

Rapport de stage IMC

Découverte d'un système de santé: La Tanzanie



Macias Aurélie
Sob Peter
Triboullier Deborah

Table des matières

1. Introduction sur l'île de Pemba
2. Aspects culturels
3. Fondation Ivo de Carneri
4. Hôpital de Chake-Chake
 - 4.1 Service de pédiatrie
 - 4.2 Salle d'accouchements
 - 4.3 Service ambulatoire
 - 4.4 Clinique mobile de Gombani
 - 4.5 Service de médecine générale
 - 4.6 Bloc opératoire
 - 4.7 Etude sur la morbidité et la mortalité infantile
5. Gestion des endémies
6. Maladies tropicales
7. Traitements
8. Quelques exemples de cas
9. Conclusion

1. Ile de Pemba

Tout le long de l'histoire, Pemba a été mise en second plan, derrière sa voisine Unguja, île la plus célèbre de l'archipel de Zanzibar, qui est plus grande et a une plus forte importance politique. Même si les îles ne sont séparées que par 50 kilomètres de mer, très peu de touristes croisent ce canal pour visiter Pemba. Environ 3% de la population totale de la Tanzanie réside sur l'Archipel de Zanzibar, un tiers d'entre eux vivant à Pemba. Pemba a une population d'environ 400'000 habitants avec, comme dans le reste de la Tanzanie, une majorité d'enfants (44% de la population tanzanienne a moins de 14 ans). La surface de l'île est d'environ 1000 km².

Le terrain de Pemba est montagneux, fertile et recouvert d'une abondante végétation. A l'époque des commerçants arabes, elle était même connue sous le nom *al Khuthera* ou "l'île verte". Pendant une bonne partie de la période où les sultans de Zanzibar contrôlaient la côte est-africaine, c'était Pemba, avec ses vastes plantations de clous de girofle qui fournissait la base économique pour la dominance de l'archipel.

Pemba a aussi été longuement connue pour son vaudoo et ses soignants traditionnels, des personnes venant de toute l'Afrique de l'Est en quête d'une cure ou pour apprendre des compétences commerciales.

Une grande partie de la côte de l'île est recouverte de mangroves et de chenaux de marée et de lagunes, et Pemba n'est donc pas une destination balnéaire.

L'industrie de tourisme sur Pemba est modeste et discrète, son infrastructure est donc assez basique; bien que cela soit en train de changer petit à petit. Cependant, cela va encore prendre du temps pour que le tourisme à Pemba atteigne les dimensions de celui de l'île principale de Zanzibar. La majorité de Pemba est donc relativement vierge, ce qui lui confère son charme. La seule chose nécessaire pour s'y balader librement et découvrir l'île est le temps, car il y a peu de transport régulier en dehors des routes principales.

On connaît très peu sur les premiers habitants de l'île. Selon la légende, l'île a été peuplée par des géants connus comme les Magenge. Ce qui est sûr, c'est que les premiers habitants de Pemba ont émigré de l'Afrique continentale, il y a probablement plusieurs milliers d'années. Des ruines shirazi (sous-groupe ethnique des Swahili) ayant été trouvées à Pemba, on attribue leur présence sur l'île au 9ème siècle.

Les Portugais ont attaqué Pemba au début du 16ème siècle et ont essayé de subjuguier ses habitants en ravageant les villes et en exigeant des hommages. Par conséquent, plusieurs personnes de Pemba ont fui à Mombasa, au Kenya. A la fin du 17ème siècle, la famille Busaidi des Arabes Omans avait déjà pris le dessus de l'île et chassé les derniers Portugais. En 1890, Pemba tout comme Unguja sont devenues un protectorat britannique.

Suite à la révolution de Zanzibar en 1964, le président de l'archipel, Karume, a fermé Pemba aux étrangers dans le but de contenir un fort sentiment antigouvernemental. L'île est restée fermée jusqu'en 1980. Les tensions étaient maximales pendant les élections de 1995, les habitants de Pemba se sentant de plus en plus marginalisés et frustrés. Ceci n'est pas étonnant, compte tenu du taux d'analphabétisme s'élevant

jusqu'à 95% dans quelques zones, ainsi que des routes et autres infrastructures gravement négligées. En janvier 2001, à la suite des élections d'octobre 2000, les tensions ont atteint un nouveau pic, ce qui a entraîné plusieurs douzaines de morts et de fuites de l'île. En comparaison, les dernières élections de 2005 se sont déroulées de façon très calme et la vie quotidienne est revenue normale actuellement.

Pemba est petite, il est donc facile de se déplacer avec du temps et de la patience. Un laborieux réseau de bus locaux connecte les trois villes principales (Chake Chake, Wete, Mkoane) et quelques autres localités plus petites; il n'y a pas de taxis réguliers comme en Tanzanie continentale.

Une image typique de Pemba est celle d'hommes portant un *kofia*, chapeau traditionnel musulman, roulant sur de vieux vélos de fabrication chinoise et monovitesse. On croise aussi fréquemment des charrettes tirées par des zébus, chargées de palmiers pour faire la *makuti* (toiture). On trouve, de part et d'autre de la rue, des maisons carrées au toit en tôle ondulée avec des portes en bois sculpté. Entre les villages, des plantations de riz vert émeraude se répandent dans la distance.

Chake Chake

La ville animée de Chake Chake, située sur une crête surplombant la baie du même nom, est la ville principale de Pemba. Presque tous les points d'intérêt à Chake Chake se trouvent le long de la route principale ou à proximité. Dans cette ville se situe l'hôpital de référence pour toute l'île : *Chake Chake Hospital*.



Rue principale de la ville de Chake Chake.

2. Aspects culturels

La culture swahili résulte d'un mélange de plusieurs traditions, religions et croyances locales. L'habillement, la gastronomie et la langue se ressemblent tout au long de la côte tanzanienne et de ses îles.

Les familles y sont très nombreuses : 10 étant considéré comme un bon chiffre pour le nombre d'enfants par foyer. Le planning familial existe, cependant étant donné la précarité du système social, les gens ne reçoivent pas de retraite, raison pour laquelle ils dépendent de leurs enfants et décident donc d'en avoir plusieurs.

Les familles sont centrées autour de l'homme le plus âgé de la famille. La famille comprend ses femmes, ses frères et leurs femmes et tous leurs enfants. Les sœurs et les filles, lorsqu'elles se marient, déménagent pour faire partie de la famille élargie de leur mari. Si un problème devait surgir, comme par exemple un divorce, de la famine ou un décès, elle retournerait à la famille de son père.

Très souvent, un homme et une femme se choisissent comme partenaires pour des raisons économiques, et cela surtout dans les villages. La majorité des hommes ont plusieurs femmes, ce qui signifie une importante main d'œuvre. La femme la plus âgée d'une famille a un rôle de leader, mais seulement dans la sphère privée, puisque dans la vie publique ce sont les hommes qui prennent les décisions.

Les hommes et les femmes vivent une vie ségréguée. Il y a des tâches desquelles s'occupent les femmes, tandis que d'autres relèvent du domaine des hommes. A titre d'exemple, les femmes s'occupent de tout ce qui est en relation avec la nourriture et les invités, tandis que les hommes prennent la responsabilité du travail. Il semble quand même important de noter que 30% des membres de l'Assemblée nationale tanzanienne sont des femmes, ce qui rend le pays un des 17 pays au monde à remplir l'objectif de l'ONU en terme de représentation politique.

La nourriture est en effet une autre distinction culturelle: les femmes servent les hommes et dans la majorité des foyers, elles mangent séparément ou une fois que les hommes ont fini. Une bassine d'eau tourne, afin de s'y laver les mains; la séquence du passage de la bassine est stricte, les femmes et les enfants étant les derniers.

La culture swahilie a plusieurs caractéristiques africaines "bantou", reliquats d'avant l'arrivée des Arabes. La narration orale est une partie très importante de la vie swahilie. En effet, chaque question ou discussion peut facilement se développer en une longue histoire avec plein de petites anecdotes. Ce trait vient probablement de l'héritage arabe et africain, car ces deux cultures ont une forte tradition orale. Les Arabes étaient les premières personnes lettrées à s'établir sur l'île de Pemba. Étant connus pour leurs histoires et leurs poèmes, cette caractéristique a vite été incorporée dans le mélange de culture swahili. Cependant, la capacité de lire et d'écrire étant seulement réservée aux classes sociales supérieures (la Tanzanie est un des pays avec le plus bas taux d'inscription à l'école secondaire au monde - moins de 7% des jeunes), la mémoire était et est toujours essentielle pour les Swahilis. En effet, c'est le rôle des personnes âgées de se rappeler de l'histoire, des règles, des ancêtres, des chansons et de la poésie.

De même, les commérages sont transmis de personne en personne. Les habitants de Pemba peuvent en effet passer des heures et des heures à parler d'autrui. Par conséquent, répondre avec un simple "oui" ou "non" ou donner un rapide résumé des faits est une mission presque impossible pour un Tanzanien.

En Tanzanie, environ 35 à 40% de la population est de confession musulmane. Néanmoins, à Pemba il s'agit de 99%. De plus, les habitants de Pemba sont très pratiquants, on trouve souvent des petites filles voilées dès 5 ans. Les femmes portent des *kangas* colorés avec des proverbes inscrits dessus et un voile autour du visage.

Quasiment tous les commerces ferment pendant environ une heure pour la prière de 16h, et les vendredis à midi aussi. Par ailleurs, on entend plusieurs fois par jour l'appel à la prière. On trouve très difficilement de l'alcool sur l'île.

Ces fortes croyances coexistent relativement bien avec les idées occidentales. La croyance en la sorcellerie est très répandue à Pemba et l'île a longtemps été connue comme foyer des célèbres mais redoutés sorciers. Encore aujourd'hui, il existe un mélange intéressant entre les deux mondes: par exemple, les malades vont visiter les hôpitaux et les sorciers pour tenter de voir s'il y en a un qui marche. Quand il y a un décès ou un meurtre, un habitant de Pemba ira demander conseil autant à un policier qu'à un sorcier.

Nous avons aussi beaucoup pu sentir la présence de la religion au sein de l'hôpital. En effet, le personnel soignant féminin portait à tout moment son voile, à l'exception du bloc opératoire.

On a aussi pu être aux côtés de médecins très orthodoxes dans leurs pensées. A titre d'exemple, un matin dans le service ambulatoire de l'hôpital de Chake Chake, un médecin a refusé l'entrée à un homme qui accompagnait sa soeur en consultation, il ne voulait pas qu'un homme soit présent en même temps qu'une femme dans son cabinet.

Tout le monde à Pemba se salue par *salam aleikoum - aleikoum salam*. Ces salutations sont propre aux pays arabes et veut dire : que la paix soit avec vous ! On observe ainsi la grande influence des pays arabes sur Pemba. De plus, beaucoup des chaînes à la télévision émettent des pays du Moyen-Orient. Parallèlement, les marques de différents aliments et boissons proviennent de ces mêmes pays, plus que des pays africains.



Des filles sortant de l'école.

3. Fondation Ivo de Carneri

Pemba a toujours été bien connue des spécialistes dans la recherche des maladies tropicales. En effet, des travaux pionniers ont été effectués sur la schistosomiase, la malaria et les nématodes de transmission par le sol. Dans les débuts des années 80, une collaboration entre le ministère de la santé de Zanzibar, l'Organisation mondiale de la Santé et la Coopération Italienne a commencé, dans le but de contrôler la schistosomiase et de mettre en oeuvre un programme étendu d'immunisation.

Cette collaboration a culminé en 1986 avec un programme de contrôle de la schistosomiase à Pemba, une initiative financée directement par le Directeur général de l'OMS et la direction générale de la *Cooperazione allo Sviluppo* du Ministère italien des Affaires étrangères. Le but de ce programme était d'établir l'impact qu'avait la chimiothérapie régulière à grande échelle sur la morbidité due à la schistosomiase. Par la suite, des initiatives de contrôle ont aussi été intégrées à propos des helminthiases transmises via le sol et de la filariose lymphatique.

C'est en 1988 que le professeur Ivo de Carneri, aujourd'hui décédé, a visité Zanzibar pour une mission officielle des Affaires étrangères italiennes. Le but de sa mission était d'évaluer le progrès du programme de contrôle de la schistosomiase. Il a remarqué le besoin d'un laboratoire public international comme centre de contrôle de qualité des laboratoires périphériques, tout comme centre d'encouragement à la formation et à la recherche. La fondation Ivo de Carneri a été créée en 1994 en sa mémoire, et en 1997 l'accord entre la Fondation et le Gouvernement de Zanzibar a été signé pour la construction du *Public Health Laboratory Ivo de Carneri*. Celui-ci a vu le jour le 12 juin 2000 et fonctionne depuis cette date.

Depuis cette date, le laboratoire collabore avec des institutions nationales : *Zanzibar Health Research Council, College of Health Sciences, Research Centre Ifakaraa, National Institute of Medical Research, Muhimili University*, et internationales.

En 2005, le Laboratoire Ivo de Carneri est devenu Centre collaborateur OMS pour la schistosomiase et les parasitoses intestinales.

Le Laboratoire public international Ivo de Carneri comprend un département de bactériologie et un autre de parasitologie. Aujourd'hui, les techniciens de laboratoire du département de bactériologie s'occupent de tester la pollution fécale de l'eau et effectuent des tests de vaccin contre le choléra. Ce département est aussi un laboratoire de référence pour la tuberculose, il reçoit des échantillons de crachats de toute l'île, qui sont examinés par culture et microscopie. En ce qui concerne la parasitologie, une étude sur l'impact de l'utilisation de chaussures contre l'infection par ankylostome est actuellement en cours. Une autre étude, sponsorisée par l'Université de John Hopkins, porte sur l'efficacité de la chlorexidine comme prévention de l'infection du cordon ombilical, au lieu de laisser sécher à l'air ce dernier comme il est de coutume en Tanzanie.

C'est grâce à un contact à l'OMS à Genève, le Dr Antonio Montresor, que notre équipe a pu collaborer avec le Laboratoire public international Ivo de Carneri de Chake Chake. Un des principaux projets du Laboratoire vise à apporter un soutien aux hôpitaux de Pemba. Ce projet vise l'amélioration dans le service de diagnostic de l'hôpital de Chake Chake, avec en plus, du soutien aux trois hôpitaux de district : Mkoane, Wete et Micheweni. En effet, ces hôpitaux peuvent se référer au Laboratoire public international pour des diagnostics de second niveau.

Le directeur du Laboratoire, Said Mohamed Ali, nous a organisé un stage à l'hôpital de Chake Chake.

On passait donc nos journées à l'hôpital et plusieurs soirées au laboratoire, car c'est le seul endroit où l'on pouvait se connecter à Internet dans toute la ville.

4. Hôpital de Chake Chake

L'hôpital de Chake Chake se trouve au centre de la capitale de Pemba. Il est situé aux alentours du marché et à côté de la station des *dalla-dalla* (bus locaux).

C'est un hôpital dit central, par opposition à ceux des villes de Mkoane et de Wete qui sont des hôpitaux de district. Et en tant qu'hôpital de référence pour toute l'île, on se l'imaginait bien plus grand qu'il ne l'est en réalité : il compte un total de 150 lits, mais pendant notre stage, seulement 109 étaient utilisés car les restants étaient cassés. Cependant, la capacité maximale de patients dépasse largement ce chiffre, car quand tous les lits sont occupés, on n'hésite pas doubler, voire tripler leur capacité en mettant deux à trois patients par lit. De plus, les patients ont la possibilité de s'installer sur le sol entre deux lits.

Le personnel soignant inclut 160 personnes. Celles-ci sont pour la grande majorité formées sur l'île voisine d'Unguja, puisqu'il n'y a pas d'université à Pemba.

Les services de l'hôpital sont majoritairement pris en charge par le gouvernement. En effet, chaque consultation est gratuite. Les patients doivent payer les frais de laboratoire et tests tels que les rayons-X et ultrasonographies. Voici quelques exemples de prix de test à l'hôpital en shillings tanzaniens, 1000 TZS = environ 0.62 CHF.

Dr. [unclear]
077 2787694

Test	Price (TZS)
HEMATOLOGY	
1. FULL BLOOD PICTURE	2000/
2. HAEMOGLOBIN ESTIMATION	1000/
3. E.S.R	1000/
4. SIKLING TEST	1000/
5. BT, CT	1000/
6. BLOOD GROUP	1000/
7. BLOOD GROUP AND X-MATCHING	2000/
PARASITOLOGY	
1. MALARIA PARASITE	1000/
2. STOOL ANALYSIS	1000/
3. URINE	1000/
4. MICROFILARIA	1000/
5. U.P.T	1500/
CLINICAL CHEMISTRY	
1. BLOOD SUGAR	1500/
2. CREATININE	2000/
3. ALAT/ASAT (LFT)	3000/
4. CHOLESTROL	3000/
5. URIC ACID	3000/
6. TOTAL PROTEIN	3000/
HISTOPATHOLOGY	
1. SPERMANALYSIS	2000/
2. WIDAL TEST	2000/

En ce qui concerne les accouchements, ceux-ci sont gratuits. Quant aux actes chirurgicaux, ils sont payants, mais les sommes sont très modestes : en moyenne une chirurgie coûte au patient 15,000 TZS, environ 9 CHF. Finalement, les médicaments

sont pris en charge pour autant qu'il y en ait dans le dispensaire et qu'il n'y ait pas de changement de traitement.

Pour en finir avec les aspects économiques, une petite information sur les salaires du personnel médical : une infirmière gagne environ 120 CHF par mois, un médecin 240 CHF et un médecin-spécialiste 360 CHF. Hors du corps médical, le salaire moyen pour les habitants de Pemba est d'environ 50 CHF par mois. On comprend donc que le salaire du personnel médical est plutôt élevé en comparaison avec la moyenne locale, mais aussi très en-dessous des niveaux européens. De plus, on a aussi appris que les salaires sur l'île de Pemba sont plus bas qu'en Tanzanie continentale, ce qui favorise l'émigration des professionnels de la santé vers le continent.

En effet, il y a un grand manque de médecins à Pemba s'expliquant par une fuite des cerveaux vers l'île d'Unguja et la Tanzanie continentale. L'hôpital se trouve donc souvent très surchargé avec de longues files d'attentes.

L'hôpital de Chake Chake est divisé en plusieurs services: pédiatrique, général pour femmes, général pour hommes, service de psychiatrie aiguë, bloc opératoire, salle d'accouchement et service ambulatoire.

Les portes de chaque salle sont ouvertes vers l'extérieur et l'entrée dans chacun des services est non contrôlée. Ce manque d'intimité et de sécurité nous a surpris, car à Genève les accès sont plus restreints.



Devant l'entrée de l' "Hospital Ya Chake Chake"

4.1 Service de pédiatrie

Il est composé de deux grandes salles communicantes, chacune avec une dizaine de lits: une salle est réservée aux cas de diarrhées, tuberculose et rougeole, et l'autre aux cas de fièvre et de toux. Cependant, cette répartition est théorique, car en pratique on trouve ces deux types de cas dans la même salle, voir dans un même lit.

En effet, il y a beaucoup de promiscuité dans ces salles car les lits sont pour la plupart occupés par deux patients et chaque enfant vient accompagné de sa mère. Cela fait qu'on se retrouve souvent avec des lits occupés par quatre personnes. De plus, il n'y a pas de rideau entre les lits. Cela implique que chaque propos tenu par un médecin ou une infirmière à un patient est entendu par tous les autres patients à proximité.

Néanmoins, les infirmières de l'hôpital ont su tirer profit de ces conditions pour faire des choses utiles, comme utiliser l'information qui est adressée à un patient pour la partager avec tous les autres, et faire ainsi de la prévention. A titre d'exemple, on trouvait souvent les infirmières au milieu de la salle en train de donner des séances d'information, à voix très haute, sur le planning familial ou la façon correcte d'allaiter son enfant.

Les patients qu'on pouvait voir dans le service de pédiatrie étaient en majorité très jeunes, puisqu'à partir de 11 ans, ils étaient souvent envoyés dans les services de médecine générale.

Dans le service de pédiatrie de Pemba, les raisons d'hospitalisation varient selon l'époque de l'année. Pendant la saison des pluies (mars, avril et mai), il y a une forte prévalence des pneumonies, diarrhées et vomissements. Durant la saison sèche, de juin à octobre, il y a plutôt des infections virales. Notre stage se déroula juste à la transition entre la saison de pluies fortes et le début de la saison sèche; on rencontra donc une majorité de problèmes d'infections respiratoires telles que les pneumonies, de diarrhées et de vomissements.

Une observation que l'on a pu constater dans le service de pédiatrie : les patients sont en général traités comme de personnes très indépendantes. Ceci contraste avec la manière dont on "maternise" nos patients en Suisse. A titre d'exemple, une fois que l'infirmière a effectué une pose de voie veineuse périphérique, c'est la maman du patient qui va chercher la tubulure et le prolongateur nécessaires.

Le service de pédiatrie a été un des services où l'on a passé le plus de temps, car c'était un de seuls services où un médecin faisait des tournées chaque matin. Un des aspects qui nous a le plus marqué est l'étroite relation mère-enfant. En effet, nous n'avons jamais rencontré un enfant hospitalisé seul, les mamans accompagnant leurs enfants 24h sur 24. Un éventuel élément qui peut avoir une influence sur ce fait est que les patients voyagent souvent plusieurs heures pour venir à l'hôpital, il n'est donc pas facile pour les mères de faire des aller-retour, car cela implique du temps et de l'argent en transport. De plus, étant donné le manque de personnel à l'hôpital, les infirmières n'ont que peu de temps à consacrer à leurs patients ainsi, les enfants se retrouveraient donc seuls si leurs mamans n'étaient pas là.

Grâce au temps passé en pédiatrie, nous avons fait la connaissance du Dr Frank Varona, médecin pédiatre cubain avec qui nous a travaillé plusieurs jours. Cela nous a permis de constater l'important lien entre la politique et la santé : en effet, l'Etat tanzanien a un accord avec l'Etat cubain qui lui envoie des médecins de différentes spécialités dans différentes zones de la Tanzanie. Les médecins viennent pour une durée de deux ans. Pendant notre stage, le Dr Frank en était à ses derniers mois de séjour sur l'île. Il connaissait donc bien le fonctionnement des choses à Pemba, parlait un peu le kiswahili et était très apprécié par tout le personnel travaillant à l'hôpital de Chake Chake.

Au cours de nos nombreuses tournées de patients avec le Dr Frank le matin, nous avons beaucoup appris. Voici quelques unes de nos observations des deux salles de pédiatrie de l'hôpital de Chake Chake :

- Les enfants arrivent et ressortent de l'hôpital tous très sales. On s'attendait à ce qu'ils soient sales en arrivant, puisque c'est ainsi que sont tous les enfants des différents villages à Pemba. Cependant, on aurait pensé que les enfants seraient lavés pendant leur séjour à l'hôpital. Ceci n'est vraisemblablement pas le cas, puisque des enfants peuvent rester plusieurs jours à l'hôpital sans que le personnel soignant ne s'occupe de leur toilette. C'est parfois les mamans qui les rincent éventuellement avec des bassines d'eau.

Presque tous les enfants à Pemba marchent aussi pieds nus. On peut trouver des enfants qui jusqu'à l'âge de dix ans marchent et courent sans chaussures, autant dans les champs que sur la route goudronnée. On trouve donc beaucoup d'enfants avec des abcès aux pieds. En outre, les maladies qu'ils attrapent par des parasites sont très élevées, cela est probablement dû au fait qu'ils ne se chaussent pas. Par ailleurs, beaucoup d'enfants dans le service de pédiatrie avaient des ventres très gonflés et le Dr. Frank nous a dit à ce propos que cela s'expliquait par le fait que leur ventres étaient remplies de parasites.

- A plusieurs reprises le médecin prescrit des examens, comme une échographie, qui ne peuvent pas avoir lieu car le matériel est hors service. Ceci dénote un manque de fiabilité : les machines sont souvent en mauvais état et le service technique tarde longtemps à venir; en outre, il est fréquent qu'ils ne sachent pas comment résoudre le problème. Les médecins se retrouvent donc fréquemment dans des situations où les outils de diagnostic sont limités, et ils doivent agir sans avoir tous les éléments nécessaires pour prendre la bonne décision. Ceci entraîne plusieurs changements de traitements et une péjoration des symptômes avec le temps chez un nombre élevé de patients.

- Les moyens techniques de l'hôpital étaient extrêmement limités : il n'avait, pour le service de radiologie, qu'une salle à rayon X et une échographie sans Doppler et les analyses de laboratoires ne se comptaient sur les doigts des deux mains, même au début notre stage, seuls cinq étaient disponible, et plus qu'une les derniers jour.

- Occasionnellement, il est arrivé pendant notre stage que des infirmières prescrivent des médicaments, tels que des antibiotiques, sans demander l'avis au médecin.

- De temps en temps, quand les salles de pédiatrie étaient bien remplies, avec deux patients dans chacun des lits, on remarquait que presque tous les enfants étaient très fatigués. En effet, quand on faisait la tournée du matin de lit en lit, les enfants étaient tous en train de dormir, car ils n'avaient pas pu bien se reposer la

nuit, de par le bruit provoqué par les enfants alentour. Cette exemple est dépeint une des nombreuses conséquences de la surpopulation des chambres d'hôpital.

- Le personnel à l'hôpital n'avait que peu de notions en matière d'épidémiologie ou/et d'infection. Cela arrivait souvent que l'on retrouve dans un même lit un patient sortant d'une chirurgie à côté d'un autre avec un problème diarrhéique. Bien qu'en théorie ces patients auraient dû être placés à distance l'un de l'autre, face au manque de lits, les infirmières ne pensaient même pas à placer deux cas chirurgicaux dans un lit et à laisser un autre lit réservé aux cas infectieux.

- Il est arrivé quelquefois qu'on demande l'âge d'un enfant à sa maman et que celle-ci ne sache pas répondre avec exactitude. Cela nous a un petit peu marqué car il est vrai que dans nos pays ce genre de comportement est peu habituel.

- On a pu observer beaucoup plus de cas de syndrome de Down qu'en Suisse, ce qui s'explique par l'absence de dépistage prénatal.



Une des deux salles du service de pédiatrie.

4.2 Salle d'accouchements

La salle d'accouchements est formée d'une salle avec trois lits. Plusieurs femmes accouchent donc simultanément, côte à côte. Ceci est un nouvel exemple du manque d'intimité des patients dans cet hôpital.

Les sages femmes, qui toutes portent un voile, portent aussi des bottes de pluie en caoutchouc pour se protéger du sang ou autres liquides tombant sur le sol.

Les patientes arrivent dans la salle par leurs propres moyens pas et elles portent toutes un sac à poubelle, celui-ci servant de protection entre le lit et la patiente, afin de ne pas « trop salir » le lit. Elles arrivent aussi avec des étoffes dans les bras, souvent au même motif que celles qu'elles portent autour de leur corps et qui servira de linge pour entourer le bébé après sa naissance et pour nettoyer le sang et autres substances présentes lors de l'accouchements. L'hôpital ne fournit donc pas des linge aux patientes, ce qui peut avoir des conséquences sur l'hygiène.

Pendant le processus d'accouchement, les femmes se retrouvent couvertes de mouches, puisque la porte de la salle est ouverte et que les fenêtres ont des moustiquaires trouées, ce qui permet l'entrée d'insectes. Les femmes ne prennent même pas la peine de les chasser : ces mouches reviendront, les patientes semblent en avoir l'habitude.

Lorsque l'accouchement s'achève, le nouveau-né est posé sur un petit lit avec une lampe chaude au dessus qui agit comme couveuse. Après un petit moment de repos, la maman sort de la chambre en marchant toute seule vers la section femme du service de médecine générale où elle restera dans un lit vingt-quatre heures de plus. Ceci montre combien les patientes sont beaucoup moins cadrées et plus livrées à elles-mêmes dans cet hôpital qu'à Genève. En effet, une femme enceinte serait amenée jusqu'à la salle d'accouchement en chaise roulante voire en lit, toujours accompagnée, jamais toute seule.

D'autre part, on a pu remarqué dans cette salle que le personnel médical prête peu d'attention au confort et au bien-être du patient. A titre d'exemple, pendant qu'une femme avait ses contractions et attendait la venue du bébé, les sages-femmes avaient des conversations privées au téléphone juste derrière le lit. Si leur téléphone privé sonne, elle ne vont pas hésiter à le décrocher, et tiendront leur téléphone d'une main et continueront à masser le bas du ventre de leur patiente de l'autre.

Nous avons aussi pu apprendre une caractéristique propre à la culture des familles de Pemba dans cette salle : lorsqu'un bébé naît avec une malformation, la famille attend une semaine avant de lui donner un prénom, de façon à ne pas trop s'attacher à un enfant qui n'a pas beaucoup de chances de survie.



Lit de la salle d'accouchement ; le matériel est très usé



La couveuse de la salle d'accouchement.



Balance pour peser les nouveau-nés

4.3 Service ambulatoire

Le service ambulatoire de l'hôpital de Chake Chake, nommé *outpatient department (OPD)*, se compose de cinq salles de consultation et d'une salle d'attente au milieu. Les salles sont communicantes et ont seulement un rideau pour les séparer, ce qui implique que si un patient parle très fort dans une salle et qu'il y a du silence dans l'autre, on peut entendre les conversations, ce qui limite grandement la confidentialité des consultations. De surcroît, on entend toujours un murmure de fond, ce qui peut rendre parfois difficile l'écoute des patients et même interrompre la consultation.

Les personnes passant les consultations sont soit des médecins, soit des *clinical officers*. Ces derniers sont en fait des étudiants en 4^{ème} année, qui à Pemba pour des raisons de manque de personnel, exercent les mêmes activités qu'un médecin ferait en Suisse. Le problème est qu'en raison d'un manque d'argent, il y a des *clinical officers* qui ne poursuivront pas leurs études et donc resteront toute leur vie à ce statut, sans jamais avoir reçu toute la formation nécessaire pour être de bons professionnels.

Le manque d'argent se ressent aussi au niveau du matériel. Par exemple, dans le service ambulatoire, deux médecins se partageaient un tensiomètre entre deux salles de consultations. En plus, le brassard ne se gonflait pas et ne fonctionnait donc pas bien.

Au cours de nos journées passées dans le service ambulatoire, nous avons pu constater que beaucoup plus d'enfants que d'adultes venaient en consultation, et apparemment cela est ainsi toute l'année et non pas seulement pendant la période où nous étions présents. Cependant, nous n'avons malheureusement pas pu trouver une raison pour expliquer cela.

Les médecins tiennent des registres mensuels pour le ministère de la Santé de Zanzibar. Ces registres incluent l'annotation de chaque cas : malaria, anémie, hépatite, pneumonie, infection du tractus urinaire, dysenterie, autres maladies diarrhéiques (à part dysenterie et choléra), fièvre typhoïde, oreille-nez-gorge-tête-cou, zona, varicelle, autres maladies de la peau, maladies dentaires, schistosomiase, infection du tractus respiratoire supérieur, vers intestinaux, maladies oculaires. Cela sert à avoir des statistiques des cas.

C'est dans ce service que nous avons beaucoup appris sur le déroulement d'une consultation à Pemba et à propos de la relation médecin-malade:

- Les consultations durent un peu moins de cinq minutes. Cela implique donc qu'ils voient beaucoup plus de patients en une journée qu'à Genève. Plus précisément, un jour normal, entre 8h et 12h, un médecin peut voir dans ce service environ 50 à 70 patients. La médecine à Pemba vise donc plus la quantité que la qualité. On se demandait comment il était possible qu'une consultation dure cinq minutes. On a découvert lors de notre temps passé dans le service ambulatoire à accompagner les médecins pendant leurs consultations que ceci est en grande partie dû à l'abolition de la phase sociale, étape tellement importante en Suisse.

- Il n'y a pas de serrage de mains et les salutations sont très brèves: le patient entre, il s'assoit, le médecin le salue par un rapide *salam aleikoum*, auquel le patient répond *aleikoum salam*, et le médecin passe directement à l'anamnèse par symptômes.

- Pendant les consultations, il y a constamment des interruptions : des personnes entrent dans la salle sans même frapper à la porte et demandent quelque chose au médecin qui est en pleine discussion avec le patient. Le téléphone du médecin sonne aussi souvent pendant la consultation, et celui-ci le décroche à chaque fois et entame une petite conversation pendant que le patient attend. En effet, on fait beaucoup moins attention à comment se sent le patient, comparé à la Suisse.

- Autrement, la structure de base de l'examen physique est la même qu'à Genève, avec inspection, auscultation, percussion et palpation. Cependant, on a pu remarquer que chacune de ces étapes se faisait de façon très rapide et superficielle en général.

- A la fin de la consultation, le médecin demande à son patient d'aller appeler le patient suivant. C'est donc le patient qui fait à Pemba, ce que le médecin ou la secrétaire s'occuperait de faire à Genève.

- Le médecin est assis sur une grande chaise en bois, par contre le patient lui est sur un petit tabouret, souvent cassé. Quand le patient vient accompagné, comme par exemple un enfant qui vient avec sa maman ou deux frères qui viennent ensemble, une personne se retrouve debout ou ils s'assoient l'un sur l'autre, car il n'y a qu'une chaise de disponible pour le patient. On voit donc que le médecin est dans une position dominante par rapport au patient.



"Clinical officer" qui passe ses consultations dans le service ambulatoire

4.4 Clinique mobile de Gombani

La fondation Ivo de Carneri a ouvert en 2003 dans le village de Gombani, avec la collaboration de la *St. Andrews Clinic for Children*, une clinique. Le but de la clinique de Gombani est de mettre un accent sur les traitements des mères et des enfants, étant donné le manque de ceux-ci à Chake Chake, et ainsi améliorer leur santé. En effet, rien que dans le village de Gombani, il y a 22% d'enfants en dessous de 5 ans et environ 3,480 femmes en âge de procréer.

La Clinique inclut actuellement une section qui s'occupe des vaccinations de la petite enfance. Les vaccinations recommandées sont : une dose de BCG, une dose de rougeole, trois doses de DTP-HepB-HIB et trois doses pour la poliomyélite. Elle est gérée directement par le ministère de la santé. D'autres objectifs visent à : fournir gratuitement de médicaments aux mères et enfants venant à la clinique, mener des activités d'éducation sanitaire auprès des mères à propos des maladies les affectant elles et leurs enfants, et gérer la clinique mobile de Gombani.

Pendant notre séjour à Pemba, nous avons eu la chance de pouvoir participer à des missions de la clinique mobile de la Clinique de Gombani. La clinique effectue des visites deux fois par semaine à des unités de soins primaires. Deux sites différents sont visités chaque mois. Les équipes envoyées comprennent généralement un pharmacien, un médecin et deux infirmières. A chaque mission, les médecins passent des consultations pendant une demi-journée et essaient de voir un maximum de patients par jour.

Dans ces missions, on traite bien sûr des problèmes mineurs. Dès qu'un cas s'avère trop compliqué, il est envoyé à un hôpital central comme celui de Chake Chake.

Le but de la clinique mobile est de fournir des soins dans des zones isolées, afin d'éviter aux patients habitant des régions éloignées de devoir se déplacer et dépenser de l'argent pour aller visiter un hôpital de ville, tout en décongestionnant en même temps les hôpitaux de référence. La conséquence logique de ce système était que devant la salle de consultations, une énorme file d'attente se formait à chaque visite médicale.



Lors des missions effectuées avec la clinique mobile, il y a deux observations qui ressortent le plus. Premièrement, on a vu beaucoup de cas d'hypertension, même chez les jeunes. Cela nous a beaucoup surpris car on pensait que l'hypertension était une maladie plus typique des pays du premier monde. Ceci s'explique par une alimentation pas très équilibrée.

A part cela, on a remarqué un point sur lequel il a été insisté pendant nos études : l'importance de l'anamnèse. En effet, les médecins de la clinique mobile effectuaient une longue anamnèse, mais peu ou pas d'examen physique.



Consultations lors d'une mission à la clinique mobile de Gombani.



Réserve de médicaments.

4.5. Service de médecine générale

Le pays étant musulman, la coutume voulait que les patients soient séparés en fonction de leur sexe. Ainsi, il y avait un service pour les hommes, le « male ward », et un autre pour les femmes, le « female ward ». Le titre du chapitre est trompeur, car ce n'est pas un service de médecine général à proprement parler ; on devrait plutôt parler de service de médecine à compétence résiduelle : tous les cas qui n'étaient pris en charge dans aucun autre service, ni en pédiatrie, ni à la maternité, ni dans aucun autre bâtiment, revenaient automatiquement à ces deux services. Ils faisaient ainsi gage de soins intensifs, salle de réveil, service de cardiologie, et encore toutes les autres compétences de services qui existent dans un hôpital tel que les HUG. Chaque ward comptait une vingtaine de place, et il était rare qu'ils ne fussent pas pleins.

Même si les patients étaient ainsi ségrégués, le personnel soignant n'avait pas d'affectation particulière en fonction du sexe : un médecin homme pouvait exercer dans le « female ward » et vice versa. Le responsable qui y exerçait n'était pas un médecin, mais ce que l'on appelait un « clinical officer », grade qui était accordé aux étudiants de 4^e année lorsqu'ils exerçaient sans surveillance durant deux ans en clinique avant d'obtenir leur diplôme de médecin. Il y avait un officer par service, qui faisait le tour des patients durant un peu moins d'une heure chaque matin, puis qui, selon les jours, soit aidait les infirmières à faire leur travail, soit allait dans d'autres services afin d'apporter son aide avant de partir entre midi et quatorze heures.

Les officers n'étaient donc présents que le matin en semaine. Les après-midi et les week-ends, il n'y avait pas de médecin. Si une urgence avait lieu, seules les infirmières pouvaient réagir et même lorsqu'elles appelaient le médecin « on call » pour les urgences, il ne venait pas toujours.

Les infirmières étaient peu consciencieuses de faire leur travail correctement, et même s'il est vrai que l'hôpital souffrait d'un très léger manque de personnel, bien souvent, le service était vide de tout personnel médical, parfois pendant plusieurs heures de suite, car les infirmières qui auraient dû être là étaient parties discuter avec leurs amies dans d'autres services. Même quand elles étaient à leur poste, il était fréquent qu'elles se contentent de rester assises à ne rien faire ou à converser plutôt qu'accomplir les tâches qui leur étaient assignées et le fait de les voir s'en acquitter devenait l'exception. Leur capacité à réagir aux urgences, tout comme celle des clinical officers, était très mauvaise car ils ne savaient pas comment quoi faire, sans compter que leur temps de réaction était terriblement long. Tout ceci avait une répercussion sur la qualité des soins qui en devenait plus que médiocre. La responsabilité de cette médiocrité en incombait certes à leur formation qui, de tout évidence, n'était pas d'une bonne qualité, mais également à leur motivation et leur éthique personnelle qui n'était pas ceux que l'on aurait attendu de personnes de leur rang, particulièrement au vue de la situation socio-économique et géo-démographique de l'île. Comme disait un dicton local « If you can work in Pemba, you can even work in Hell ». Ils ne pouvaient être plus dans le vrai.

4.6 bloc opératoire

L'hôpital de Chake-Chake contient une seule salle de chirurgie. Celle-ci est spacieuse par rapport aux autres pièces de l'hôpital. La table d'opération se trouve au milieu de la salle et est éclairée par une grande lampe. Lorsque des pannes de courant surviennent, les chirurgiens habitués continuent leur travail à la lumière du jour. Au fond du bloc, quelques machines de monitoring sont disponibles. Tout au long de chaque intervention, un grand nombre de professionnels de la santé étaient présent : des infirmiers, un anesthésiste et plusieurs chirurgiens .



a spécialité des chirurgiens n'étaient pas forcément corrélée avec la spécialité de l'intervention ; Pour illustration, un médecin généraliste pratique des Césariennes. En tant qu'observateur, nous avons relevé une grande complicité de groupe. La relation est harmonieuse et le travail organisé et méthodique.

Ce qui nous a marqué est que le personnel fait des allées et venues dans le bloc durant une opération. Il s'absente et revient avec les mêmes vêtements, gants et masques de chirurgie. L'hygiène y est donc précaire. Le bloc n'est pas stérile. Entre deux patients lorsque le sol est lavé il est uniquement rincé avec des seaux d'eau.

Le temps d'intervalle entre deux patients est très court. Les patients sont opérés les uns après les autres. En trois heures, nous avons assisté à une césarienne, une cure d'hernie inguinale et un lavage de péritonite.

4.7. Mortalité infantile

La mortalité infantile ou taux de mortalité infantile est une statistique: 'nombre d'enfants mort avant 1 ans/nombre total d'enfants nés vivants' qui permet d'évaluer la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques d'un pays.

La réduction du taux de mortalité infantile fait partie des objectifs du millénaire pour le développement de l'Organisation des Nations Unies. En effet, les Etats membres des Nations Unies ont convenu d'atteindre d'ici 2015 les 8 objectifs suivants:

- 1) Réduire l'extrême pauvreté et la faim
- 2) Assurer l'éducation primaire universelle
- 3) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- 4) Réduire la mortalité infantile (enfant de moins de 5ans)
- 5) Améliorer la santé maternelle
- 6) Combattre le VIH/ SIDA, le Paludisme et autres maladies
- 7) assurer un environnement durable(améliorer l'assainissement et l'accès à l'eau potable)
- 8) mettre en place un partenariat mondial pour le développement

La mortalité infantile est plus importante dans les pays en voie de développement que dans les pays développés due à la pauvreté, à la malnutrition, pollution, ainsi qu'au manque d'éducation, d'eau et d'hygiène.

Selon l'UNICEF (Fonds des nations unies pour l'enfance), les causes de la plupart des décès d'enfants sont: les morts à la naissance, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, la déshydratation due à la diarrhée, le paludisme et la rougeole.

Deux tiers de ces décès sont évitables par des techniques telles que la vaccination, les antibiotiques, la thérapie de réhydratation par voie orale, les suppléments en micronutriments et l'amélioration d'allaitement pratique.

L'UNICEF, en partenariat avec les gouvernements, l'OMS et d'autres acteurs, étant des interventions rentables en faveur de la santé et de la nutrition pour réduire le nombre de décès néonataux et des jeunes enfants, à des causes que l'on peut prévenir et traiter facilement.

Les pédiatres dr Frank Varona Rodriguez et dr Yamila L.Chong Labrada ont réalisé un travail dont le but est de connaître les caractéristiques principales de la morbidité et mortalité infantile dans l'hôpital régional de Chake-Chake.

Pour ce faire, ils réalisèrent des études descriptives, transversales et rétrospectives durant les années 2010-2011 dans le service de pédiatrie de cet hôpital, qui est le centre de référence des hôpitaux de l'île. Ce service prend en charge les hospitalisations, les consultations externes et la néonatalogie.

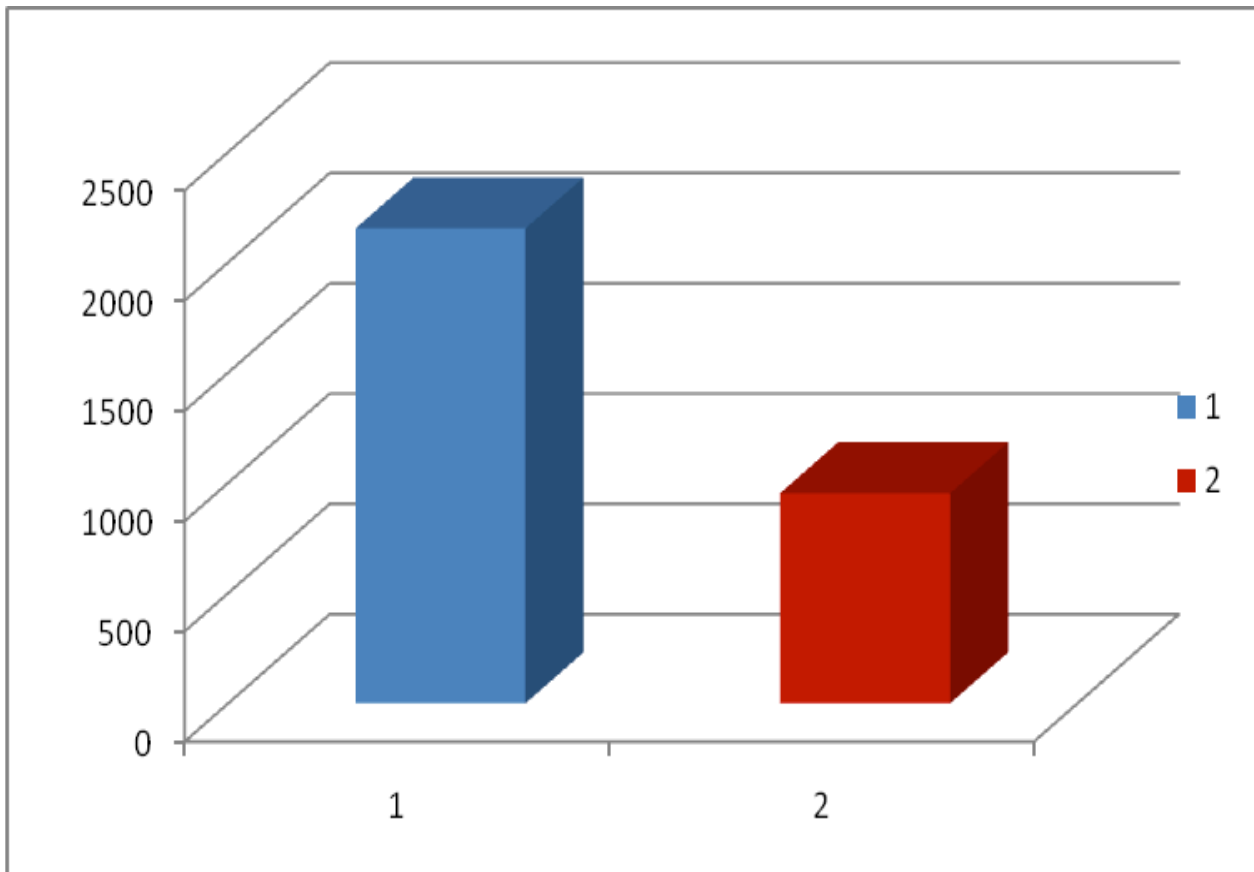
L'étude réalisée a comme univers le nombre total de patients pédiatriques traités dans la période et comme échantillon les patients pédiatriques admis à l'hôpital.

-Les résultats sont les suivants:

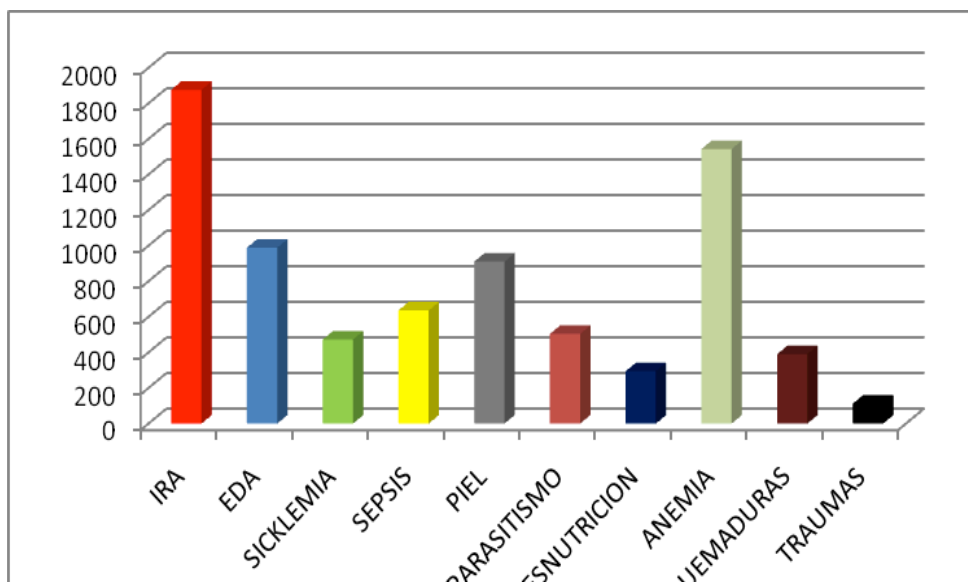
- le nombre de cas admis durant la période étudiée dans le service de pédiatrie est important. En moyenne 4,2 enfants sont admis par jour et restent quatre à cinq jours. L'indice de rotation des lits est de 0.4 jour. Le service de pédiatrie dispose de vingt-deux lits.

Ceci signifie que 2 patients occupent le même lit en même temps.

- Le résultat le plus relevant est lié à l'âge. Effectivement, la quantité d'enfants hospitalisés de moins de 5 ans s'élève à 69,33%. Cette observation correspond aux rapports fait à l'échelle mondiale.



- Dans l'hôpital de Chake Chake les causes principales de morbidités sont: les infections respiratoires aiguës, l'anémie, l'EDA (maladie diarrhéiques aiguës), les maladies de peaux, la septicémie, le parasitisme, les brûlures, la malnutrition et les traumatismes



Quelques brefs cas cliniques seront présentés dans la section suivante afin d'illustrer quelques uns des points présentés plus haut. Toutes les causes de morbi-mortalités ne seront pas reprises car dans un souci d'intégration avec l'expérience clinique, seules les points en relation avec des cas intéressants rencontrés en pédiatrie seront développés.

Infections respiratoires aiguës

Il est vrai que la plupart des enfants dans le service de pédiatrie se présentaient avec une pathologie respiratoire telle que: Rhinopharyngite, Angines, Otites, Sinusites, bronchites, Coqueluche, Asthme, Syndrome de Croup (laryngo-trachéobronchite), Bronchiolite, Pneumonie.

La pneumonie

- La Pneumonie est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5ans dans le monde. Chaque année plus d'un million d'entre eux décèdent de cette pathologie respiratoire.

Cette statistique est supérieure à celle décrivant le nombre d'enfants mourant chaque année du SIDA du paludisme de la rougeole réunis.

Le risque accru d'Infections Respiratoires Aiguës est associé à:

- un bas niveau socio-économique du pays
- un faible niveau d'éducation du père et de la mère.
- des facteurs saisonniers et climatique (saison froide et des pluies dans les pays du Sud)
- l'environnement (surpopulation et pollution)
- au sexe masculin (sex-ratio 1,7/1)
- l'âge ; le risque de décès le plus élevé est chez le prématuré et le nourrisson de 1 à 3 mois
- l'état nutritionnel (arrêt de l'allaitement maternel, malnutrition protéino-énergétique)
- au déficit immunologique congénital ou acquis

La Pneumonie est une infections des alvéoles, des voies respiratoires distales et de l'interstitium pulmonaires qui se manifeste par une augmentation de la masse pulmonaire, le remplacement du caractère spongieux du poumon par une consolidation, et des alvéoles remplies de leucocytes, hématies et fibrines.

Pour le clinicien, la pneumonie est un ensemble de symptômes et signes cliniques tel que: fièvre, frissons, toux, douleur thoracique pleurétique, matité à la percussion, souffle tubaire, craquements auscultatoires, sibilants, frottement pleural.

Il reste souvent une part d'incertitude lors du diagnostique clinique de pneumonie car un certain nombre de maladie pulmonaires non infectieuses peuvent se présenter sous le même aspect.

Chez les enfants de moins de 5ans, une difficulté en plus se présente pour poser le diagnostic. En effet, chez les jeunes enfants les muscles respiratoires ne sont pas entièrement développés, l'arbre respiratoire est plus fin et se collabe plus facilement. Il n'est pas rare d'entendre à l'auscultation des bruits exagérés et des bruits qui dépendent de la position de l'enfant.

Anémie

Les causes d'anémies étant très diverses et nombreuses, elles ne seront pas détaillées ici.

Maladie diarrhéique aigüe

Les maladies diarrhéiques aigües : Sur l'île de Pemba, l'infection bactérienne est la cause la plus fréquente de la diarrhée. La diarrhée parentérale est la plus courante chez les enfants. Elle est secondaire à une infection respiratoire. Les enfants avalent leur sécrétions respiratoires ce qui provoque une accumulation de mucus et une infection gastro-intestinale. Les infections respiratoires sont à guérir en priorité.

C'est une diarrhée aiguë (moins de quatre jours) et continue. La seconde cause de diarrhées sur l'île est l'infection parasitaire. Elle se présente par une diarrhée chronique et intermittente, accompagnée de fièvre, douleurs abdominales et perte de poids.

Dermatomycose

Voici l'exemple d'une patiente souffrant d'une dermatomycose rencontrée à la clinique de Gombani.

Le bébé fut hospitalisé le lendemain dans l'hôpital de Chake-Chake.

Parasitoses: exemple de la malaria

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde. Elle touche 103 pays, plus d'un milliard de personnes et est responsable de un à trois millions de décès chaque année. Elle est au 1^{er} rang des priorités de l'OMS tant par ses ravages directs que par ses conséquences socio-économiques dont une improductivité aboutissant à la sous-alimentation et au sous-développement.

En Tanzanie, 43% de la population souffre de la Malaria au moins une fois dans sa vie. Le *Plasmodium Falciparum* est à l'origine de 91% des infections alors que le *Plasmodium Vivax* en entraîne 8% et 1% restant sont causées par les *Plasmodium Ovale et Malariae*.

Le paludisme est dû à un parasite, le Plasmodium, transmis par la pique de l'anophèle qui en est le vecteur.

La transmission a toujours lieu par ce biais. Il n'y a pas de transmission d'hommes à hommes.

Chez l'être humain, l'infection débute lorsque l'anophèle femelle inocule des sporozoïtes plasmodium qui proviennent de ses glandes salivaires durant un repas de sang. Ces sporozoïtes sont ensuite transportés au foie de l'humain via le flux sanguin. Ils envahissent les cellules parenchymateuses hépatiques et y débutent une période de reproduction asexuée. Un sporozoïte peut à lui seul engendrer de 10 000

à 30 000 mérozoïtes qui vont envahir les globules rouges après l'éclatement de la cellule hépatique. Les mérozoïtes se multiplient à leur tour dans les érythrocytes et prennent le nom, trophozoïtes. Quand la densité de parasites atteints 50 microlitre de sang le stade symptomatique de l'infection débute.

Le paludisme se manifeste par de la fièvre, des maux de tête et des vomissements. Ces symptômes aspécifique au paludisme apparaissent généralement dix à quinze jours après la piqûre de moustique. La fièvre est irrégulière et s'élève au dessus de 40°C. Elle est associée à la rupture des globules rouges due à la synchronisation de la sporulation. Les épisodes de forte fièvre s'accompagnent de tachycardie et parfois de confusions et délires.

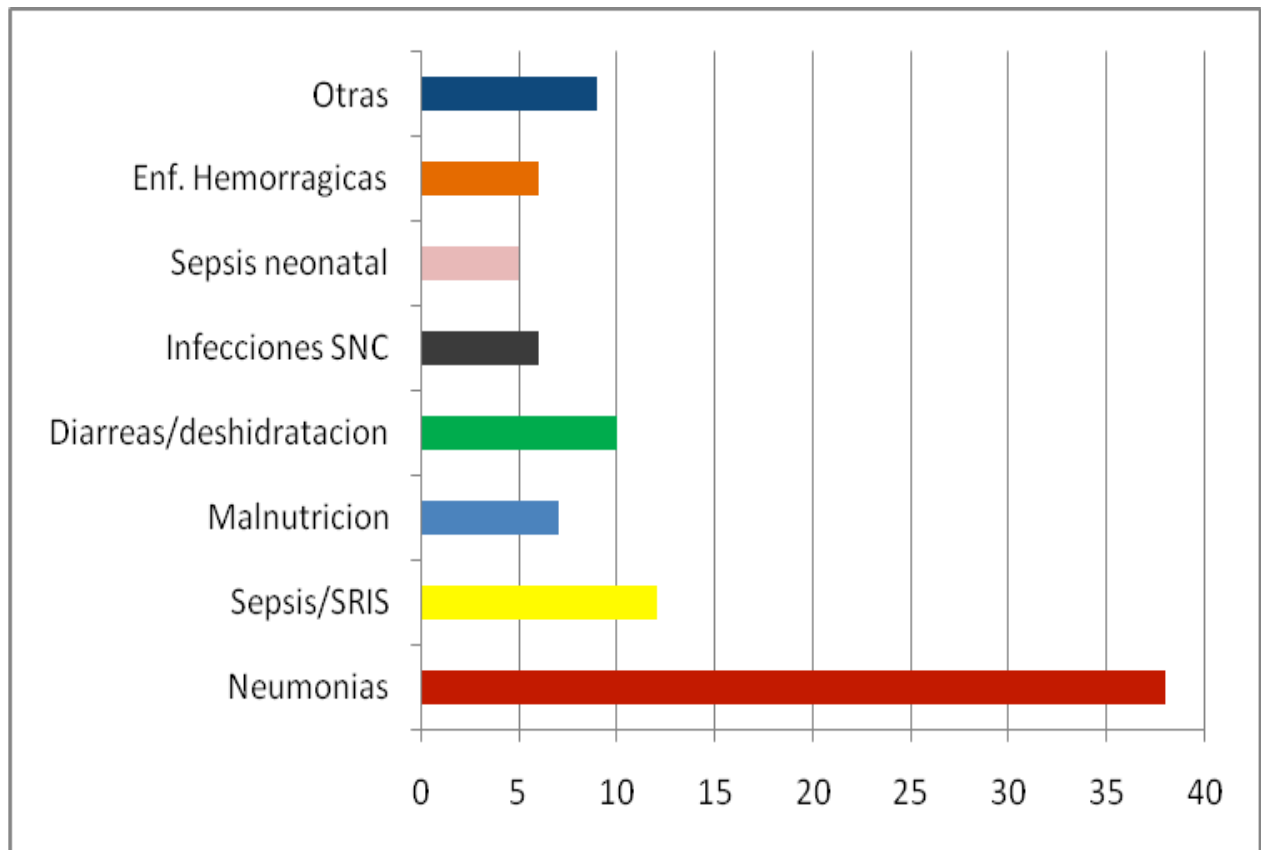
En l'absence de traitement, le paludisme peut entraîner rapidement le décès par les troubles circulatoires qu'il provoque. Lorsque l'hémolyse intraveineuse massive survient les complications dues au blocage au niveau des capillaires peuvent être fatales, en particulier si elles ont lieu dans le cerveau.

En Tanzanie, pour confirmer le diagnostic de Malaria deux tests sont disponibles: le TDR (Test de Diagnostic Rapide) par détection d'antigène et l'examen au microscope optique d'un frottis sanguin.

Le TDR, principalement fourni par l' aide internationale, est pratiqué en premier . Il s'agit d'un test sérologique pratiqué sur une goutte de sang prélevée au bout du doigt.

Le frottis sanguin est utilisé lorsque le TDR est positif. Ce test quantitatif permet d'estimer le niveau de parasitémie et déterminer l'espèce de Plasmodium.

- Les causes les plus fréquentes de mortalité sont: la pneumonie, la septicémie, la déshydratation suite à la diarrhée, la malnutrition



La malnutrition

Six millions d'enfants meurent suite à la faim sur la planète. En Afrique, plus de vingt millions d'enfants souffrent de malnutrition à cause de la pauvreté (faiblesse des revenus).

L'ignorance des femmes sur les groupes alimentaires nécessaires à l'organisme pour le développement de l'enfant, la mauvaise répartition intrafamiliale du repas, le mauvais sevrage et les croyances alimentaires en sont également responsables.

Les maladies diarrhéiques constituent la première cause de consultation. Chez ces malades, elle s'aggrave par une malnutrition sévère. Un enfant malnutri fera au minimum sept épisodes de diarrhée dans l'année.

La malnutrition est une maladie qui fragilise et expose les enfants à diverses maladies et contribue aux décès infantiles.

La malnutrition est un déséquilibre de l'état nutritionnel , qui constitue un réel problème de santé.

La sous nutrition est une maladie due à l'insuffisance des apports alimentaires à l'organisme. Celle-ci se manifeste sous 2 formes essentielles:

- 1) la malnutrition protéinique nommé Kwashiorkor
- 2) la malnutrition protéino-calorique nommé Marasme

Le kwashiorkor est un déséquilibre de la ration alimentaire aux dépens des protéines. Le Kwashiorkor se rencontre surtout chez les enfants de 1 à 3 ans. Il survient à la fin d'une période de sevrage ou après une rougeole. Les symptômes du Kwashiorkor sont: un arrêt de la croissance qui se traduit par un faible poids par rapport à l'âge, des œdèmes surtout des pieds, des chevilles et du visage. L'enfant a une apparence bouffi, triste, avec un ventre ballonné. L'enfant manque d'appétit. Lorsque la maladie s'aggrave les cheveux se décolorent, se défrisent et tombent, la peau s'éclaircit, la diarrhée s'installe.

Le traitement prescrit par le médecin cubain est une recette protéique : des blancs d'œufs battus en neige avec un peu de sucre. L'enfant en sera nourri plusieurs fois par jours jusqu'à ce que son état s'améliore.

Le marasme est la manifestation d'une sous alimentation globale à la fois pauvre en protéines et en aliment énergétiques. L'enfant ne mange pas à sa faim.

Le marasme peut se déclarer très tôt, entre la naissance et six mois, en conséquence d'une mauvaise lactation due à une mère mal nourrie et/ou des grossesses rapprochées.

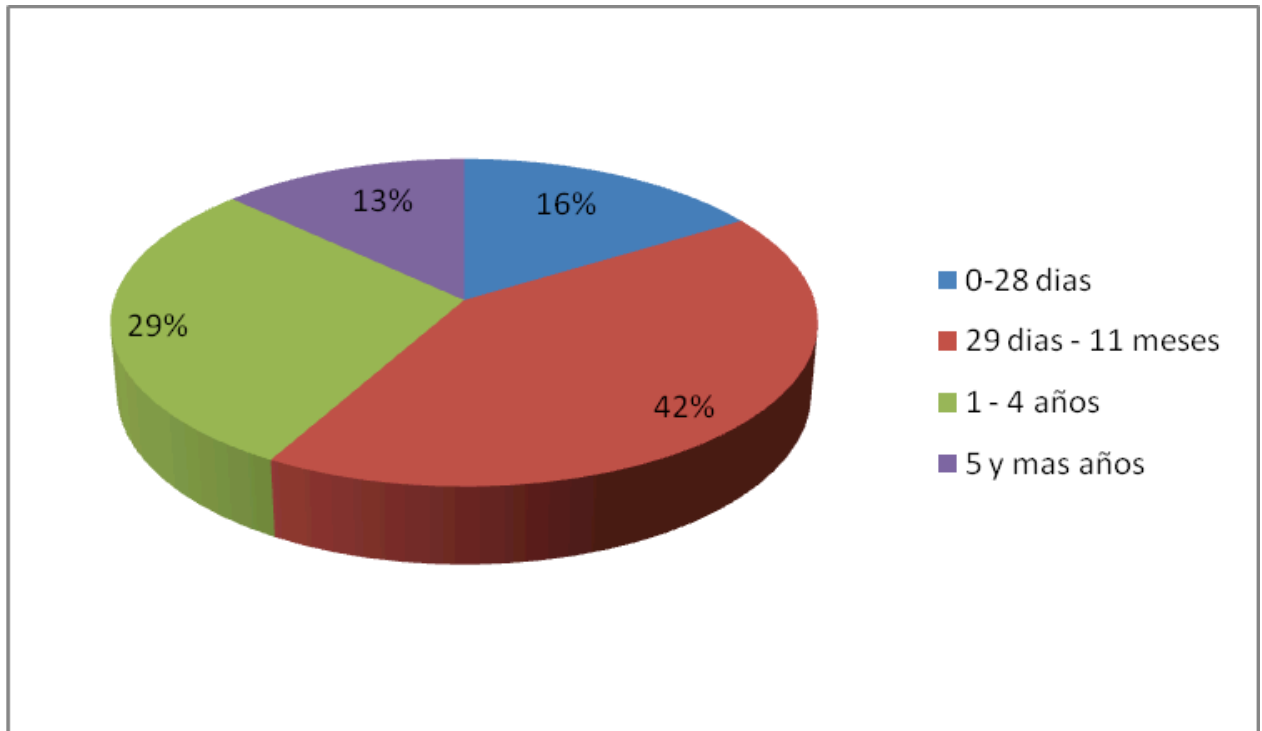
Dès le 6^{ème} mois, la lactation diminue et devient insuffisante pour l'enfant qui grandit; l'allaitement au biberon est souvent une des causes de Marasme. Il est vrai que le lait à un prix très élevé et l'hygiène dans la préparation des biberons est défectueuse entraînant des diarrhées qui aggravent la dénutrition. Un cercle vicieux s'installe.

Les symptômes du Marasme sont un arrêt de la croissance, une importante perte de poids, une atrophie nette des muscles, une absence des graisses sous-cutanée. L'enfant d'une maigreur extrême reste vif, il n'a pas d'œdèmes, ses cheveux sont normaux et il a faim.

Ces deux tableaux cliniques sont rarement isolés et sont en général associés; il donne la forme intermédiaire: le Kwashiorkor-marastique également nommé la malnutrition protéino-calcaire, caractérisé par le symptôme des deux affections.

Mortalité infantile

Durant cette étude, 58% des enfants sont morts avant leur première année, dont 42% entre vingt-neuf jours et onze mois. Ces résultats corrélerent avec les rapports de l'OMS indiquant qu'au niveau de la population mondiale, la majorité des enfants décédaient avant leur première année.

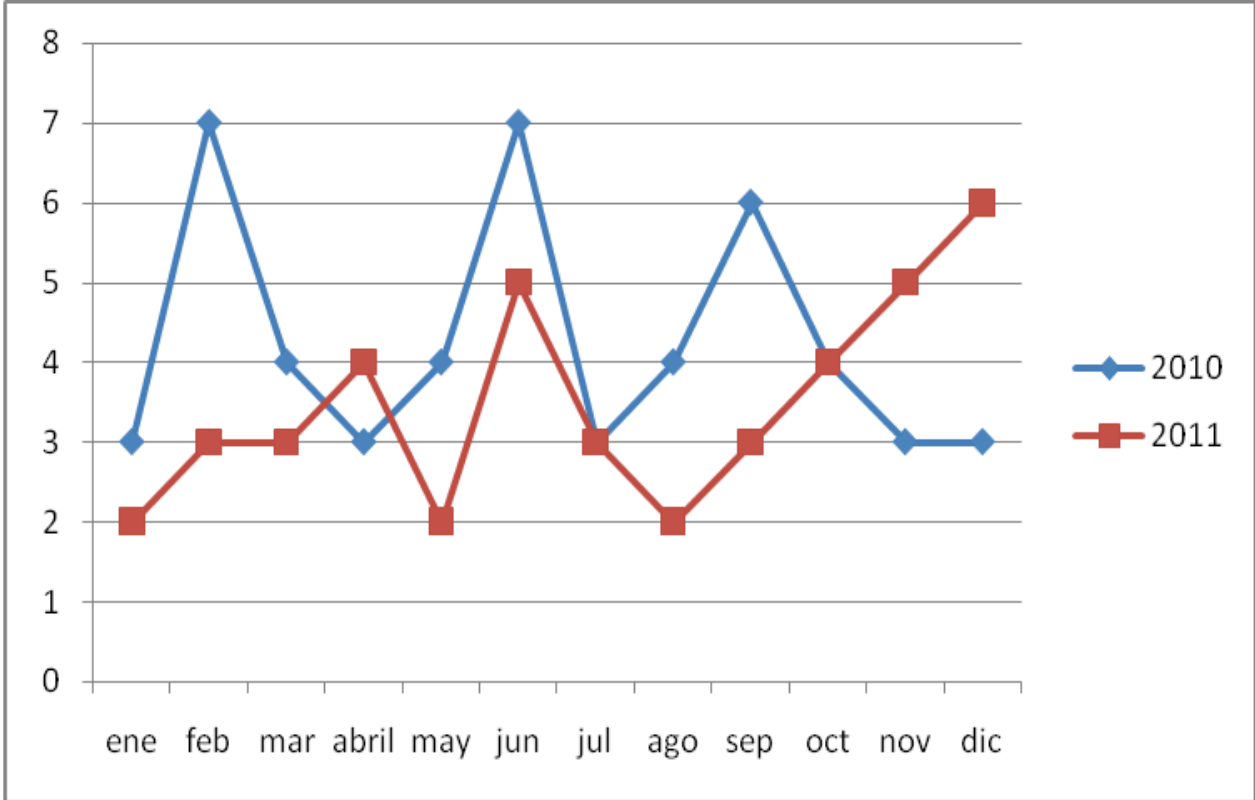


Baisse de la mortalité

Des mesures sont prises pour réduire la mortalité infantile dans le monde. Il s'agit de renforcer les systèmes de santé nationaux, de soutenir les investissements dans les structures, d'élargir les programmes de vaccination, d'appuyer les efforts de nutrition ciblés sur l'enfant et la mère, de renforcer le suivi et la croissance des enfants, ainsi que la santé et survie maternelle.

De nombreux pays africains ont enregistré des progrès au niveau de la baisse de mortalité infantile et juvénile.

La Tanzanie est incluse dans les pays qui ont fait des avancées considérables. Les réductions de la mortalité infantile et juvénile figurent parmi les meilleurs résultats enregistrés en Afrique sub-saharienne. De plus, l'accès au service de santé s'est aussi amélioré, en particulier pour les plus pauvres. La mortalité infantile a chuté de plus de 40 % en Tanzanie. Cette baisse de mortalité s'observe également à l'hôpital de Chake-Chake.



5. La gestion des endémies

A. Les maladies infectieuses contractées dans l'environnement

I. Helminthiases

Les helminthiases sont, d'après un membre du corps médical de l'hôpital de Chake-Chake, une des causes majeures d'infections de Pemba. Une grande partie de l'île se trouve en zone rurale et même les « villes », qui devraient plutôt être nommées « villages », accueillent en leur sein de nombreuses zones vertes. De plus, le climat équatorial qui règne à cet endroit induit une grande prolifération des helminthes.

Les conditions naturelles de Pemba combinées au manque d'hygiène effroyable dont font preuve ses habitants ont pour résultante de très nombreuses infections à vers, à l'instar de nombreux pays africains.

Face à cet état de fait, certaines mesures ont été mises en œuvre pour lutter contre cette endémie. Il est possible d'agir à deux niveaux : en amont, au niveau de la cause, c'est-à-dire au moment du contact avec le parasite, et en aval, après l'infection.

La première ligne de défense des indigènes face à ces microbes est la grande campagne de santé publique menée il y a quelques années par le gouvernement: afin de réduire l'incidence de ces infections, il a été donné gratuitement à tous les habitants de l'île des cachets prophylactiques de métronidazole. Le corps médical n'a pas pu me dire si cela avait marché ou non car malheureusement, la compliance des habitants était assez mauvaise.

La deuxième ligne de défense se situe au niveau de l'hôpital. En effet, et ce de façon quasi systématique, lorsqu'un patient arrivait à l'hôpital, à part si la raison de sa venue était si évidente qu'elle « sautait au visage » des soignants, à savoir par exemple une femme en train d'accoucher, et ces raisons évidentes étaient malheureusement rares, le temps de trouver la véritable cause du problème, le patient était mis sous métronidazole et un autre produit qui différait selon le cas. Cette utilisation abusive de l'antibiotique, qui n'était pas le seul exemple de surmédication mais l'occasion d'en parler plus en détails se présentera lors du chapitre « traitement », rappelait avec amusement celle des sangsues au Moyen-Age en occident. La croyance populaire traduite par « les sangsues, c'est bon pour tout », à l'instar des saignées, est transposable, de façon tout à fait remarquable, dans le contexte de Chake-Chake, si l'on remplace évidemment « sangsue » ou « saignée » par « métronidazole ».

Il a été dit qu'il était possible, pour lutter contre cette endémie, même si le raisonnement pour toutes les endémies, épidémies, pandémie, d'agir à deux niveaux : en amont et en aval, or, les deux moyens de lutter contre les helminthiases décrits plus hauts ne visent que l'aval. Cela soulève un autre problème du système de santé qui sera approfondi plus tard : le corps médical ne fait jamais de prévention auprès des patients, mais c'est pourtant cette prévention, le fait d'agir avant que ne surviennent les problèmes, qui est la façon l'efficace d'améliorer les problèmes de santé publique de ce type.

II. La malaria

Malgré les nombreuses failles du système de santé, il est bien une chose qu'il faut admettre qu'ils ont réussi à réaliser avec brio : la diminution spectaculaire de l'incidence de la malaria. Selon le corps médical, cette incidence est inférieure à 1%. On est en droit de se demander comment ils ont réussi à atteindre de tels chiffres. Cette fois encore, ils ont agi à deux niveaux :

En amont, au niveau de la prévention. Ce n'était pas le cas partout, mais dans les villes, la plupart des habitants avaient des filets de métal inamovibles à la place de vitres à leurs fenêtres, ce qui avait pour double avantage de ne pas faire souffrir l'intérieur des bâtiments de la chaleur due à l'effet de serre mais au contraire de laisser le vent circuler, et empêchait les insectes d'entrer. Ils avaient de plus des moustiquaires au-dessus de leurs lits. Ces mesures sont efficaces certes, mais ce sont essentiellement les autochtones de la ville qui en jouissaient et c'est malheureusement dans ces zones que les probabilités d'attraper la malaria sont les plus faibles. L'anophèle se rencontre préférentiellement dans les zones rurales et à cet endroit, les gens se protégeaient de manière beaucoup moins efficace. La scène la plus éloquente l'explicitant montrait une femme dormant allongée sur le sol devant une maison, sans filet sur elle, en pleine nuit dans une forêt.

Le système n'était pas parfait mais c'était la seule parmi les quatre grandes endémies qui avait une incidence si basse et pour laquelle la prévention était existante.

Leur action en aval se déroulait à l'hôpital. Systématiquement, dès qu'un patient arrivait fiévreux, il lui était fait un test, le TDR qui est un test peu sensible, pour démontrer la présence de malaria. Etant donné la faible incidence de la maladie, le test était pratiquement toujours négatif, mais cette systématique a également contribué à faire diminuer drastiquement le nombre de personnes infectés.

B. Les maladies infectieuses transmissibles d'homme à homme

III. Le syndrome d'immunodéficience acquise dit SIDA

Le SIDA est également très répandu sur l'île. Le pays étant à très forte majorité musulmane croyante et pratiquante, 99% selon certaines sources, la culture islamique était partie intégrante des mœurs culturelles, et parfois, leur interprétation du Coran était toute particulière sur nombre de coutumes. D'après leurs dires, il leur était interdit d'avoir de quelconques rapports sexuels protégés. Le port des préservatifs étant inexistant, le nombre de femmes pouvant aller jusqu'à quatre, les partenaires sexuels rencontrés en dehors des liens du mariage, les viols éventuels : tous ces facteurs contribuaient au maintien d'une forte présence du SIDA dans la population. La population adulte tanzanienne comporte 6.5% d'individus contaminés par le HIV selon les statistiques de UNAIDS, ce qui est peu par rapport à d'autres pays d'Afrique Australe comme l'Afrique du Sud. Il faut cependant appréhender avec précaution ces chiffres : ils représentent une moyenne de tout le pays, et à Pemba, les gens ayant un taux de fertilité surpassant de

deux fois celui de Unguja et encore plus celui du continent, on peut admettre qu'ils ont plus de relations sexuels et donc peut-être que la transmission est augmentée.

Leur action en aval était simplement le traitement des patients malades, mais le peu de situations observés ont laissé entrevoir deux défauts majeurs :

le premier est le fait que le test était performé trop tôt sur les patients. Utiliser un exemple particulièrement éloquent peut être une bonne aide pour illustrer ce principe : le test a notamment été effectué sur une fillette d'une demi-douzaine d'années moins de trois jours après son viol. L'infirmière lui ayant fait le test l'a simplement laissée repartir sans rien lui dire, sans lui demander de repasser pour refaire un test ou même, bien évidemment, sans conseils préventifs.

Le second était le manque de suivi des patients, qui était un corolaire du désintérêt dont le corps médical faisait preuve envers les patients. La compliance étant mauvaise, on aurait attendu des médecins, par effet de compensation, qu'ils soient d'autant plus attentifs à leurs patients. La situation suivante aidera certainement à mieux comprendre le propos : une patiente atteinte du SIDA était une OH chronique avec une observance particulièrement mauvaise, son médecin a préféré lui faire arrêter totalement son traitement, invoquant l'argument de l'inutilité de celui-ci s'il n'était pas pris régulièrement, plutôt que de discuter avec elle pour essayer d'arranger la situation.

IV. La tuberculose

La tuberculose représente la quatrième grande endémie infectieuse de l'île. Elle est prise en charge de façon aussi peu efficace que les autres mais cette mauvaise prise en charge a des effets qui, même s'il était difficile d'en avoir la preuve au vue des faibles moyens à disposition, étaient certainement plus désastreux encore que la mauvaise prise en charge du SIDA.

Si l'on est en droit de penser que les effets de la prise en charge est si désastreuse, c'est parce que les patients qui étaient suspectés de tuberculose ne portaient pas de masque et n'étaient pas isolés. L'hôpital comportait en son sein un service dédié spécialement aux tuberculeux, mais il n'était plus utilisé et allait bientôt être détruit pour construire un nouveau bloc opératoire. Le nouveau dogme voulait que les patients retournent le plus rapidement possible chez eux pour leur confort propre et celui de leur famille. Les patients ayant des problèmes pulmonaires et suspectés de tuberculose, non isolés ni protégés dans un service au milieu d'une vingtaine d'autres patients, avec tous les allers et venues du personnel médical et des familles, auraient eu le temps de contaminer un très grand pool d'individus. C'est en cela qu'il est difficile de mesurer l'impact de cette pratique si peu dénuée de bon sens : il n'est pas possible de savoir qui a été contaminé et, le cas échéant, à cause du patient en question.

L'action en aval était la mise en place du traitement antituberculeux. Nous n'avons malheureusement eu que très peu de détails sur le protocole et son efficacité.

6. Les maladies tropicales

Etrangement, il n'y avait que peu de patients atteints de maladies spécifiques de cette région du monde. Mis à part les quatre grandes endémies décrites au point précédent, qui n'étaient pas non plus monnaie courante, les affections dont souffraient les habitants de Pemba étaient très « occidentales » même si l'expression n'a finalement que peu de sens. Deux maladies chroniques étaient particulièrement fréquentes, même si l'on ne s'y serait pas attendu au premier abord : l'hypertension et le diabète.

La cause de l'hypertension était inconnue, mais elle touchait des personnes de tout âge à partir de trente ans, sans distinction apparente de sexe. Il est possible que l'alimentation ou un autre élément en rapport avec la situation géographique de l'île y joue un rôle, mais il était difficile de savoir quoi. Ce grand nombre d'hypertendus avait pour conséquence qu'une partie assez importante de la population souffrait d'insuffisance cardiaque.

Tout comme pour l'hypertension, le diabète était une affection à laquelle il n'était pas aisé de trouver une cause. Il semblait avoir une préférence pour les femmes.

Il était terriblement mal traité et c'est la raison pour laquelle autant d'amputations avaient lieu à l'hôpital. Prenons l'exemple d'une femme atteinte de cette affection : ses valeurs de glycémie tournaient autour des 20 mmol/l et malgré cela, le medical officer avec qui je travaillais s'entêtait à ne pas vouloir lui donner d'antidiabétiques oraux prétextant qu'elle ne pouvait régler correctement les doses à donner car les glycémies de la patiente n'étaient pas prises de façon assez scrupuleuses. Cette attitude a conduit à garder une patiente plus d'une semaine en observation sans que rien ne lui soit fait avant de finalement la laisser partir sans traitement.

Il était tout de même extrêmement étonnant de constater que des dysfonctionnements physiologiques que l'on impute au mode de vie occidental fussent présents en si grand nombre dans cette région du monde. Néanmoins, aucune donnée épidémiologique n'était à notre disposition à ce propos; il était donc impossible de savoir quels étaient les chiffres exacts.

7. Traitements

Il est possible détailler la façon dont le corps médical traitait les patients selon différents critères. A ce stade, deux distinctions ont été choisies : le principe du traitement et son application.

Le principe

Il était fréquent que les patients reviennent à l'hôpital après avoir déjà été pris en charge pour une affection. Cela était rendu possible en raison de la façon d'appréhender les pathologies: en Suisse, après un la mise en œuvre d'un raisonnement médical minutieux et d'éventuels examens pour confirmer ou infirmer les pistes évoquées, le médecin traite de façon ciblée le problème qu'a le patient. A Pemba, le corps médical traitait les patients de façon symptomatique et leur introduire le concept de diagnostic différentiel était malheureusement peine perdue. Ils avaient pour habitude de traiter de façon artificielle chaque symptôme isolément puis de renvoyer le patient chez lui. Les conséquences étaient en règle générale peu importantes car les habitants étaient bien plus robustes que le quidam occidental hurlant à la mort pour le moindre rhume, mais il est évident que cette façon de faire augmentait la morbi-mortalité globale.

L'application

Là encore, on peut analyser séparément différents problèmes :

La sur-utilisation des antibiotiques est la faille du système qui a certainement le plus grand impact. Les médecins donnaient systématiquement un antibiotique en première intention aux patients, et quand ils étaient interrogés sur le bien fondé de leur démarche clinique, ils n'arrivaient que rarement à donner une explication pertinente. Ils ne cherchaient pas à savoir si, en présence d'une infection, cette dernière était bactérienne, virale ou fongique et bien souvent, ils voyaient des infections là où il n'y avait pas lieu d'en chercher. Le coût pour la société était très élevé: effets secondaires indésirables, gaspillage de médicaments, effet qui revêtait une plus grande importance encore sur une île pauvre d'un pays pauvre et augmentation des résistances. Ces résistances étaient particulièrement embêtantes, car non seulement elles compliquaient le traitement, mais de plus, elles rendaient le diagnostic plus difficile. N'ayant accès à aucun moyen de diagnostic bactériologique ou virologique, que ce soit des tests sérologiques ou des antibiogrammes et les cultures n'étant pas toujours possibles, la sens clinique était extrêmement important et donc les résistances compliquaient la démarche diagnostique.

Une façon d'appréhender les diagnostics difficiles qu'il n'était pas coutumier d'employer mais qui l'a été sur une patiente dont le cas était particulièrement corsé était la technique du traitement à l'aveugle. Elle consistait à donner tous les médicaments nécessaires à la couverture de toutes les pistes diagnostiques. Sans conteste peu intelligente, dangereuse de par les nombreuses interactions potentielles, les effets secondaires et la surcharge hépatique, réduisant la patiente à l'état de pharmacie humaine, elle paraissait pourtant la solution la plus efficace dans les cas où la situation était désespérée et où n'importe quelle action est préférable à

la passivité. Il semble que c'est une perspective d'avenir pour les soins des patients dans les régions où un diagnostic précis est impossible.

Un autre point à soulever est leur utilisation très particulière des médicaments. Il est entendu par là que même lorsqu'ils trouvaient, ou pensaient avoir trouvé, la cause de la pathologie, le médicament employé n'était pas toujours approprié. On peut noter par exemple l'utilisation de macrolides pour le traitement de dermatomycoses ou d'amoxicilline pour la guérison d'une infection intestinale.

Au niveau des soins hospitaliers, les infirmières étant très peu soucieuses de leur métier et ayant une conscience professionnelle tendant vers zéro, il était fréquent que les patients, même à l'hôpital, ne prennent pas leur traitement de façon régulière. On pourrait presque dire que les infirmières avaient une mauvaise adhérence thérapeutique. Cette défaillance gravissime du système de soins avait pour conséquence, premièrement et évidemment, d'empêcher une guérison correcte et rapide des patients, mais également de fausser l'évolution clinique des malades. Tout comme dans l'exemple de cas au cours duquel une patiente a fait une tachycardie paroxystique inexplicée, la cause était tout simplement que le personnel de service n'avait pas donné ses médicaments à la patiente, et une énergie et des moyens fous ont été investis dans une situation de « péjoration artificielle ».

Le concept de prévention, alors qu'il fait partie intégrante des stratégies de lutte contre les maladies en Suisse, est inexistant à Pemba. Les recommandations triviales à propos de l'hygiène, pour citer l'exemple le plus flagrant, n'étaient jamais données aux patients. Les membres du corps médical réalisaient les problèmes qui existaient à ce niveau car il leur arrivait d'en parler, mais bizarrement, ils n'en parlaient pas aux patients.

8. Exemple de cas

Ce cas a été choisi pour illustrer la prise en charge d'un patient au sein d'un service de l'hôpital ; elle était constance pour tous les malades. Les conséquences dramatiques de ce cas ne sont pas fonction de la prise en charge mais de la gravité de son affection. L'investissement fourni au cours du cas de cette patiente était dû à l'absence de considération et de professionnalisme du personnel, et la situation critique de la malade demandait une intervention, même s'il est évident que j'ai largement outrepassé mes responsabilités.

Vendredi 8 Juin

Tous ces événements se sont déroulés lorsque je travaillais dans le service de médecine générale des femmes. Je donnais ses médicaments à une patiente lorsque quelques mètres plus loin, la famille d'une autre patiente, certainement sa mère et sa sœur d'après leurs âges respectifs, m'attirèrent mon attention. Les deux visiteuses au chevet de leur proche m'en montrèrent l'état. Elle était assise sur son lit, le torse retenu par un gros cube de mousse sur lequel son torse prenait appui, transpirait à grosse goutte et semblait atteinte d'une importante tachypnée. Je leur ai fait comprendre qu'il fallait attendre le retour du medical officer (ci-après mo) en charge du service. Après plusieurs interpellations de leur part et malgré le fait que j'ai été prévenir le mo qui était dans un autre service, elle ne venait toujours pas. J'ai donc dû examiner le patient moi-même. Elle était froide, hypotendue, tachycarde et tachypnéique. Son poumon droit se caractérisait par une absence de murmure vésiculaire.

J'ai rapidement fait venir la mo et lui ai expliqué qu'il s'agissait soit d'un hémothorax, d'un pneumothorax, ou d'un épanchement pleural. La percussion m'a permis de déterminer qu'il s'agissait de liquide sans en préciser la nature. Après avoir enfin survolé le dossier de la patiente et vu sa radio du thorax, montrant un poumon droit blanc, le diagnostic d'épanchement pleural n'a pas été difficile à mettre en place. La mo me demandant ce que je pensais qu'il fallait faire, je lui ai dit de drainer. Après l'avoir vu ouvrir un livre de médecine au chapitre « Pulmonary diseases », j'ai compris qu'elle ne savait pas comment s'y prendre et j'ai proposé d'aller voir le seul chirurgien de l'hôpital afin qu'il le fasse.

Ce dernier nous a alors dit qu'il pensait que c'était une tuberculose (ci-après : TB) et que nous devions en parler avec les spécialistes du domaine. Constatant donc que personne ne comptait faire quoique ce soit pour cette patiente en souffrance qui, manifestement, était en train littéralement de se noyer dans ses poumons, j'ai hésité à lui enfoncer moi-même une aiguille dans le poumon, puis la raison étant revenue à moi, j'ai décidé de demander conseil à un ami et professeur cubain qui enseignait à l'hôpital. Il m'a conseillé d'administrer à la patiente de la théophylline et du lasix en bolus IV, ce que j'ai entrepris avec l'aide d'un infirmier qui, par une chance extrême, passait par là. Nous avons ainsi pu stabiliser rapidement l'état de la patiente, mais il était clair qu'elle était dans un état critique et il fallait que j'étudie son dossier pour savoir ce qui s'était passé et pourquoi cela a pu arriver.

Voici le résumé de son dossier :

femme de 37 ans ayant accouché le 11 mai; a commencé à avoir des douleurs thoraciques environ une semaine après être tombée enceinte ; les douleurs ont

augmenté progressivement avec la grossesse et des dyspnées ont commencé à apparaître petit à petit ; apparition d'œdèmes des membres inférieurs une semaine avant l'accouchement qui ont persisté et se sont généralisés

NFS du 17 mai : Leucocytes à 13 500, anisocytose normochrome; amoxicilline et pénicilline sans effet

31 mai : début des insomnies

radio du thorax montre un poumon droit complètement blanc, la base du poumon gauche présentant une opacité, silhouette cardiaque élargie ; sueurs nocturnes, hémoptysies ; asthénie extrême

Plusieurs théories étaient possibles, mais celle qui d'après moi était la plus probable était une tumeur pulmonaire avec métastase cardiaque ayant provoqué l'insuffisance cardiaque mais sans scanner, il était difficile de prouver ma théorie. Je me suis dit qu'il était judicieux de vider son poumon de l'eau puis faire une échographie et refaire une radio : peut-être que nous aurions pu, grâce à ces deux techniques, voir une quelconque masse, mais il fallait attendre lundi que les techniciens en radiologie reviennent à l'hôpital.

Dimanche 10 Juin

Alors que je prenais les constantes de la patiente, je n'en ai pas cru mon stéthoscope : son cœur battait à 240 battements par minute. Aucun médecin n'étant de garde à l'hôpital, j'ai appelé le mo. Elle a dit qu'elle ne viendrait pas mais m'a encouragé à faire ce que je pensais être le mieux.

Le protocole d'une tachycardie voulait que l'on donne de l'atropine en premier lieu, mais il n'y en avait pas. J'ai donc réfléchi comme suit : soit nous étions en présence d'une tachycardie sinusale ou supraventriculaire, et dans ce cas, la situation était désagréable mais bénigne, soit d'une tachycardie ventriculaire qui, si elle se prolongeait, dégénérerait en fibrillation ventriculaire puis en mort, et n'ayant pas raté le cours à ce sujet, je savais que ce symptôme-ci ne se soignait pas. Sans ECG, sans défibrillateur, sans analyses de laboratoire, j'ai préféré considérer que nous avions affaire au pire, à savoir une tachycardie ventriculaire, car si elle fibrillait, elle était morte.

Le protocole d'une tachycardie veut que l'on commence par administrer de l'atropine, mais puisqu'il n'y en avait pas, je suis allé à la pharmacie de l'hôpital, ai rapidement expliqué la situation et ai demandé de l'amiodarone. Ils n'en avaient pas non plus. Je les ai interrogés sur les produits IV pour le cœur qu'ils possédaient, et la réponse était : aucun. Les seuls produits pour le cœur qu'ils avaient étaient des pastilles de digoxine et de nitroglycérine. « Seigneur, nous avons des ennuis » est la phrase qui m'a alors traversé l'esprit. Puisqu'il était impossible de traiter le symptôme, je me suis dit qu'il fallait traiter la cause, et j'ai pensé à une hypokaliémie. Si elle faisait un trouble malin, c'était la seule explication qui corrélait avec son état, les tremblements qui secouaient son corps et le fait que, avec le temps qui s'écoulait sous mes yeux, après avoir réécouté plusieurs fois son cœur, il me semblait commencer à discerner des problèmes de régularité, chose que je n'entendais pas au début ; mon expérience clinique dans le domaine étant inexistante, il était tout à fait possible que j'entende un rythme tout à fait régulier mais que mon cerveau sous stress imaginait une arythmie. La situation demandait une action rapide. Ma théorie paraissait pertinente: elle tremblait beaucoup et de plus, le professeur cubain m'avait fait remarquer qu'elle avait reçu de nombreuses solutions IV tels que le ringer-lactate

et la normal saline et que je n'avais pas contrôlé scrupuleusement ses imports et exports d'ions. Le problème était que si je me trompais et que son problème n'était pas du tout lié à un déficit ionique, le potassium allait lui provoquer un arrêt cardiaque. Cela étant, en donnant de petites doses en perfusion continue, j'aurais pu constater l'amélioration ou la péjoration de son état et réagir en conséquence avant une éventuelle complication dramatique. Je suis donc retourné à la pharmacie pour chercher le produit, mais la pharmacienne priait quand je suis venu et malgré l'urgence de la situation, elle m'a ignoré et a continué sa prière. Ayant sur elle les clefs de la réserve à médicaments, je n'ai même pas pu aller le chercher moi-même et j'ai dû attendre une quinzaine de minutes dans le service à m'occuper d'une autre urgence était survenue presque simultanément à la première avant que la pharmacienne vienne m'annoncer qu'ils n'avaient pas de potassium non plus. J'étais au pied du mur : aucune substance pour le cœur, aucune analyse possible. J'étais face à une situation sans issue. Il ne me restait plus qu'une solution : sortir du cadre, c'est-à-dire : transférer la patiente. La famille de la patiente n'était pas encline à la laisser partir, mais après que j'ai explicité la mort potentielle de leur proche, sa mère, en pleurs, l'a laissée partir. Un chauffeur a été appelé et nous avons fait un long voyage en ambulance jusqu'au seul hôpital ayant un ECG, une cardiologue chinoise étant là pour nous aider à l'interpréter. L'examen a révélé une tachycardie sinusale avec complexes ventriculaires précoces. La cardiologue a expliqué que la patiente avait fait une décompensation de son insuffisance cardiaque et c'est là que j'ai compris que les infirmières avaient du oublier de lui donner correctement son traitement. Nous avons traité l'épisode aigu puis mise sous nitroglycérine sublinguale et sommes retournés à l'hôpital de Chake.

Lundi 11 juin

Le matin, le père de la patiente est venu dans notre service pour nous annoncer qu'il allait la faire sortir de l'hôpital pour la faire transférer sur l'île de Unguja, l'île touristique du Zanzibar, l'avion partant le lendemain matin. Je leur ai dit que c'était une bonne idée mais que d'ici au transfert, il était préférable de garder la patiente à l'hôpital pour que l'on puisse contrôler au maximum son environnement et intervenir en cas d'urgence. Le père n'approuvait pas mon point de vue et a tenté de me rassurer en m'affirmant qu'un médecin vivait non loin de chez lui. Le fait qu'il veuille l'éloigner de tout milieu médical durant une journée entière était une perspective qui ne m'enchantait guère, d'autant plus que je n'étais pas vraiment convaincu qu'ils allaient réellement faire le transfert le lendemain, mais je redoutais plutôt qu'ils voulussent essayer sur elle la médecine traditionnelle et encore toutes sortes de pratiques occultes. Une grande partie de la famille, dont le mari de la patiente, était là et en si grand nombre qu'ils avaient pris un minibus, ce qu'ils appelaient un dala-dala, pour que tout le monde puisse y rentrer. J'ai usé de tous les trésors d'ingéniosité, de rhétorique et de diplomatie dont regorgeait mon esprit, mais rien n'a pu les convaincre. Une fois toute la famille dans la voiture et moi retourné dans la salle des infirmières, j'ai dû admettre que si je n'agissais pas maintenant, et que je les laissais partir, ce serait le plus grand regret de toute ma vie jusqu'alors. Malgré cela, j'avais essayé tout ce qui était en mon pouvoir pour les retenir et rien n'y a fait. « Il y a une chose que tu n'as pas essayé » a murmuré une voix dans ma tête, et c'est alors que, malgré l'hésitation qui m'a saisi, je me suis tout de même lancé vers le mini-bus. J'y suis arrivé au moment où le moteur démarrait : si je m'étais décidé trente secondes plus tard, l'histoire ce serait terminé là. Je suis allé parler au

père sur le siège passager de la voiture, sous les expressions d'exaspération générale de la famille et je lui ai dit la chose suivante : « Si vous me laissez votre fille, je vous donne vingt-mille shilings ». J'ai proposé douze francs suisses à un homme contre la vie de sa fille, et sans réfléchir une seule seconde, pas même une seule seconde, il m'a instantanément fait signifier son accord et a ramené sa fille à l'hôpital. En revanche, il m'a bien fait comprendre que le lendemain matin tôt dans la matinée, il viendrait la reprendre pour fait le transfert. Je ne savais pas si cette histoire de transfert était vraie, mais une chose était sûre à présent : j'avais moins de vingt heures pour prouver qu'elle avait un cancer c'est-à-dire : faire faire un drainage pleural à un chirurgien récalcitrant puis performer une échographie et une radiographie du thorax. Sachant que l'après-midi venait de s'entamer, qu'aucune des personnes présentes pour accomplir les tâches susmentionnées n'était présente à l'hôpital sauf le chirurgien qui n'était pas enclin à m'aider, et quand bien même j'aurais appelé un par un tous les techniciens, il y avait fort peu de chances qu'ils soient enclin à venir à l'hôpital, comme l'a prouvé la mo, la tâche me semblait plus qu'ardue. J'ai néanmoins réussi à faire la plus grande partie du travail, et finalement, la spécialiste de l'échographie qui a accepté de venir m'aider a convaincu la famille de garder leur fille à l'hôpital plus longtemps. Tout semblait s'arranger, mais cette spécialiste a rajouté dans l'équation un paramètre gênant, certes de gravité mineure mais aussi désagréable qu'une écharde dans le talon : elle a confirmé la pensée générale que la patiente avait une tuberculose et voulait entamer le traitement. Fort heureusement, la discussion avec les spécialistes de la tuberculose infirmant cette hypothèse ridiculement hasardeuse a convaincu tout le monde d'abonder dans mon sens.

Mardi 12 juin

L'échographie cardiaque n'a rien révélé et une nouvelle radio du thorax était impossible car le service de radiologie était à cours de films.

Mercredi 13 juin

Ayant réellement épuisé toutes les ressources de l'hôpital sans résultats, je me suis trouvé contraint une fois de plus de sortir du cadre : organiser le transfert de la patiente sur l'île du Zanzibar. J'ai convaincu sa famille de payer la moitié du billet d'avion et il ne me restait plus qu'à convaincre l'hôpital de payer la seconde partie du billet. C'était l'épreuve la plus difficile que j'aurais eu à faire jusqu'ici, la perspective la plus inconfortable qui soit. Pourtant, une fois dans le bureau du directeur, malgré le fait qu'il m'ait fait part du fait que l'hôpital ne recevait de subventions pour ce genre de dépenses, j'ai improvisé un discours structuré, ampoulé et culpabilisateur, ayant pour message principal que si l'hôpital n'acceptait pas de mettre cet argent pour le billet d'avion, il accordait à une vie humaine moins d'importance qu'une cinquantaine de francs suisses. Il a dit qu'il y réfléchirait et me donnerait sa réponse le lendemain

Jeudi 14 juin

Le directeur ayant finalement accepté de payer la moitié du billet d'avion, nous nous sommes envolés avec la patiente sur l'île touristique de Unguja, avec la promesse d'avoir accès à une technologie plus moderne. Repartant le jour suivant, je

voulais que le scanner soit performé le jour même, mais pour des raisons logistiques, nous avons été contraint d'attendre le lendemain.

Vendredi 15 juin

J'ai été dans l'obligation de prendre mon avion avant d'avoir le résultat du scanner car une fois de plus, des ennuis logistiques ont freiné le bon fonctionnement du scanner, mais j'avais laissé mes coordonnées pour qu'ils me tiennent au courant de la situation.

Après être resté sans nouvelle durant plus d'une semaine, j'ai réussi à contacter le frère puis le médecin de la patiente. Ils m'ont annoncé son décès qui était survenu trois jours après mon départ. Il aurait été la conséquence d'un œdème pulmonaire cardiogénique.

En tant que brève conclusion de ce cas, je dirai en premier lieu que même si l'accent n'a pas été mis sur l'incompétence, la mauvaise formation et le manque de considération évidente du personnel soignant pour les patients, ces éléments ont tout de même transparu à travers le récit et ils participaient énormément à la qualité de leur prise en charge, cela ainsi que le manque de moyen et d'organisation des ressources de l'établissement.

Ensuite, la relation médecin malade n'a pas vraiment été abordée car elle ne faisait pas partie des objectifs de ce chapitre, mais elle s'est construite d'une manière que je ne m'imaginais même pas et sans même que je ne m'en rende compte. Alors qu'au début, la patiente était maussade et ne souriait jamais, elle s'est ouverte petit à petit au fil des jours et sur la fin de l'aventure, lorsque je lui présentais mon plus radieux sourire, elle y répondait de bon cœur. J'étais le membre du personnel médical qui était le plus en contact avec elle et le seul qui avait été avec elle sur la première île et la seconde. Même si j'en avais déjà conscience, l'expérience de cette connaissance, celle de l'importance de la relation médecin-malade, m'a fait me rendre compte que selon les circonstances, cette relation peut réellement être capitale.

Enfin, la grande implication de ma personne lors de ce cas était pour ma part totalement inattendue et si un étudiant m'avait dit lors de la journée d'introduction de ma première année ou lors de la présentation de l'IMC durant ma troisième année que j'aurais à vivre ce genre d'expériences si tôt dans ma vie et à mon jeune âge, expériences qui étaient enrichissantes sans aucun doute mais en rien agréables, cela m'aurait fait réfléchir et j'aurais peut-être appris, appréhendé la matière et fonctionné différemment durant ces trois ans.

9. Conclusions

- Il nous est apparu que le projet de collaboration des médecins cubains était efficace à court terme, mais pas durable.

Pendant notre séjour, nous avons eu la chance de pouvoir cotoyer des médecins cubains. Ils étaient très bien préparés et faisaient partie des seuls "vrais" médecins à Pemba ayant fini leur formation. Leur aide est bienvenue et ils font beaucoup de bonnes choses, cependant ce n'est malheureusement pas durable, car une fois qu'ils repartent après deux ans à Pemba, le personnel soignant local continue à agir comme avant, en utilisant les mêmes protocoles de traitement.

Heureusement, le gouvernement cubain envoie maintenant aussi des professeurs comme volontaires et ils ont développé une petite classe d'étudiants en médecine à l'Hôpital de Chake Chake, ce qui est une option beaucoup plus durable.

- En ce qui concerne la communication, nous appréhendions la barrière de la langue. En effet, la majorité des habitants de l'île ne parlaient l'anglais.

Heureusement, les infirmiers arrivaient à communiquer dans cette langue et les médecins avaient un niveau acceptable. En outre, ils rédigeaient les dossiers des patients en anglais, facilitant ainsi notre compréhension des cas, ce malgré la barrière de la linguistique entre patients et nous.

Néanmoins, cette même barrière a présenté l'avantage de nous rendre plus attentifs au langage corporel, part de la communication extrêmement importante dans les relations humaines, et tout particulièrement, pour le domaine qui nous occupe, à la médecin-malade.

- Nous avons été soumis à des situations compromettantes, lorsque les *clinical officers* nous demandaient notre avis, car on ressentait une lourde responsabilité en sachant que nos paroles pouvaient avoir une très grande influence sur les actions du praticien, qui pensait d'ailleurs qu'on était plus expérimentés que lui ! Par conséquent, on devait mesurer nos paroles et faire preuve de beaucoup de prudence.

-Nos impressions générales sur cette expérience :

Elles ont été différentes pour chacun d'entre nous. Certains ont été déçus par la place qu'ils occupaient dans l'hôpital. En s'imaginant ce stage en médecine, on aurait pu concevoir avoir une utilité bien plus importante au niveau du réseau de soin, de par les connaissances, certes mineures par rapport à celles d'un médecin diplômé, mais tout de même conséquentes accumulées lors de ces trois dernières années. Le fait d'avoir été si peu efficaces dans l'aide apportée à l'hôpital, voir même parfois de péjorer la situation, par exemple en effrayant les patients, en encombrant les consultations de par nos questions et les explications nécessaires à la bonne compréhension de la situation clinique, était relativement frustrant.

Le fait que les médecins ne soient actifs que le matin rendaient la journée peu productive car une fois le tour des patients terminé, si la salle d'accouchement ou le bloc opératoire étaient vides, il y avait peu d'activités.

D'autres ont trouvé intéressant et enrichissant de se confronter à des situations critiques, de devoir prendre des décisions difficiles et d'aider du mieux qu'ils pouvaient des gens qui souffraient sous leurs yeux malgré leur manque de connaissance et leur inexpérience.

Il était intéressant d'observer des maladies qui étaient absentes dans nos régions.



Dans le service de pédiatrie, les mamans des patients qui changent les draps des lits. En effet, à Chake Chake les patients participent au changement des draps tous les matins. Comme sur chaque lit à l'hôpital, il y a une moustiquaire qu'ils ouvrent dès la tombée de la nuit pour recouvrir les lits.



A Pemba, il est très courant que les gens se mettent par terre plutôt que sur des chaises ou des lits



Des femmes installées devant l'entrée du service de médecin générale pour femmes



Mère et fille, avec les voiles assorties. A gauche, une infirmière, à droite un "clinical officer".

