement leur mécontentement et même à utiliser un ton moralisateur avec les mamans qui ne se sont pas déplacées dans les centres de santé pour vacciner leurs enfants. C'est un type de communication, basé sur la culpabilisation, qui n'est pas utilisé en Suisse entre soignants et patients, c'est pour cela que nous avons été déstabilisées.

5. Surveillance active :

La surveillance active est un autre programme de promotion de la santé, mis en place dans le district de Bonassama. Lors de cette surveillance, des personnes qui font partie de l'équipe du médecin chef de district se déplacent dans les différents hôpitaux du district afin de procéder aux vérifications suivantes :

- Dénombrement des nouveaux cas de maladies du PEV depuis la dernière visite.
- Recherche dans les registres de consultation des cas manqués de maladies du PEV (rougeole, paralysies flasques aiguës, tétanos néonatal et fièvre jaune).
- Vérification de la température du réfrigérateur qui contient le matériel de vaccination.
- Vérification de la disposition des différents vaccins dans le réfrigérateur.
- Vérification de la concordance diluants – vaccins.
- Affichage de la courbe de monitoring de la couverture vaccinale.
- Vérification de l'affichage des définitions des cas de maladies du PEV (annexe n°1).

Les équipes de la surveillance active se déplacent dans les différents hôpitaux (28 formations sanitaires visitées au total) selon un planning strict (annexe n°2), qui classe les différentes structures sanitaires en quatre groupes : haute priorité, moyenne priorité, faible priorité et très faible priorité.

Les établissements de haute priorité sont surveillés une fois par semaine, ceux de moyenne priorité deux fois par mois, ceux de faible priorité une fois par mois et ceux de très faible priorité tous les trois mois. Lors de chaque visite, la personne chargée d'effectuer la surveillance doit remplir un document officiel, et spécifier les points forts, les points faibles et les recommandations destinées à la structure sanitaire ou à l'hôpital.



Nous avons pu participer à la surveillance active à deux reprises. Une première fois dans l'hôpital de district de Bonassama, où nous avons effectué notre stage et une seconde fois à l'hôpital Saint-Albert LeGrand, deux structures sanitaires de haute priorité. Dans les deux hôpitaux, nous avons commencé par analyser le registre des admissions, afin de trouver des symptômes qui correspondent à l'une des maladies cibles du PEV (rougeole, fièvre jaune, paralysies flasques aiguës et tétanos néonatal). Après cela, nous avons contrôlé les réfrigérateurs qui contiennent les stocks de vaccins : température, disposition etc. Pour terminer, nous avons vérifié que la feuille de définition des cas de maladies du PEV était bien affichée dans l'hôpital.

Lors de ces visites, nous avons senti que certains médecins auxquels nous avons emprunté les registres ne voyaient pas d'un bon œil cette surveillance et se sentaient contrôlés. Cependant, la plupart du personnel soignant avait l'air d'avoir l'habitude de ce genre de surveillance, et collaborait parfaitement avec le membre de l'équipe du médecin chef de district. Nous avons eu du mal à estimer les bénéfices de ces interventions sur le long terme car il nous a été impossible de vérifier si les recommandations faites étaient appliquées.

6. [Projet Kangourou de l'hôpital de Bonassama](#) :

A. *Présentation de la méthode*

La méthode « mère kangourou » ou « kangaroo mother care » a été développée en Colombie en 1978. Elle consiste pour les mères à porter leur bébé prématuré contre leur poitrine, peau contre peau, 24 heures sur 24. Cette méthode a été développée à l'origine par un pédiatre pour pallier au manque de couveuses dans une maternité de Bogotá, où le nombre de naissances était très élevé. La méthode s'est ensuite étendue à d'autres hôpitaux dont celui de Laquintinie à Douala, au Cameroun.

Pour pouvoir être porté en kangourou, l'état du bébé prématuré doit être stabilisé et il doit peser moins de 2'000 grammes. On propose donc la méthode aux mères de ces bébés et si elles acceptent, on leur explique comment porter l'enfant en kangourou. Les mamans doivent acheter la poche nécessaire pour porter l'enfant, qui coûte 2'500 francs CFA, ce qui équivaut à 4.50 CHF. C'est une poche en tissu synthétique élastique.



Tout adulte en bonne santé peut porter l'enfant prématuré en kangourou. Mais c'est la mère qui pratique majoritairement la méthode. Pour porter son bébé en kangourou, la mère doit d'abord laver sa peau en contact avec le bébé, afin d'éliminer tout parfum ou huile présents sur la peau. De plus, elle doit être en bonne santé. Puis, il faut mettre des chaussons aux pieds du bébé, ainsi qu'un lange et un bonnet. La maman place ensuite l'enfant au niveau de sa poitrine, avec les pieds du bébé situé au dessous des seins de la mère et ses mains au dessus. Elle rabat ensuite la poche kangourou sur le bébé et elle doit ensuite rester en position semi-assise. Dans l'idéal, l'enfant devrait être porté 24 heures sur 24, que ce soit par la mère ou par un autre adulte en bonne santé. Cette deuxième personne peut la relayer, afin qu'elle puisse manger ou se laver.

Le but de cette méthode est de diminuer la mortalité et la morbidité des enfants prématurés. En effet, la mère transmet sa chaleur corporelle à l'enfant, ce qui diminue le risque d'hypothermie, une des causes fréquentes de mortalité chez les nouveau-nés prématurés. Cette méthode semble également diminuer la mortalité liée aux complications de la naissance pré-terme, comme le démontrent plusieurs études qui ont été effectuées, afin de déterminer l'efficacité de la méthode sur le développement des bébés prématurés, en comparaison avec la couveuse. L'une de ces études est une méta-analyse¹ qui montre que le taux de mortalité des enfants prématurés de moins de 2'000 grammes diminue significativement si leur mère pratique la méthode kangourou, en comparaison avec la couveuse. En effet, le risque relatif de décès des nouveau-nés est de 0.68 si on applique la méthode kangourou, en comparaison avec l'utilisation de la couveuse exclusivement.

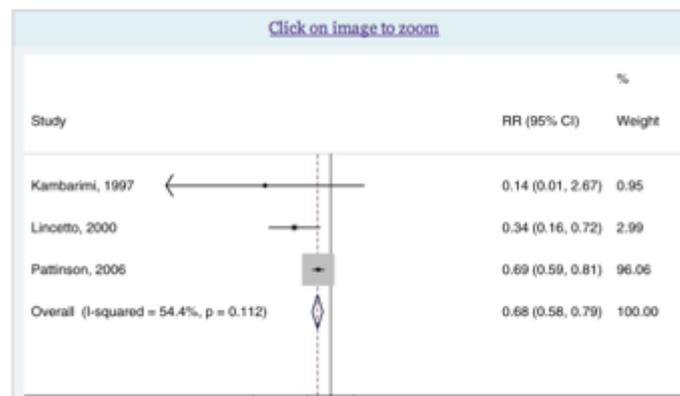


Figure 1 - A meta-analysis of three observational trials comparing KMC with standard incubator care showing cause specific mortality effect for babies of birthweight <2000 g (assumed to be deaths due to direct complications of preterm birth)

Plusieurs autres études ont été publiées et elles montrent toutes les bénéfices de la méthode kangourou sur la mortalité et la morbidité des nouveau-nés prématurés. C'est donc une méthode simple qui peut facilement être appliquée dans les pays en voie de développement, où le manque de moyens financiers et donc matériels est important.

B. Critères d'éligibilité

Commençons tout d'abord par quelques généralités sur la notion de prématurité. Un prématuré se définit par sa naissance avant terme, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée révolues (huit mois de grossesse), quelque soit le poids. Puis, on peut appeler « grand prématuré » un enfant qui naît avant 30 semaines d'aménorrhée et « très grand prématuré » un bébé qui naît avant 28 semaines d'aménorrhée. Malgré tout, en pratique le poids permet de définir la gravité de prématurité et permet de faire un suivi régulier de l'évolution de son état. Plus un bébé naît tôt, plus sa viabilité est remise en cause par manque de maturité de ses organes.

¹ 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845870/?tool=pubmed>

Afin que la méthode Kangourou soit appliquée efficacement et uniquement aux prématurés qui en ont besoin, il existe certains critères d'éligibilité à la méthode. Les bébés sont sélectionnés de manière à ce que l'évolution de leur poids soit le plus favorable, dans un milieu le plus sain possible. S'ils ne remplissent pas les critères, ils sont simplement gardés en couveuse.

Les critères peuvent être divisés en deux catégories : ceux du bébé et ceux de la famille qui l'entoure, c'est-à-dire principalement les parents. Tout d'abord, un bébé éligible à la méthode kangourou doit peser moins de deux kilogrammes (ce qui permet au parent de porter l'enfant contre lui sans qu'il ne risque de sortir de la poche). Il doit aussi être stable hémodynamiquement. Il doit être capable de manger, de réguler sa température ainsi que de respirer sans risque élevé d'apnées. Le bébé doit être hors de danger afin de suivre la méthode Kangourou, mais peut recevoir des médicaments lorsqu'il est dans la poche. Les problèmes rencontrés le plus souvent chez les prématurés et qui sont à régler avant d'appliquer la méthode sont l'hypoglycémie et l'infection. Finalement, il faudrait que le nouveau-né arrive à prendre 10 g/kg/jour afin qu'il puisse poursuivre la méthode.

Les critères des personnes qui entourent le prématuré sont surtout hygiéniques et psychologiques. Tout d'abord le parent (souvent la mère) doit recevoir une explication claire sur la méthode Kangourou et accepter de la faire avec tous les inconvénients qui en découlent. Par exemple, idéalement le parent devrait porter le bébé 24h/24, mais en réalité, si il arrive à le porter douze à quinze heures dans une journée, c'est déjà bien. Un autre critère, qui n'est malheureusement pas toujours rempli, est le fait d'être assisté d'au moins deux proches qui pourraient relayer le parent pour porter l'enfant ainsi que le soutenir dans sa démarche. En effet, le parent doit également accepter de continuer régulièrement la méthode Kangourou à sa sortie de l'hôpital, à la maison, sans une surveillance médicale quotidienne. Finalement, la personne est tenue d'être en bonne santé générale, de se laver les mains et le corps régulièrement, de ne pas mettre de parfum, d'huile ni plus généralement d'odeur forte sur sa peau qui pourraient irriter le prématuré. Elle ne peut également pas porter de bijou.

En général, ces critères sont plutôt théoriques et ne sont souvent pas tous remplis. Par manque de couveuses, le personnel médical a tendance à accepter plus de cas pour suivre la méthode Kangourou afin d'améliorer la survie des prématurés. Sur une dizaine de cas proposés pour la méthode à Laquintinie, il y a statistiquement trois bébés refusés. Les causes de refus majeures sont le refus de la mère (et une mère qui refuse peut aussi convaincre les autres mamans, ce qui amène à des vagues de refus), les naissances gémellaires, les problèmes financiers de la famille du bébé, la longueur et la difficulté de la méthode, le refus de la mère d'arrêter son travail, le manque de temps ou la crainte pour la santé de l'enfant. Au final, l'hôpital Laquintinie sauve environ trente à quarante prématurés par mois grâce à cette méthode.

Le nombre de jours qu'une mère passe à appliquer la méthode Kangourou en intra-hospitalier dépend de l'importance de la prématurité du bébé, de sa capacité à prendre du poids ainsi que de l'évolution de sa santé. Les premiers jours, afin que la mère apprenne à utiliser la méthode, elle porte l'enfant une heure ou deux puis le remet dans la couveuse. Puis, le jour suivant, elle augmente le temps de port. En général, les parents peuvent ramener leur enfant à la maison lorsqu'il a pris suffisamment de poids et qu'il n'y a aucun obstacle médical. Lorsqu'ils peuvent rentrer chez eux, il faut que les parents continuent la méthode comme ils l'ont apprise à l'hôpital. Malheureusement, parfois ils abandonnent en extrahospitalier. L'équipe médicale de Laquintinie fait parfois des visites à domiciles inopinées afin d'observer l'évolution de la prise en charge du prématuré. Finalement, après 40 semaines de vie les bébés commencent à beaucoup bouger dans la poche, ce qui marque la fin de la méthode Kangourou et le début d'une vie familiale « normale ».

C. Observation du fonctionnement à l'hôpital Laquintinie

Nous sommes allées observer comment la méthode Kangourou a été adaptée dans l'hôpital Laquintinie de Douala. Nous avons suivi le Dr. Koum une première journée pendant laquelle elle nous a présentées au personnel en maternité. Puis nous y sommes retournées une deuxième journée seules afin de compléter nos connaissances et nos données sur la méthode « Kangaroo Mother Care ». Grâce à ces visites, nous avons pu observer de vraies mères kangourou pratiquer la méthode et avons beaucoup appris sur le déroulement de la prise en charge ainsi que sur les craintes des parents.

Tous les matins, le Dr. Gokana qui est pédiatre à Laquintinie fait le suivi des prématurés qui sont dans son service. Elle évalue leur évolution au niveau neurologique ainsi qu'au niveau de leur poids, note le tout dans leur carnet de santé et prescrit les médicaments en cas de maladie. Si des nouveau-nés sont éligibles pour la méthode Kangourou, elle prescrit également de débiter la méthode. Dans ce cas, c'est l'infirmière Delphine Tadem qui prend en charge l'explication à la mère et ses débuts en tant que « mère Kangourou ». Elle est présente à Laquintinie depuis la mise en place de la méthode et connaît tout sur celle-ci. Elle a évidemment suivi la formation comme toute l'équipe qui travaille autour des parents Kangourou, ce qui leur permet d'avoir un même langage et de ne pas se contredire.

L'infirmière Tadem rencontre la famille qui entourera le prématuré et donne des explications simples et adaptées à leur niveau scolaire (surtout celui de la mère). Elle fait attention à ce que la mère ait bien compris tous les enjeux, les avantages, les inconvénients ainsi que la pratique de la méthode. Elle commence en général par une question simple : « savez-vous ce qu'est un kangourou ? ». Pour nous, le rapport entre la méthode et l'animal est évident puisque nous connaissons les caractéristiques du kangourou. Mais souvent les africains n'en ont jamais vu et sont déconcertés par le nom de cette méthode. Il est donc important que l'équipe de pédiatrie informe les parents, grâce à une image, un descriptif ou un dessin, sur la vie et les caractéristiques des kangourous afin qu'ils comprennent la méthode plus aisément. Par ailleurs, tous les mercredis l'infirmière Tadem organise une causerie éducative ayant à chaque fois un thème différent. Parfois il s'agit de la méthode Kangourou. Cela permet d'informer en continu les patients de l'hôpital.

Juste à côté de la salle des prématurés contenant les couveuses et les radiantés (il y a actuellement trois couveuses et dix berceaux, souvent partagés par plusieurs prématurés ce qui augmente les risques de contamination), il y a une « salle Kangourou » renfermant une dizaine de lits. Cette chambre est réservée aux parents Kangourou uniquement et permet à ceux-ci d'être proches des couveuses ainsi que de l'équipe de pédiatrie. Une partie du mur a été remplacée par une vitre à travers laquelle les parents peuvent voir leur bébé en couveuse. Les lits permettent aux mères de se reposer ou de mettre leur enfant en Kangourou, car il est préférable d'être couché ou semi-assis pour pratiquer la méthode.

Les premiers jours, l'équipe d'infirmières assiste la maman dans la mise en place du bébé contre sa peau ce qui permet d'éviter les accidents (une cyanose est vite arrivée si le prématuré est très petit, est mal placé et a du mal à respirer) et permet de répondre aux questions de la famille qui a souvent des craintes. Petit-à-petit, les parents se familiarisent avec cette nouvelle situation et deviennent plus indépendants. Mais les infirmières sont toujours là pour vérifier que tout se déroule normalement et pour motiver la mère à porter son bébé le plus souvent possible.

Au bout d'un certain nombre de jours, lorsque le bébé commence à être bien stable, qu'il prend du poids et que les parents maîtrisent suffisamment la méthode Kangourou, la famille peut rentrer à la maison. Il est important que les parents continuent à pratiquer la méthode en extra-hospitalier afin que l'enfant se développe de façon optimale et que ses chances de survie soient maximales. La pédiatre donne rendez-vous aux parents pour un suivi, puis les laisse partir. Plus le bébé prend du poids, plus les visites à l'hôpital sont espacées.

Parfois il est difficile pour la mère de revenir souvent à l'hôpital, soit parce qu'elle habite loin, soit par manque de moyens. Pourtant, il y a 95% de fidélité chez les mamans Kangourou par rapport au suivi à l'hôpital Laquintinie, ce qui est très motivant pour continuer à pratiquer cette méthode.

Finalement, lorsque le bébé atteint 40 semaines, un poids plus ou moins normal et qu'il commence à gigoter dans sa poche, il est temps d'arrêter la méthode Kangourou et de prendre soin de l'enfant normalement, en-dehors de la poche. En tout et pour tout, la méthode Kangourou à l'hôpital Laquintinie obtient une réussite de 99% dès lors que le prématuré est stabilisé. C'est pourquoi les plus petits hôpitaux tel que l'Hôpital de District de Bonassama s'intéressent tant à cette méthode et projettent d'installer une salle kangourou.

D. Interview des trois mamans kangourou rencontrées

La mère kangourou que nous avons rencontrée lors de notre première journée à Laquintinie pratiquait la méthode depuis déjà quatre jours, avait 23 ans et ne travaillait pas. Elle était accompagnée de sa tante qui l'aidait dans sa démarche. Sa fille avait une semaine. Elle nous a raconté qu'elle avait un peu peur de la situation de sa fille mais qu'elle s'y était petit à petit habituée. Son bébé pesait 1'750 grammes à ce moment-là. Quand on lui a proposé d'appliquer la méthode Kangourou, elle n'en avait jamais entendu parler. Mais elle nous a dit avoir « tout de suite accepté, car nous voulons le bien du bébé ». Elle a accouché de façon prématurée à cause de son col utérin qui s'était ouvert précocement. Elle a donné naissance à l'hôpital Logbaba, puis a été transférée à Laquintinie pour bénéficier de son service spécialisé en prématurité.

Elle nous a ensuite expliqué qu'elle ne portait pas sa fille pour manger ni pour dormir et que quand elle ne la portait pas elle dormait dans son berceau. La mère nous a également parlé des douleurs qu'elle a ressenties au niveau du cou avec le temps. Elle était peu informée sur le nombre de jours où elle allait devoir pratiquer la méthode ainsi que sur les coûts engendrés, ce qu'elle trouvait dommage. Par ailleurs, elle devait rester dans ou devant la chambre Kangourou toute la journée et porter l'enfant assise ou couchée. Par contre, comme avantage, elle a vu que le poids de son enfant n'avait fait qu'augmenter depuis qu'elle était en Kangourou. Finalement, lorsque nous avons abordé la question du père de la prématurée, elle nous a simplement dit qu'il ne pratiquait pas la méthode sans entrer dans les détails. Avant de partir, nous lui avons demandé si elle avait un conseil à donner aux futures mères kangourou : « il faut juste avoir le courage d'accepter », nous a-t-elle répondu timidement.

Nous avons rencontré la deuxième mère kangourou plus tard dans la même journée. Elle est revenue à l'hôpital pour le suivi du bébé. Elle avait déjà entendu parler de la méthode Kangourou à la télévision avant de se faire admettre à Laquintinie. Elle a accouché d'une fille à 7 mois et deux semaines de grossesse, puis a pratiqué la méthode Kangourou pendant trois jours à l'hôpital avant de continuer à la maison pendant deux jours. Elle ne portait le bébé que deux à trois heures par jour, ce qu'elle trouvait suffisant. Selon elle, certaines femmes refusent d'être mère kangourou à cause des inconvénients, tels que le besoin de rester à l'hôpital dans la salle Kangourou, l'agitation du bébé dans la poche ou encore les problèmes financiers. Selon elle, « il est impossible de porter le prématuré pendant 24 heures, la maman doit respirer et le bébé aussi ».

La troisième et dernière mère kangourou que nous avons interrogée était dans la salle Kangourou lors de notre deuxième journée de visite à l'hôpital Laquintinie. Elle avait 27 ans, n'avait pas de travail et pratiquait la méthode depuis deux jours et demi déjà. Elle avait accouché à la maison et, remarquant que l'enfant était très petit, elle était allée à Laquintinie par peur pour son bébé. Son fils était âgé d'une semaine et pesait 1'500 grammes. Il a passé ses premiers jours dans la couveuse avant d'être proposé pour la méthode Kangourou.

La maman a d'abord été réticente, préférant la couveuse pour son enfant, nous a-t-elle raconté, avant de mieux comprendre les explications et d'accepter. Elle n'avait jamais entendu parler de cette méthode auparavant. Son mari était présent mais n'a jamais porté le prématuré ; seule elle le portait. Pour la maman, « ce n'est pas difficile car il s'agit de la santé du bébé ». Elle trouve par ailleurs la poche pas trop chère, mais un peu compliquée à avoir.

Cette maman avait également deux autres filles de 8 ans et 5 ans, gardées par sa petite sœur. Elle nous a expliqué que pour accepter il fallait du courage (tout comme la première mère kangourou) et que si tout allait bien elle pouvait rentrer la semaine qui suivait. En général, elle portait l'enfant semi-assise pendant quatre heures durant la journée ainsi que toute la nuit. Son fils prenait 50 grammes par jour, ce qui la rendait heureuse. Finalement, quand nous lui avons demandé si la chaleur était supportable, elle nous a simplement répondu que ça ne la dérangeait pas du tout.

Nous remercions ces trois femmes qui ont accepté de se livrer à nous et sommes également reconnaissantes pour l'accueil que nous avons reçu à l'hôpital Laquintinie. Ces deux journées ont été centrales dans notre projet et nous ont permis d'apercevoir la vie quotidienne d'une unité pédiatrique spécialisée dans la méthode Kangourou. Nous leur souhaitons de continuer ainsi et de sauver toujours plus de prématurés.

E. Le projet « kangaroo mother care » à l'hôpital de Bonassama

Ce projet résulte d'une collaboration existant depuis déjà quelques années entre les HUG et l'hôpital du district de Bonassama à Douala. Il implique de nombreuses personnes. A Genève, c'est le Dr. Ricardo Pfister, responsable de l'unité de néonatalogie aux HUG, qui est le pilote du projet. C'est la pédiatre Cristina Exhenry, qui en assurera la mise en place et le suivi. A Bonassama, la responsable du projet est la néonatalogue Danièle Kedy Koum, en partenariat avec la directrice de l'hôpital, le Dr. Alice Nkongo et le médecin chef de district, le Dr. Valéry Nzima. Le Dr. Koum est une des rares spécialistes en néonatalogie du Cameroun. Elle a suivi la formation pour cette spécialité aux HUG, pendant deux ans et demi, grâce à la Coopération facultaire Genève/Cameroun.

L'hôpital de Bonassama accueille en moyenne 1400 naissances par année et l'unité de néonatalogie peut recevoir jusqu'à 8 nouveau-nés à la fois. Les données épidémiologiques récoltées par le Dr. Koum ont permis d'estimer à 60 par année le nombre de nouveau-nés qui pourront bénéficier de la méthode selon les critères d'inclusion vus plus haut.

Le projet d'établir la méthode « kangaroo mother care » à l'hôpital de Bonassama comporte de nombreuses étapes, dont certaines ont déjà été effectuées. En 2010, une petite salle de réanimation a été aménagée grâce à des fonds privés et les HUG ont également fait don de matériel « obsolète » au vu du standing européen. Une demande de fonds a été effectuée auprès des HUG mais aussi auprès de l'hôpital de Bonassama et du maire du district, afin de pouvoir réaliser les étapes suivantes.

Afin de mettre en place le projet, il est tout d'abord nécessaire de continuer l'aménagement des structures d'accueil pour les nouveau-nés bénéficiant de la méthode kangourou et leurs mamans. Ensuite, depuis le mois de juillet 2012, la formation du personnel soignant à la méthode kangourou a commencé. Ceux-ci vont aller à l'hôpital de Laquintinie pour observer le fonctionnement de la méthode. A partir du mois d'août, l'hôpital de Bonassama prendra en charge les premiers enfants kangourous et leurs mères.

Il faudra bien sûr par la suite évaluer le fonctionnement de la méthode grâce à des suivis épidémiologiques. De même, des fonds supplémentaires seront demandés si plus de 40 dyades mère-enfant profitent de cette méthode. Si elle fonctionne à l'hôpital de Bonassama, le but est de l'étendre à d'autres structures sanitaires du district (dont les quatre structures que nous avons visitées pour récolter des données).

F. Le questionnairea) Procédure :

Un de nos objectifs de stage était d'établir un questionnaire destiné aux mamans de l'hôpital de Bonassama, afin d'évaluer l'acceptabilité de la méthode kangourou. Nous voulions par là être utiles au projet, en évaluant tout d'abord les connaissances des mamans par rapport à la méthode kangourou, mais aussi en identifiant leurs motivations et leurs craintes. Nous espérons que les données que nous avons récoltées pourront être utiles afin de cibler plus précisément les explications nécessaires à donner aux mamans volontaires pour pratiquer la méthode kangourou.

La première étape a donc été d'écrire notre questionnaire. Nous avons décidé de ne pas faire un questionnaire trop long, afin de pouvoir questionner plus de mamans. Nous l'avons ensuite montré au Dr. Koum afin qu'elle le vérifie, puis nous l'avons fait valider par le Dr. Nzima. Au final, notre questionnaire était composé de deux parties :

<p>I. Identification :</p> <p>a) Age ?</p> <p>b) Profession ?</p> <p>c) Statut matrimonial ?</p> <p>d) Nombre d'enfants ? Age des enfants ?</p> <p>e) Prématurés (avant le terme : < 37 semaines de gestation) ? Faible poids (< 2500 gr) ?</p> <p>II. Méthode kangourou :</p> <p>a) Connaissez-vous la méthode kangourou ?</p> <p>b) Après explications sur la méthode kangourou, que pensez-vous qui est mieux pour un bébé prématuré : la couveuse ou la méthode kangourou ?</p> <p>c) Pourriez vous envisager d'appliquer cette méthode au cas où l'enfant en aurait besoin ?</p> <p>d) Compte tenu des contraintes (porter l'enfant 24h/24h...) croyez-vous que vous serez soutenue par votre famille (et votre mari) ?</p> <p>e) Quels problèmes éventuels la méthode pourrait-elle causer? Quels avantages voyez-vous à cette méthode ?</p>
--

La première, nous a permis de récolter des données sur les mamans qui venaient consulter en pédiatrie et qui acceptaient de répondre à nos questions.

La deuxième ciblait plutôt la méthode kangourou. Nous commençons donc par leur demander si elles en avaient déjà entendu parler, et nous leur donnions des explications, en fonction de leur niveau de connaissances. Nous essayions de donner des informations complètes et répondions bien sûr à toutes les questions qui survenaient. Ensuite, nous leur demandions si, en imaginant qu'elles aient un jour un enfant prématuré, elles accepteraient de porter cet enfant. Nous leur demandions également si, dans ce cas-là, leurs familles et même leurs maris pourraient les soutenir. Enfin, nous les faisons réfléchir aux avantages et aux inconvénients qu'elles pouvaient imaginer en fonction de leur situation.

Nous avons dès le début décidé de poser nos questions aux mamans qui attendaient pour une consultation en pédiatrie ou pour une vaccination et donc qui venaient avec leurs enfants à l'hôpital de Bonassama. Nous ciblions les mères en âge de procréer, possédant au minimum un enfant et habituées à consulter à l'hôpital de Bonassama.

Nous nous sommes vite rendues compte que le lundi et le vendredi étaient les deux jours où nous pouvions rencontrer le plus de mamans, étant donné que les rendez-vous pour vacciner les enfants avaient lieu ces jours-là. Les mamans attendaient sur des bancs, les unes à côté des autres, en attendant leur tour. L'avantage est qu'elles étaient nombreuses, mais aussi qu'elles avaient du temps devant elles à nous consacrer. Un des inconvénients que nous avons rencontré est qu'étant donné qu'elles étaient assises l'une à côté de l'autre, elles pouvaient tout à fait entendre ce que nous disions aux mamans avant elles et cela enlevait par exemple de la nouveauté à la question «Connaissez-vous la méthode kangourou ? ». Cependant, dans l'ensemble, il nous a semblé qu'elles ne faisaient pas semblant de connaître la méthode. De même, parfois nous avons les mêmes avantages et inconvénients qui revenaient d'une maman à l'autre, mais beaucoup d'entre elles ont, dans ce cas-là, rajouté d'autres idées.

Quant à notre méthode de procéder, nous allions chacune vers une maman en lui demandant si elle acceptait et si elle avait le temps de répondre à quelques questions rapides, tout en leur assurant l'anonymat. Nous nous présentions comme stagiaires de l'hôpital de Bonassama. Nous avons été généralement très bien reçues, et peu de mamans ont refusé de répondre à nos questions. Par contre, nous avons remarqué que parfois, quand une maman refusait, les mamans à côté d'elle sur le banc refusaient aussi. Nous n'avons pas insisté pour connaître les raisons de ces refus.

Nous n'avons pas eu trop de problèmes pour nous faire bien comprendre, étant donné que la plupart des mamans parlaient parfaitement le français. Parfois, nous avons dû poser nos questions en anglais, mais là encore, nous n'avons eu aucun souci. La seule difficulté que nous avons rencontrée est que certaines mamans ne parlaient que leur dialecte, mais au final, cela ne concernait que peu de mamans. Le questionnaire durait environ 10 minutes par maman, dépendant de leur compréhension, de leur niveau de connaissance sur la méthode, et surtout de leur curiosité sur le sujet. Nous avons interrogé en tout une centaine de mamans.

b) Résultats et interprétation des données :

Dans cette partie, nous allons analyser les données que nous avons recueillies tout au long de notre stage à l'aide des questionnaires afin d'en tirer quelques conclusions qui, nous espérons, seront utiles au projet kangourou à Bonassama.

Au final, nous avons interrogé 102 femmes, mais deux d'entre elles n'avaient pas d'enfants et nous ne les avons pas prises en compte car elles ne correspondent pas à la population cible que nous avons choisie au départ. Il faut évidemment être conscient qu'analyser des données sur un nombre de 100 femmes n'est pas suffisant. C'est pourquoi les chiffres de la première partie sont certainement peu représentatifs et significatifs. Cependant, ils permettent de situer le contexte des réponses que les mamans ont donné quant à la méthode kangourou. Ces réponses se révèlent déjà bien plus intéressantes.

Dans la première partie, nous avons récolté des données permettant l'identification des femmes interrogées :

- a) Age ?
 - Age moyen : 25,8 ans
 - Age des mamans interrogées compris entre 17 et 41 ans
- b) Métier ?
 - Femmes qui travaillent : 39%
 - Pas de métier/mères au foyer : 52%
 - Etudiantes : 9%
- c) Statut matrimonial
 - Mariées : 52%
 - Célibataires : 38%

- Fiancées : 9%
 - Veuves : 1%
- d) Nombre d'enfants ? Age des enfants ?
- Nombre d'enfant en moyenne: 2,35 enfants par femme
 - Nombre d'enfant des femmes interrogées compris entre 1 et 6 enfants
 - Age moyen des enfants : 4,2 ans
- e) Prématurés ?
- Femmes déclarant avoir eu au moins un enfant prématuré : 10 femmes
 - Nombre d'enfants prématurés : 14, soit 6% des enfants

Grâce à ces données, nous pouvons constater premièrement que nous avons interrogé des femmes dont l'âge était assez variable. Nous n'avons pas rencontré de maman extrêmement jeunes, puisque les mamans de 17 ans étaient plutôt l'exception. Plus de la moitié des femmes interrogées sont des femmes au foyer, ce qui est assez fréquent au Cameroun. Les autres pratiquaient un panel de métiers assez différents dans des secteurs comme la coiffure, le commerce, l'hôtellerie et la restauration, la couture, l'enseignement, etc. On dénombre un pourcentage assez important d'étudiantes.

Quant à leur statut matrimonial, on peut voir qu'une grande partie d'entre elles sont soit mariées soit fiancées, mais que tout de même 38% sont des mères célibataires. Le célibat devient de plus en plus courant au Cameroun, même chez les mères possédant plusieurs enfants.

Nous avons été étonnées par le nombre d'enfants moyen par femme que nous avons trouvé. Les 2,35 enfants ne correspondent pas vraiment au chiffre de l'OMS cité plus haut qui est de 5,2 enfants par femme. Evidemment, ces deux chiffres sont difficilement comparables pour plusieurs raisons. Premièrement, les femmes que l'on rencontrait étaient pour la plupart encore en âge de procréer et auront certainement encore d'autres enfants par la suite. Deuxièmement, l'échantillon de femmes que nous avons questionnées n'est certainement pas représentatif de la population camerounaise en général. Nous avons ciblé uniquement des femmes habitant en milieu urbain et consultant dans un hôpital de district. Nous avons aussi pensé que les femmes consultant à l'hôpital de Bonassama, bien que n'étant pas très riches, ne sont pas non plus extrêmement pauvres, puisqu'elles peuvent payer les consultations. Probablement que le fait d'être un peu plus aisé diminue le nombre d'enfant qu'une femme met au monde.

Par rapport au nombre de prématurés, nous avons trouvé le chiffre de 5,96%, ce qui est quand même assez important. Nous n'avions cependant aucun moyen de vérifier si ces enfants étaient bien prématurés, au sens où on l'a défini plus haut, les mères étant souvent peu claires quant au poids de naissance de leur enfant.

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous avons essayé de voir quelles étaient les connaissances des femmes par rapport à cette méthode et d'évaluer l'acceptabilité de la méthode à l'hôpital de Bonassama.

- a) Connaissez-vous la méthode kangourou ?
- Ne connaît pas : 51%
 - Quelques connaissances/connait bien : 49%

Nous pouvons remarquer ici que les femmes étaient partagées en deux groupes presque égaux. Celles qui connaissaient la méthode en ont entendu parler par différentes sources, cependant la télévision était la source qui revenait le plus souvent. En effet, 38 femmes sur les 49 qui connaissaient la méthode en avaient entendu parler, entre autres, à la télévision. Ce chiffre nous a beaucoup frappées et on peut donc en conclure que la télévision est un très bon moyen d'informer les femmes camerounaises sur cette méthode. C'est pourquoi, dans notre

prospectus, nous avons mis le lien du reportage sur la méthode kangourou à l'hôpital de Laquintinie (<http://www.france24.com/fr/20110503-reporters-cameroun-les-parents-kangourou-de-douala>).

Les autres sources de connaissances incluaient : la radio, le bouche-à-oreille, les informations reçues à l'école ou dans une mission, les informations reçues dans des hôpitaux tels que l'hôpital de Laquintinie, l'hôpital général de Yaoundé et Cébec ainsi que l'expérience vécue par la femme elle-même ou par ses proches à l'hôpital Laquintinie.

b) Après explications sur la méthode kangourou, que pensez-vous qui est mieux pour un bébé prématuré : la couveuse ou la méthode kangourou ?

- 45% pensent que la méthode kangourou est une meilleure méthode
- 33% des femmes estiment que la couveuse est une meilleure méthode
- 16% ne savent pas
- 4% pensent que les deux méthodes se valent
- 2% pensent que ça dépend de la situation du bébé

Grâce à ces réponses, on peut voir qu'une bonne partie des mamans sont favorables d'emblée à la méthode kangourou. On a pu constater encore une fois comme le système de santé est basé sur la confiance que fait la population aux soignants. En effet, de nombreuses mamans ne connaissant pas la méthode auparavant ont déclaré que la méthode était mieux que la couveuse.

Cependant, beaucoup de mamans déclarent préférer la couveuse à la méthode. Certaines d'entre elles nous ont frappées par leur logique quand par exemple elles nous demandaient ce que nous avions comme système pour les prématurés en Europe. Nous leur avons dit bien évidemment qu'en Europe la méthode kangourou n'est pas vraiment utilisée et qu'il y a des couveuses. A ce moment-là, une maman nous a dit qu'elle ne voyait pas pourquoi elle devrait faire la méthode kangourou si en Europe nous avons des couveuses et que nous n'avions qu'à, nous les blancs, leur en envoyer. Il est vrai qu'il peut être difficile de promouvoir la méthode kangourou quand, dans les pays développés, la méthode utilisée est la couveuse dans presque tous les cas.

c) Pourriez vous envisager d'appliquer cette méthode au cas où l'enfant en aurait besoin ?

- 75% des mamans accepteraient
- 22% des mamans refuseraient
- 3% ne savent pas

Ici, la plupart des mamans sont d'accord : si on leur proposait de faire la méthode kangourou, elles accepteraient. Bien sûr, les femmes qui pensent que la couveuse est une meilleure technique accepteraient uniquement s'il n'y avait pas de couveuse disponible pour leur enfant. Les mères étaient très touchantes quand elles parlaient de leur enfant. Elles nous disaient par exemple qu'il faut se sacrifier pour son enfant, qu'elles feraient presque n'importe quoi si on le leur recommandait. On a à nouveau pu remarquer que l'avis du personnel est essentiel, car elles nous disaient que si le médecin leur propose cette technique, c'est qu'il sait ce qu'il fait et que c'est pour le bien de l'enfant. Les femmes qui ne pensent pas accepter la méthode disent par exemple préférer la couveuse, ne pas pouvoir quitter le travail longtemps ou ne pas connaître suffisamment la méthode et ses risques.

- d) Compte tenu des contraintes (porter l'enfant 24h/24h...) croyez-vous que vous serez soutenue par votre famille (et votre mari) ?
- 9% des femmes pensent qu'elles ne seront soutenues ni par leur famille, ni par leur mari.
 - 51% des femmes pensent que si elles doivent un jour faire la méthode kangourou, leur mari les soutiendra.

Nous avons été très surprises par ces réponses, car cela nous a permis de comprendre un côté essentiel de la société camerounaise et africaine. Tout le monde se soutient et la famille possède un rôle crucial. Peu de femmes nous ont dit qu'elles ne seraient pas soutenues. Bien sûr, c'est certainement quelque chose de plutôt honteux à avouer dans une société africaine, et certaines ne nous l'ont probablement pas dit.

Nous avons été surtout étonnées par le nombre de femmes qui déclarent que leur mari les soutiendrait. Nous espérons que c'est le cas, mais avons quand même quelques doutes après avoir visité l'hôpital de Laquintinie, où nous n'avons vu que des femmes porter les enfants en kangourou. De plus, quand les femmes nous disaient qui les soutiendrait si elles devaient faire la méthode, elles citaient presque toujours un membre féminin de la famille (sœur, belle-sœur, cousine, mère), mais quasiment jamais des hommes.

Au Cameroun, s'occuper des enfants est encore une tâche décernée aux femmes. Celles qui nous disaient que leur mari ne viendrait certainement pas porter l'enfant rajoutaient souvent : « Lui, il travaille pour ramener de l'argent à la maison ». Cependant, les 51% de femmes qui pensent que leur mari le ferait, nous font espérer que les idées commencent tranquillement à changer.

- e) Quels problèmes éventuels la méthode pourrait-elle causer? Quels avantages voyez-vous à cette méthode ?

Voici les différentes réponses que nous avons récoltées :

Avantages de la méthode kangourou :

- Elle permet le bien-être de l'enfant
- Si le médecin recommande la méthode, cela veut dire qu'elle est meilleure que la couveuse
- Les frais sont réduits par rapport à la couveuse
- La chaleur naturelle est plus efficace que la chaleur artificielle
- Le bébé passe plus de temps avec sa mère, ce qui permet un meilleur lien entre la mère et l'enfant
- La mère voit l'enfant tout le temps
- Porter l'enfant rassure la maman
- Personne ne peut voler/échanger le bébé
- Il n'y a pas de fourmis contrairement à dans la couveuse
- L'enfant grandit plus rapidement
- L'enfant tombera moins malade et sera plus fort par la suite
- Contrairement à la couveuse, il n'y a pas de problème en cas de panne de courant
- La méthode kangourou est une méthode plus récente, donc plus efficace
- L'enfant est contre la maman, comme s'il était encore dans son ventre

Inconvénients de la méthode kangourou :

- C'est une méthode moins efficace que la couveuse
- Porter le bébé 24h/24 et rester à l'hôpital est très difficile
- C'est une contrainte pour la vie quotidienne et pour le travail de la maman
- Cela fatigue la maman et c'est très pénible pour elle. Certaines tempèrent : après 9 mois de grossesse, il n'y a pas de problème.
- Cela peut provoquer des maux de dos
- La méthode est encore peu connue et peu étudiée
- La chaleur peut irriter la peau du bébé
- C'est trop dangereux quand le bébé est très petit
- Il y a des risques de malformations, car le bébé est trop fragile
- Cela pose problème si la mère est seule
- Cela donne plus de charge à la maman après l'accouchement, étant donné qu'elle a déjà des douleurs
- Il y a possibilité de transmission des maladies au bébé par la maman (par exemple maladies de la peau, paludisme)
- L'enfant s'habitue à être porté et ne voudra plus se séparer de sa mère, il sera moins social et ne voudra pas être porté par d'autres personnes
- La méthode possède une moins bonne protection que la couveuse contre : les courants d'air, le froid, les microbes, les mouches, les moustiques. C'est un environnement moins sécurisé
- La méthode protège moins bien l'enfant des maladies que la couveuse
- C'est peu hygiénique, il y a trop de poussière
- La mère et l'enfant sont séparés des autres mères à la naissance
- On s'est déjà habitué à la couveuse, difficulté d'instaurer un nouveau système
- Une maman sale donne de mauvaises odeurs à l'enfant ce qui peut aggraver la situation déjà critique
- Les mères ne sauront pas forcément comment bien pratiquer la méthode
- La méthode procure moins de chaleur que la couveuse
- Il y a des risques d'étouffer l'enfant

Nous espérons que ces réponses pourront aiguiller les médecins et le personnel soignant quant aux explications à apporter aux femmes qui font la méthode kangourou. On voit que de nombreuses idées fausses sont véhiculées. Par exemple, le fait que les femmes attribuent à la couveuse des propriétés anti-courant d'air ou de protection contre les maladies et les microbes était bien installé dans leurs représentations. Des informations précises et complètes sont nécessaires à une bonne adhésion des femmes à la méthode kangourou.

G. Le prospectus

Afin de concrétiser notre immersion et d'apporter un soutien au projet Kangourou de l'hôpital de District de Bonassama, nous avons décidé de créer un prospectus. Celui-ci explique de façon concise mais pas trop simplifiée la méthode Kangourou et il s'adresse principalement aux parents concernés par la venue d'un prématuré. Ce dépliant représente une sorte de guide ; il développe de manière très didactique ce qu'est la méthode et comment l'appliquer, les critères d'inclusion de l'enfant ainsi que la suite de la prise en charge à la sortie du prématuré de l'hôpital. La présentation est simplement faite de points et est accompagnée d'images représentant un kangourou ainsi qu'une mère portant son nouveau-né dans une poche. Il existe déjà un dépliant à l'hôpital Laquintinie, mais il ne relève pas selon nous les points importants et est compliqué à comprendre. Nous avons joint un prototype du prospectus à notre rapport. (annexe n°4 : fichier PDF attaché)

H. Les données récoltées dans les 4 autres hôpitaux du district

a) Procédure :

Afin de déterminer si la méthode kangourou pourrait être appliquée dans d'autres hôpitaux du district, nous nous sommes rendues dans 4 structures sanitaires confessionnelles (hôpitaux catholiques ou protestants). Le but de ces visites a été de répertorier le nombre de naissances durant les années 2011 et 2012, ainsi que de dénombrer les enfants nés avec un poids inférieur à 2'500 grammes et parmi ceux-ci, combien pèsent moins de 2'000 grammes. La pédiatre de l'hôpital de district de Bonassama nous a également demandé de nous renseigner sur le matériel qui est à disposition en salle de naissance, ainsi que sur le personnel présent dans les services de néonatalogie de ces différents hôpitaux. Pour ce faire, le Dr. Koum nous a transmis une fiche technique à remplir lors de chaque visite. (annexe n°3)

Le but de ces visites était donc d'estimer le nombre d'enfants prématurés et de petit poids qui naissent dans ces différentes structures sanitaires. En effet, si une certaine structure sanitaire accueille de nombreux enfants nés prématurément, il serait judicieux d'envisager de mettre en place la méthode kangourou dans cette structure.

Les quatre hôpitaux dans lesquels nous nous sommes rendues sont les suivants :

- Hôpital Ad Lucem
- Hôpital Saint-Albert LeGrand
- Hôpital Saint-Paul Annexe
- Hôpital Cébec

Nous nous sommes déplacées dans ces différentes structures avec l'ambulance de l'hôpital de district de Bonassama, munies d'une note de service rédigée par le médecin chef du district, qui mentionnait les raisons de notre venue. Cette note de service a facilité notre introduction auprès des membres du personnel de ces hôpitaux, qui nous ont pour la plupart très bien accueillis.



Dans chaque hôpital, nous avons demandé à rencontrer une personne en charge du service de néonatalogie, qui était souvent l'infirmière major de ce service. Une fois cette personne trouvée, nous avons demandé à accéder au registre des naissances des années 2011 et 2012. Dans ces registres, nous avons comptabilisé le nombre de naissances par mois, de janvier 2011 à mai 2012. Puis, nous avons analysé les poids des nouveaux nés.

Comme dit plus haut, nous avons choisi de répertorier les enfants pesant moins de 2'500 grammes et ceux de moins de 2'000 grammes. Nous avons fait ce choix car nous voulions connaître le nombre d'enfants de petit poids qui naissent dans chaque structure sanitaire (moins de 2'500 grammes) ainsi que le nombre d'enfants qui sont potentiellement éligibles pour bénéficier de la méthode kangourou (moins de 2'000 grammes).

Lors de l'analyse des registres de naissances, nous avons remarqué plusieurs éléments qui peuvent compliquer l'interprétation des données récoltées pour le projet kangourou. Tout d'abord, les registres étant écrit à la main, nous avons parfois eu du mal à déchiffrer les écritures des infirmières, ce qui peut diminuer la fiabilité des données récoltées. Les registres étaient, en plus de cela, parfois en mauvais état, ce qui a rendu la lisibilité des poids des enfants plus difficile encore.

La deuxième difficulté que nous avons rencontrée a été de tenir compte ou non des enfants mort-nés. Après analyse des registres, nous nous sommes rendues compte que la mention «mort-né» n'était pas systématiquement écrite sur le registre, et nous n'aurions donc pas pu écarter tous les enfants morts nés, c'est pourquoi nous avons décidé d'inclure tous les enfants nés avec un poids inférieur à 2'500 ou 2'000 grammes dans nos données.

Notons que le fait que l'enfant soit né prématurément n'apparaissait pas non plus dans les registres de naissance, ce qui nous a forcé à travailler avec les poids de naissance plutôt qu'avec le fait que l'enfant soit prématuré.

b) Résultats :

- Hôpital Ad Lucem :

Parmi le personnel en contact avec les nouveau-nés de cet hôpital, on compte un médecin généraliste formé en pédiatrie, un anesthésiste/réanimateur, deux gynécologues/obstétriciens, un infirmier formé en néonatalogie, deux sages-femmes ainsi qu'un infirmier anesthésiste.

Le nombre de naissances par mois ainsi que le nombre de nouveau-nés de moins de 2'500 et de moins de 2'000 grammes sont restitués dans les tableaux ci-dessous :

➤ Nombre de naissances par mois :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
2011	23	23	45	44	46	37	40	33	27	31	38	30
2012	26	26	36	41	45	/	/	/	/	/	/	/

➤ Nombre de nouveaux nés pesant moins de 2'500 grammes et moins de 2'000 grammes par mois :

2011 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	1	1	4	5	11	9	8	9	3	3	6	2
< 2'000 g	0	0	0	2	2	5	3	1	1	2	2	1

2012 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	4	2	5	6	2	/	/	/	/	/	/	/
< 2'000 g	3	0	3	2	0	/	/	/	/	/	/	/

- Hôpital Saint-Albert LeGrand :

Cet hôpital emploie trois médecins généralistes en pédiatrie, deux gynécologues/obstétriciens, une sage-femme ainsi qu'un infirmier anesthésiste dans son service de néonatalogie. Les données sur les nouveaux nés utiles au projet kangourou sont les suivantes :

➤ Nombre de naissances par mois :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
2011	153	151	146	171	190	187	148	140	138	129	148	140
2012	148	119	158	166	159	/	/	/	/	/	/	/

➤ Nombre de nouveaux nés pesant moins de 2'500 grammes et moins de 2'000 grammes par mois :

2011 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	8	17	14	11	10	19	22	17	17	17	16	15
< 2'000 g	4	8	5	4	2	9	11	9	4	1	9	3

2012 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	16	12	10	19	8	/	/	/	/	/	/	/
< 2'000 g	3	5	4	12	0	/	/	/	/	/	/	/

• Hôpital Saint-Paul Annexe :

Parmi le personnel présent en néonatalogie, on trouve une sage-femme. Un gynécologue/obstétricien se déplace également pour effectuer les échographies mais il ne travaille pas dans cet hôpital. Les données récoltées dans cette petite structure sanitaire sont les suivantes :

➤ Nombre de naissances par mois :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
2011	5	6	17	12	14	8	9	9	16	10	17	7
2012	14	12	14	17	19	/	/	/	/	/	/	/

➤ Nombre de nouveaux nés pesant moins de 2'500 grammes et moins de 2'000 grammes par mois :

2011 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	0	1	1	1	2	0	0	0	1	2	1	3
< 2'000 g	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2012 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	0	0	0	0	0	/	/	/	/	/	/	/
< 2'000 g	0	0	0	0	0	/	/	/	/	/	/	/

• Hôpital Cébec :

Cet hôpital emploie un pédiatre, un gynécologue/obstétricien, cinq infirmiers formés en néonatalogie, quatre infirmières accoucheuses, un infirmier anesthésiste ainsi que 8 aides soignantes présentes à la maternité. Les données que nous avons récoltées pour le projet kangourou sont les suivantes :

➤ Nombre de naissances par mois :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
2011	25	37	54	53	62	60	34	42	33	44	32	32
2012	33	33	45	36	41	/	/	/	/	/	/	/

➤ Nombre de nouveaux nés pesant moins de 2'500 grammes et moins de 2'000 grammes par mois :

2011 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	5	6	12	5	15	11	3	7	6	7	3	5
< 2'000 g	1	4	5	1	8	7	1	4	5	6	3	3

2012 :

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
< 2'500 g	8	4	9	4	6	/	/	/	/	/	/	/
< 2'000 g	4	0	8	3	6	/	/	/	/	/	/	/

c) Interprétation des données :

Avec une moyenne de 35 naissances par mois, l'hôpital Ad Lucem prend en charge une très petite part des accouchements du district. Elle accueille donc peu de nouveau-nés de petit poids, c'est pourquoi la mise en place du projet kangourou engendrerait trop de frais par rapport aux bénéfices apportés. Les nouveau-nés prématurés devraient donc plutôt être redirigés dans un hôpital plus grand, tel que celui de Laquintinie, où le projet kangourou est déjà mis en place.



Contrairement à l'hôpital Ad Lucem, Saint-Albert LeGrand accueille un grand nombre de naissances, avec 153 naissances par mois en moyenne. Il doit donc prendre en charge un grand nombre de nouveau-nés prématurés ou de petit poids. Nous pourrions donc imaginer mettre en place le projet kangourou dans cet hôpital. De plus, le personnel présent dans le service de néonatalogie semble assez nombreux pour assumer la mise en place du projet.

La petite structure sanitaire de Saint-Paul Annexe prend en charge une très faible part des accouchements du district, avec une moyenne de 10 naissances par mois. Le nombre d'enfants qui pourraient donc bénéficier de la méthode kangourou (les nouveau-nés de moins de 2'000 grammes) et donc très faible, voir nul. Ces enfants devraient donc plutôt être pris en charge dans une structure plus grande, car la mise en place du projet dans cet hôpital aurait peu d'intérêt. De plus, le personnel de santé présent est beaucoup trop peu nombreux pour assumer la mise en place de la méthode.

Pour terminer, avec une moyenne de 42 naissances par mois, l'hôpital Cébec prend en charge peu d'accouchements par rapport à d'autres structures plus grandes. La mise en place du projet kangourou est donc peu envisageable, et un transfert des cas éligibles pour la méthode semble être une meilleure alternative.

I. Le projet kangourou à l'hôpital de Bonassama : conclusion

En considérant l'ensemble des données récoltées auprès de la centaine de mamans que nous avons interrogée, nous pouvons conclure que la mise en place du projet Kangourou à l'hôpital de Bonassama devrait se faire sans trop de difficultés. En effet, la plupart d'entre elles accepteraient de pratiquer la méthode si un jour elles venaient à accoucher d'un prématuré éligible. En leur parlant, nous avons remarqué qu'elles se fient souvent à l'avis du médecin (ou au nôtre) sans se poser trop de questions ; la médecine au Cameroun est paternaliste et les patients se soumettent la plupart du temps aux indications médicales. Parfois, nous avons eu des réponses telles que : « c'est à vous de me dire les avantages et les inconvénients, je ne connais pas cette méthode, je ne peux pas dire si je la trouve bien », signifiant qu'elles sont tout de même sceptiques face à cette nouveauté.

De plus, nous avons été agréablement surprises par le fait que beaucoup d'entre elles connaissaient déjà la méthode Kangourou à travers les médias tels que la télévision, la radio ou les publicités. Cela signifie que l'hôpital Laquintinie tente de promouvoir la méthode et d'informer la population tant sur ses avantages que sur ses inconvénients.

Nous avons également été étonnées par le nombre de pères qui accepterait de pratiquer la méthode. Même si nous avons parfois eu des réponses telles que « non, lui il est occupé », ou « non, il ramène l'argent et le soir il est fatigué », souvent elles nous disaient « bien sûr qu'il le ferait, c'est pour le bien de l'enfant » ainsi que « même le soir s'il est fatigué il pourrait le faire, moi aussi je suis fatiguée le soir, moi aussi je travaille ». Par conséquent, les statuts de mère au foyer et de père travailleur commencent à se modifier et à se mélanger à Douala, bien qu'ils soient encore fortement encrés dans les mœurs. A l'hôpital Laquintinie, les infirmières nous ont expliqué que les pères acceptent plus souvent de porter leur bébé en kangourou lorsqu'il s'agit de jumeaux (dans ce cas les deux prématurés devraient être portés en même temps). Mais pour l'instant, culturellement l'enfant est fortement associé à la femme. Par ailleurs, souvent la mère est jeune (ce qui est un facteur de risque de prématurité chez un nouveau-né) et donc étudiante ou pas mariée. Il n'y a par conséquent pas de présence paternelle auprès de l'enfant dans ces cas-là.

Finalement, nous avons remarqué que la méthode Kangourou n'étonne pas beaucoup les mères car elles ont déjà l'habitude de porter leur enfant, soit sur le ventre soit dans le dos. Par conséquent, la proximité mère-enfant est normale et cette relation facilite la mise en place d'une telle méthode dans leur quotidien. De plus, il s'agit d'une méthode simple, facile à expliquer ainsi qu'à appliquer. Son taux de réussite est presque maximal dans les bonnes conditions et le matériel nécessaire est minimal.

Nous avons pris beaucoup de plaisir à découvrir cette méthode ainsi qu'à discuter avec les femmes du projet mais aussi de leur quotidien. Nous avons pu nous confronter à une population qui nous était auparavant inconnue et avons également su nous rendre utiles en allant récolter des données auprès de quatre autres hôpitaux du District ainsi qu'en créant un questionnaire et un prospectus.

7. Conclusion :

Pour conclure ce rapport, nous souhaitons insister sur notre vécu personnel global de ce voyage, en présentant quelques points positifs et négatifs. Il faut rappeler qu'aucune d'entre nous n'avait déjà fait un voyage en Afrique centrale, ce qui a accentué notre impression de découvrir un pays totalement différent de tout ce que nous avons pu visiter auparavant.

La première chose qui nous a posé problème lors de notre stage, est la différence du rythme de vie entre notre culture et celle du Cameroun. En effet, la notion de temps est totalement différente dans ce pays, et lorsque nous tentions par exemple de nous mettre d'accord d'une heure de rendez-vous avec un membre du personnel de l'hôpital, nous nous rendions systématiquement compte que celle-ci n'était pas tenue. Il faut également dire que l'organisation n'est pas le point fort de certains employés de l'hôpital, c'est pourquoi vouloir simplement se déplacer d'un hôpital du district à un autre s'est révélé très compliqué, nous demandant plus de quatre heures d'attente. Ces temps d'attente très fréquents ont fait que nous n'avons pas forcément pu réaliser tous les projets d'activités que nous avions prévus dans l'hôpital et ils ont été une source de frustration pour nous, qui sommes tellement habituées à faire le maximum de choses possibles avec peu de temps à disposition. Après quelques jours, nous avons tout de même réussi à nous adapter à ce rythme, qui est somme toute plutôt reposant. L'idéal serait donc pour nous de trouver un juste milieu entre nos sociétés, où tout va trop vite et où on subit trop de stress et le mode de vie africain, où tout semble aller trop lentement, ce qui les empêche d'avancer.

La deuxième barrière à laquelle nous avons du faire face est venue de l'administration Camerounaise. En effet, le médecin chef de district nous a rapidement expliqué qu'il avait besoin d'un document officiel des autorités camerounaises, qui précisait la raison de notre venue et la durée de notre stage. Nous n'avions pas ce document, et le Dr N'Zima nous a tout de même laissé poursuivre notre stage, tout en précisant qu'il aurait normalement dû s'arrêter. Nous avons alors compris que l'approbation des autorités était importante pour le médecin chef de district et nous avons donc dû nous déplacer auprès de différentes personnalités de Douala (Commissaire du district, commissaire spécial, Maire de la ville et du sous-préfet), afin de prévenir ces différentes personnes de la raison de notre venue. Ces différentes visites nous ont pris beaucoup de temps et nous avons eu un sentiment de frustration quant aux autres activités que nous aurions pu faire en une journée à la place de ces visites.

Troisièmement, nous avons malheureusement eu du mal à visiter les différents services de l'hôpital de Bonassama. En effet, nous avons passé beaucoup de temps dans le service de pédiatrie et de néonatalogie mais nous avons également voulu passer du temps dans d'autres services tels que la médecine générale ou la chirurgie. Cependant, lors de notre arrivée, l'infirmière en chef nous a présentées très brièvement aux différentes infirmières majors de l'hôpital et lorsque nous avons tenté de suivre la ronde en médecine générale, le personnel a refusé de nous laisser participer, car il ne nous avait jamais vu. Nous avons quelque peu été déçues de cette mauvaise intégration au sein de l'hôpital dans son ensemble car nous étions vraiment curieuses de voir comment fonctionnaient les autres services. Nous n'avons cependant pas renoncé et le service de chirurgie nous a tout de même accueillies lors d'une césarienne ce qui a été très intéressant pour nous.

Malgré les obstacles que nous avons dû contourner, l'énorme point positif de ce stage a été l'opportunité de découvrir comment fonctionne un petit hôpital de district dans un pays en voie de développement. En effet, nous avons pu nous rendre compte du manque de matériel dont souffre cet hôpital, mais aussi de l'hygiène, qui n'est vraiment pas le problème numéro un dans ce type de structure sanitaire. Nous avons également été très bien accueillies par le personnel des services de pédiatrie et de néonatalogie, qui n'ont pas hésité à nous expliquer le fonctionnement de la vaccination par exemple ou à nous faire visiter les différentes structures. Nous avons donc pu nous confronter directement à la situation en matière de santé d'un pays d'Afrique centrale, un vrai enrichissement tant personnel que professionnel. Il faut dire que nous avions une image préconçue de ce que nous allions trouver à l'hôpital de Bonassama, mais nous avons rapidement compris que nous étions encore loin de la réalité, c'est pourquoi nous sommes vraiment heureuses d'avoir eu cette opportunité.

Si on considère notre voyage dans son ensemble, nous pouvons également citer d'autres points négatifs qui ne sont pas liés au déroulement du stage à l'hôpital de Bonassama, mais plutôt à nos impressions du pays en général. Tout d'abord, nous avons eu beaucoup de mal à nous déplacer sans être constamment interpellées par les personnes se trouvant des les rues. De plus, nous avons tout de suite été prévenues de l'insécurité qui régnait dans la ville, c'est pourquoi nous avons évité tout déplacement à pied dans la ville. Nous pouvions donc uniquement nous déplacer avec un chauffeur ou accompagnées de personnes qui connaissaient bien la ville et y habitaient. Nous avons été frustrées de ne pas pouvoir nous déplacer plus librement pour visiter les différents quartiers de la ville et au bout de plusieurs semaines, nous avons parfois souffert de ce manque de liberté. Il faut dire que nous étions les seules femmes blanches dans le quartier et nous sommes toutes les trois d'accord sur le fait que la présence d'un homme avec nous aurait probablement facilité nos déplacements dans cette ville et aurait diminué les multiples interpellations verbales auxquelles nous avons été confrontées.

Deuxièmement, nous nous sommes malheureusement rendues compte que beaucoup de camerounais avec lesquels nous avons créé des liens d'amitié attendaient des cadeaux de notre part. En effet, plusieurs d'entre eux nous ont demandé de leur laisser nos téléphones portables ou notre appareil photo au moment de notre départ. Nous avons alors compris que pour eux, il nous est facile d'acheter ce genre d'objets car nous ne manquons pas d'argent, alors que ce n'est pas le cas. Cela a quelque peu biaisé nos relations amicales avec les différentes personnes rencontrées car très souvent elles nous abordaient avec des idées derrière la tête. Il faut dire que le fait d'être blanches signifiait pour eux que nous avions énormément d'argent et cela nous a souvent irritées au cours du séjour.

Pour terminer ces points négatifs, nous voulons insister sur la place que prend la corruption dans ce pays. Nous nous en sommes rendues compte lors d'un retour de voyage près de l'océan, où nous avons dû donner de l'argent à un policier pour qu'il nous laisse passer. Ce jour là, cet officier nous a arrêtées et nous a demandé de nous mettre au bord de la route. Après avoir vérifié nos trois passeports ainsi que les papiers du chauffeur, il nous a demandé de présenter nos carnets de vaccinations. Documents que nous avons laissés dans notre hôtel puisqu'il n'est pas obligatoire de les avoir sur nous. Voyant que l'officier ne voulait pas nous rendre nos passeports, notre chauffeur nous a dit de lui donner un peu d'argent, afin qu'il nous laisse passer, ce que nous avons fait. Comme nous ne sommes absolument pas habituées à ce genre de pratiques, nous avons été assez impressionnées de voir que la corruption était autant présente au niveau des autorités.

Après ces quelques points positifs et négatifs, portant autant sur notre stage à l'hôpital de district que sur le pays dans son ensemble, nous aimerions aborder quelques autres aspects de notre voyage qui nous ont simplement frappés. Tout d'abord, ce qui nous a fait beaucoup réfléchir et qui nous a rapidement choquées a été l'état des différents hôpitaux du district. Ceux-ci étaient souvent ouverts sur l'extérieur et plutôt sales, avec des mesures d'hygiène très rudimentaires et cela nous a très vite frappé. De plus, nous avons été très surprises de l'état des routes qui menaient à certaines structures sanitaires. En effet, il était parfois impossible de rejoindre cette structure en voiture, quelque chose d'impensable dans nos pays.

Le deuxième élément qui nous a frappé a été la résignation du personnel de santé quant aux moyens qu'ils ont à disposition. Les étudiants en médecine par exemple, connaissent toutes les techniques, tests et traitements que nous utilisons en Europe, mais ils savent qu'ils ne pourront pas les utiliser dans les hôpitaux du pays car il y a un énorme manque de moyens.

De plus, ils sont conscients du fait qu'un patient peut ne pas bénéficier d'un traitement tout simplement parce qu'il n'a pas les moyens de le payer. Nous avons été choquées, par exemple, d'une phrase dite par une femme lors d'un séminaire de formation auquel nous avons assisté : « Il n'existe pas encore de traitement pour guérir le SIDA, les blancs sont entrain de le chercher et on attend » a-t-elle proclamé à l'assistance qui écoutait attentivement son discours.

Pour terminer, nous souhaitons insister sur notre surprise lorsque nous avons voyagé au nord du pays, une fois notre stage terminé. De manière amusante, les camerounais se plaisent à dire que leur pays représente «l'Afrique en miniature». A vrai dire, nous ne saisissons pas vraiment le sens de cette phrase avant de partir au nord du pays. En effet, le climat de Douala est de type plutôt équatorial, assez verdoyant, alors qu'au Nord, c'est un climat plutôt désertique que l'on peut retrouver. Les paysages étaient donc très différents ainsi que les habitations. Nous avons donc été très surprises de voir des villages composés de petites huttes ou d'énormes fleuves asséchés par l'absence de pluies. C'est ainsi que nous nous sommes rendues compte de la richesse de ce pays tant sur le plan culturel que sur celui des différents paysages que l'on peut rencontrer.

Nous voulions terminer cette conclusion par les aspects positifs de notre voyage et donc sur les éléments qui font que nous gardons un excellent souvenir de cet IMC.

Tout d'abord, le lieu où nous avons résidé durant la majorité du séjour était très accueillant. En effet, nous avons été hébergées par la procure des Missions catholiques de Douala, une structure qui met à disposition plusieurs chambres aux touristes ou aux missionnaires. Dès notre arrivée, nous avons été accueillies à bras ouverts par les différents Frères et Pères qui résidaient de manière permanente à la procure. Notre chambre était très confortable et nous mangions avec les différentes personnes présentes dans la procure tous les soirs. Nous avons fait de nombreuses rencontres lors de ces repas et nous savions qu'en cas de problème, les personnes présentes dans la procure seraient là pour nous aider à trouver une solution.



Dès les premiers jours à la procure où nous logions, nous nous sommes rendues compte que le mode de vie des africains était très différent du notre. Le simple fait de faire notre lessive à la main nous a étonnées car nous pensions que les personnes aisées possédaient des machines à laver le linge, alors que c'était rarement le cas. De plus, nous nous attendions à retrouver quelques quartiers dans la ville qui étaient plus industrialisés, avec des usines en plus ou moins bon état et des quartiers plus riches, ce que nous n'avons pas retrouvé. Les grandes enseignes commerciales que nous retrouvons dans n'importe quelle ville en Europe étaient totalement absentes des villes camerounaises, aussi grandes soient elles. Les enfants jouaient avec des objets courants comme des capsules de bouteilles ou des vieilles roues de vélo. Pour faire simple, nous avons réalisé le sens du terme «pays en voie de développement» ou «en voie d'industrialisation».

Ce qui nous a également frappé a été le fait que malgré que ce pays soit très pauvre, il y a très peu de personnes qui mendient le long des routes. Rappelons que le taux de chômage de la ville de Douala est d'environ 30% ce qui explique que beaucoup de personnes sont dans la rue toute la journée on pourrait s'attendre à ce qu'ils demandent de l'argent aux passants. Mais au lieu de cela, il y a énormément de petits stands, où les gens tentent de vendre diverses choses, que ce soit des fruits ou des cartes téléphoniques. Cela nous a fait réaliser que les africains sont des gens travailleurs, qui préfèrent vendre toutes sortes d'objets au lieu de rester à ne rien faire si ils n'ont pas de travail.

Pour terminer ces aspects positifs, nous nous devons d'insister sur la découverte que nous avons faite d'un pays qui possède une culture immensément riche. En effet, nous avons eu la chance de découvrir la musique typique de ce pays, les danses qui y sont associées, les traditions des différentes tribus camerounaises et bien d'autres choses encore.

Nous nous sommes même rendues compte que la culture suisse était loin d'être aussi riche lorsqu'une de nos connaissances camerounaises nous a demandé de faire une danse suisse. Nous nous sommes alors regardées et nous avons réalisé que nous n'en connaissions pas. C'est donc avec énormément de souvenirs que nous sommes rentrées à Genève et avec l'impression d'avoir pu bénéficier d'une expérience de vie unique. Nous sommes finalement toutes les trois d'accord pour dire que toutes ces découvertes, qu'elles soient positives ou négatives, nous donnent l'envie de re-voyager et de vivre d'autres expériences comme celle-ci.

8. Sources

- Site de la présidence de la république du Cameroun, sd, en ligne : http://www.prc.cm/index_fr.php?link=b, consulté le 19 août 2012.
- Wikipédia, « Cameroon » : <http://en.wikipedia.org/wiki/Cameroon>, mis en ligne le 11 août 2012, consulté le 19 août 2012.
- Wikipédia, « Health in Cameroon » : http://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Cameroon, mis en ligne le 28 janvier 2012, consulté le 19 août 2012.
- HUG, document « Mise en place et pérennisation de la méthode Kangaroo mother care dans un Hôpital de district urbain du Cameroun à Bonassama/Douala », février 2012.
- Jean Paul Beyeme Ondoua, « Le système de santé camerounais », Bulletin de l'HCSP : <<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-39/ad396165.pdf>>, mis en ligne en juin 2002, consulté le 24 juillet 2012.
- Site de l'Organisation Mondiale de la Santé, « Pays Cameroun », <http://www.who.int/countries/cmr/fr/>, mis en ligne en 2012, consulté le 19 août 2012.
- Groupe RAFT HUG, « Le système de santé camerounais », <http://raft.hcuge.ch/cm/pages/sysSanteCam.htm>, mis en ligne le 1er avril 2006, consulté le 24 juillet 2012.
- Raphaël Okalla et Alain Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 01 mars 2006, Consulté le 31 juillet 2012. <http://apad.revues.org/181>
- WHO, Regional office for Africa, « Country Profile ; Cameroon » <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/essential-medicines/edm-country-profiles.html>, mis en ligne en 2012, consulté le 19 août 2012.
- 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845870/?tool=pubmed> Consulté le 10 juillet 2012.

9. Annexes :

Annexe n°1 :

No

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES CIBLES DU PEV

	ROUGEOLE	FIÈVRE JAUNE (F.J.)	PARALYSES FLASQUES AIGÜES (PFA)	TÉTANOS NEONATAL (TNN)
Définition de cas (suspects)	(2possibilités) l'une ou l'autre : 1- Présence d'une fièvre avec éruption maculopapulaire + l'un des 3 signes suivants : - Toux - Coryza (nez qui coule) - Conjonctivite (yeux rouges) ou 2- alors Le clinicien pense à la rougeole.	- Présence d'une forte fièvre (> 39°) et - Ictère dans les 2 semaines qui suivent les premiers symptômes	- Une perte ou une baisse de la force musculaire et / ou du tonus musculaire (parésie, faiblesse du membre, difficulté à la marche ou se tenir debout, difficulté à bouger un membre, hypotonie etc.) d'installation rapide 24 à 72 heures et intéressant un ou plusieurs membres y compris les traumatismes du nerf par l'injection.	Tout nouveau-né qui présente une aptitude normale à téter et à crier pendant les deux premiers jours de vie et qui, entre le 3 ^e et le 28 ^e jour : -Ne peut plus téter normalement, -Devient raide, a des spasmes ou des convulsions localisées ou généralisées (secousses musculaires) qui sont déclenchées au moindre stimulus (par la lumière, le bruit ou le toucher) -A un trismus
Age	Tout âge	Tout âge	TOUTE PERSONNE ENFANT OU ADULTE	0 - 28 jours
Echantillon à prélever	Sang (sérum)	Sang (sérum)	Selles	Pas de prélèvement
Conditions d'adéquation de prélèvement	Prélever dans un tube citrate 5 cc de sang entre le 4 ^e et le 28 ^e jour après l'éruption. Recueillir 3 cc de sérum dans un tube sec. Conserver/ entre +4° et +8° C dans un kit ou porte-vaccin avec des accumulateurs bien congelés.	Prélever dans un tube sec 5 cc de sang. Recueillir 3 cc de sérum dans un autre tube sec.	Prélever dans les 14 jours suivant le début de la paralysie 2 échantillons de selles à intervalle de 24 à 48 heures d'une quantité équivalente à la taille de votre pouce ou le 1/3 du pot. Conserver ces prélèvements au froid (entre 0 et +8° C). Transporter les 2 pots dans un kit avec des accumulateurs bien congelés.	Notifier et remplir la fiche d'investigation quelque soit l'évolution du cas. Organiser la riposte avec le S.S.D.

• Remplir correctement et complètement le formulaire d'enquête approprié pour chaque cas. (Voir instructions derrière la fiche d'enquête).
 • Acheminer rapidement (dans les 3 jours) les échantillons au GTC:PEV à Yaoundé dans un kit avec des accumulateurs de glace bien congelés.
 • Vous munir d'un Ordre de Mission et de votre CNI.
 NB Le GTC:PEV reçoit tous les jours même pendant les week-ends et les jours fériés.

DRAFT N° 1 DE PLANNING DE VISITE DE SITES POUR LA SURVEILLANCE ACTIVE
DISTRICT DE SANTE DE BONASSAMA
ANNEE 2012

N°	FORMATION SANITAIRE	PRIORITE	MAY				JUN				JUILLET				AOÛT		TOTAL			
			S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2				
1	HORTAL DE DISTRICT	HP	SI+NGA	SI	BA+NGA	NZ	Ba	BI+MZ	Ba	SI	BI	NZ	SI+NGA	NZ	SI	BA+MZ	SI	BA	BI	16
2	ST ALBERT LEGRAND	HP	Re	NZ	BI+NGA	SI	Tch	Ba	A	SI	Ba	Ba	Ba	Ba	Tch	A	BI	NZ	SI	16
3	CEREC	HP	BI	BI	Tch	BA	BI	SI	Re+MZ	A	SI	BI	SI	BI	Ba	Fo	Tch	BA	BA	16
4	AD LUCIEM	HP	Fo	SI	BI	Fo	NZ	Fo+Ad	BI	BA	Fo	FO	SI	FO	SI	Tch	Tch	Fo	AD	16
5	HELP MEDICAL	MP	BI	BA	BA	BI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	Tch	Tch	NK	BI	8
6	CMA SODIHO	MP	Tch	BI	BI	NZ	BI	NK	BI	BI	BI	NZ	BI	BI	Tch	Tch	NK	BI	BI	8
7	CMA BONENDALE	MP	BA	SI	SI	Re	AD	BA	BI	SI	NZ	NZ	BI	BI	BI	BI	Fo+Re	BI	BI	8
8	ASSAS	MP	BI	SI	SI	BA	BI	BI	BI	SI	SI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	BI	8
9	FRAITERITE	FP			NK															4
10	CMA BONAMIRANO	FP			NK															4
11	MISERCODE	FP			NK															4
12	LA MERE	FP			Tch															4
13	CS ESPOIR	FP			BI															4
14	CS SAMARITAINE	FP			BI															4
15	DEUDONNE	FP			Re															4
16	CMS BESSENE	FP			Tch															4
17	ST PAUL ANNEXE	FP			Re															4
18	CS ISALINE	FP			Re															4
19	CHRYSALIDES	FP			Fo															4
20	DR ESSAME (tradipraticien)	FP			Fo															4
21	CS MARIE-MERE	FP			Re															4
22	FOUNDATION APPEL	TFP																		4
23	CS LUMIERE	TFP																		2
24	Chèque TAKAM	TFP																		2
25	RAPIHA CLINIC	TFP																		2
26	CS SOLIDARITE	TFP																		2
27	LA PATIENCE	TFP																		2
28	CSI DIERBALE	TFP			Tch															2
TOTAL			8	7	17	11	8	10	15	4	11	10	11	6	9	10	14	11		164

PRESENTATION DES SITES:
HP = Haute Priorité = 1 fois / semaine (04 sites)
MP = Moyenne Priorité = 2 fois / mois (04 sites)
FP = Faible Priorité = 1 fois / mois (14 sites)

REUNION		AMBUVOUANT	
Site BATTICOMBE (S10)	BI = BANTOU (L00-S50)	Site ADONDOU (L00-S50)	SI = SOCO (L00-S50)
Site RIGONA (L00-S50)	BI = BANTOU (L00-S50)	Site MOUNGOUA (L00-S50)	FO = FOBO (L00-S50)
Site MOUNGOUA (L00-S50)	BI = BANTOU (L00-S50)	Site MOUNGOUA (L00-S50)	FO = FOBO (L00-S50)
Site MOUNGOUA (L00-S50)	BI = BANTOU (L00-S50)	Site MOUNGOUA (L00-S50)	FO = FOBO (L00-S50)

REPUBLICQUE DU CAMEROUN
Ministère de la Santé et de la Prévention
District de Santé de Bonassama
Médicin Chef
Dr. Nzima N. Valery
Medecin Chef
4 MAY 2012

Annexe n°3 :

Evaluation des possibilités de réanimation du nouveau-né en salle de naissance

FICHE TECHNIQUE

Hôpital.....

I- Naissance

Nombre de naissance par mois

	Jan	Fév	Mar	Avr	MAI	Juin	Juil	Aoû	Sep	Oct	Nov	Dec
2011												
2012												

II- Ressources humaines

1-Personnel

Personnel	Nombre
Néonatalogues	
Pédiatres	
Médecins généralistes en pédiatrie	
Anesthésiste/réanimateur	
Gynécologues /obstétriciens	
Médecins généralistes en obstétrique	
Infirmiers formés en néonatalogie	
Sages-femmes	
Infirmiers anesthésistes	

III- Matériel disponible en salle de naissance

1- Table de réanimation

Table de réanimation radiante	oui	non
-------------------------------	-----	-----

2- Matériel d'aspiration

Matériel d'aspiration	oui	non
Source de vide		
Sondes d'aspiration		

3- Matériel de ventilation manuelle

Matériel de ventilation manuelle	oui	non
Source d'oxygène		
Ambu néonatal		

Masques adaptés		
-----------------	--	--

4- Matériel d'intubation

Matériel d'intubation	oui	non
laryngoscope		
Pince de Magill		
Sondes trachéales		
Sondes d'aspiration trachéale		

5- Matériel de cathétérisme veineux ombilical

Matériel de cathétérisme veineux ombilical	oui	non
cathéters		
Boite d'instruments		
Champs		

6- Solutés et drogues à disposition

Solutés et drogues	oui	non
Glucosé 10%		
adrénaline		
NaCl 10%		

7- Monitoring du nouveau-né

monitoring	oui	non
Oxymètre des pouls		
Scope néonatal		

8- Transport du nouveau-né malade vers la pédiatrie

	oui	non
Couveuse de transport		
Couverture de survie		

9- Facilité pour lavage des mains en salle de naissance: oui /non

10- Stéthoscope en salle de naissance: oui /non

11- langes chaud en salle de naissance : oui /non

12- Pèse bébé en salle de naissance : oui /non

13- Horloge en salle de naissance pour le score d'Apgar : oui/non