

AURÉLIE BALLIE

NOËMIE KOMAGATA

GILLIAN HORNE

SUSANNA COLAUTTI

LENA GROENENDIJK

IMMERSION EN COMMUNAUTÉ:

SYSTÈME DE SANTÉ ZAMBIEN



MAI - JUIN 2013

SOMMAIRE

- I. INTRODUCTION
- II. LA ZAMBIE EN BREF
 - a. Géographie
 - b. Climat
 - c. Population
 - d. Politique
 - e. Economie
 - f. Ressources
 - g. Culture et mode de vie
 - h. Santé
- III. SYSTÈME DE SANTE ZAMBIEN
 - a. Introduction
 - b. Organisation
 - c. Fonctionnement
 - d. Financement
 - e. Défis
 - f. Projets
 - g. Stratégies de coopération du pays – Aides internationales
- IV. NOTRE STAGE
 - a. Etablissements et personnes rencontrées
 - 1. Levy Mwanawasa General Hospital
 - 2. University Teaching Hospital
 - b. Maladies rencontrées
 - 1. Introduction
 - 2. Maladies transmissibles
 - 3. Maladies non transmissibles et autres problèmes de santé
 - c. Relation médecins-malades
 - d. Le patient et sa famille
 - e. Moyens des patients, et adaptations
 - f. Moyens de l'hôpital, et adaptations
 - g. Croyances et médecine traditionnelle
- V. CAVENDISH UNIVERSITY
 - a. Bachelor de médecine et de chirurgie
 - b. Bachelor en soins infirmiers et sciences obstétriques
 - c. Bachelor en sciences cliniques
 - d. Master en santé publique
 - e. Présentation des personnes de contact
- VI. CONCLUSION
- VII. SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

L'INTRODUCTION

Le présent travail porte sur notre stage d'immersion en milieu communautaire en Zambie. Pourquoi avoir choisi ce pays ?

Tout d'abord, parce que le Professeur E. Kabengele nous a fourni des contacts dans ce pays, plus particulièrement des responsables de la Cavendish University. Ils nous ont aidés à organiser notre séjour sur place. Sans eux nous ne serions jamais parties.

Ensuite parce que cet état d'Afrique australe fait partie des pays en voie de développement et nous voulions nous éloigner de l'Occident avec ses budgets de santé qui crèvent le plafond, pour voir comment fonctionne un système de santé dans un pays où les moyens sont moindres.

Par ailleurs, la Zambie est un pays sûr et stable comparé à d'autres pays Africains subsahariens. La sécurité a donc été un argument de poids dans le choix de la destination.

Enfin, parce que la Zambie est méconnue en Europe. En effet, aucune de nous n'y était déjà allée auparavant et nous avions le réel désir de découvrir la culture de ce pays pacifique.

En préambule, il convient de préciser que nous avons passé plus de 4 semaines au *Levy Mwanawasa General Hospital*. C'est dans ce lieu où nous avons eu la chance de vivre le quotidien d'un hôpital zambien. Tout au long de ce rapport nous avons voulu transmettre une partie de ce que nous avons vécu sur place. De plus nous avons également pu visiter quelques centres communautaires ainsi que le département de pathologie de la « *University Teaching Hospital* », ce qui a constitué un véritable plus dans notre découverte du système de santé zambien.

Nous avons choisi d'organiser notre rapport de la manière suivante. Dans un premier temps, nous aborderons des aspects généraux avec un chapitre présentant la Zambie, puis un second consacré au système de santé zambien.

Ensuite, ayant passé la majeure partie de notre stage au *Levy Mwanawasa General Hospital*, nous vous présenterons les différents services de cet hôpital, où nous sommes passées.

Par la suite, nous parlerons de certains thèmes de santé qui nous sont apparus pertinents d'aborder. Pour commencer nous ferons un petit tour d'horizon des maladies que nous avons rencontrées. Après quoi, nous parlerons de la relation personnel soignant-malade. L'entourage du patient étant un maillon important de la chaîne de soins, un chapitre se concentrera sur la place de la famille. Puis deux chapitres aborderont le thème des moyens, ceux des patients et ceux de l'hôpital. Pour finir nous nous arrêterons sur la place des croyances dans le processus de soins.

Enfin nous dirons quelques mots sur l'université qui nous a accueillies sur place, la Cavendish University, puis nous conclurons avec notre conclusion.

Nous espérons que vous aurez le même plaisir à lire notre travail que nous en avons eu lors de notre stage.

ii. LA ZAMBIE, EN BREF

a. Géographie

La Zambie est un grand pays d'Afrique australe, s'étendant sur 752'614 Km². Il possède une forme étrange qui lui vaut d'être enclavée entre huit pays différents : à l'Ouest par l'Angola, la Namibie et le Botswana, au Sud par le Zimbabwe, à l'est par Malawi et le Mozambique, au Nord par la Tanzanie et la République Démocratique du Congo (RDC).

L'altitude de la Zambie varie quelque peu, et atteint son plus haut plateau à l'est, avec une altitude de 1600 m. De nombreux lacs et rivières sillonnent le pays, parmi les plus importants, la rivière Kafue et le Zambèze, qui donna notamment son nom au pays.

Le pays est divisé en 9 provinces différentes : Copperbelt, Central, Eastern, Luapula, Lusaka, Northern, North-Western, Southern et Western province. En plus de cela la Zambie est également composée de plus de 72 *districts*, chacun ayant leur propre langue locale. Ces différents districts composent également les différents groupes ethniques du pays.

Le pays possède de nombreuses richesses naturelles, dont les minerais, particulièrement dans la province du Copperbelt, où l'on trouve de nombreuses mines de cuivre, mais aussi de cobalt ou de charbon. La Zambie, comme de nombreux autres pays d'Afrique, possède une flore et une faune d'une extrême richesse, notamment grâce à la présence de nombreux points d'eau, et d'un climat tropical.

Nous avons effectué notre stage au sein du *Levy Mwanawasa General Hospital*, à Lusaka, capitale du pays. Lusaka est une grande ville de 360 Km² avec une population de plus d'un million 700 mille habitants. Cette ville se trouve dans la province de Lusaka, au sud du pays.



Drapeau de la République de Zambie. Le vert représente la faune et la nature du pays, le rouge la lutte pour la liberté, le noir les Zambiens, l'orange est là pour rappeler les richesses minérales du pays. Enfin, l'aigle pêcheur, symbole de la Zambie est là pour montrer la capacité du peuple zambien à surmonter les problèmes de la nation.



b. Climat

La Zambie reste un pays tempéré par l'altitude, malgré sa situation en zone tropicale. L'hiver et l'été sont inversés par rapport à chez nous, le pays se trouvant sous l'équateur. Il y a essentiellement trois saisons : la saison chaude et humide, débutant en novembre et s'achevant en avril, la saison des pluies où les cas de malaria et de choléra augmentent en conséquence. Les conditions de vies sont plus difficiles, les routes étant parfois inondées, les champs et les maisons également, dans les endroits les plus reculés et les moins préparés. De mai à août, il y a la saison sèche, celle que nous avons connue. Le climat est agréable, sans trop de grande chaleur. Les nuits et les matins sont par contre très frais. Les cas de malaras se font plus rares, car les moustiques sont moins présents. Enfin, de septembre à novembre c'est la saison chaude et sèche. C'est la période de l'année des très grandes chaleurs, et des pauvres récoltes qui laisse parfois la population dans le besoin alimentaire, même si les cas de malnutritions sont observables toute l'année.

Les conditions de vie, et de santé particulièrement, des Zambiens dépendent donc beaucoup du climat du pays. Les différentes saisons sont également l'un des principaux facteurs régulant l'arrivée des touristes sur le sol Zambien. L'économie en est donc aussi indirectement dépendante.

c. Population

Les Zambiens sont essentiellement concentrés dans les grandes villes telles que Lusaka ou encore Ndola, dans la province du Copperbelt, où l'activité minière est très importante. En moyenne, on compte un peu moins de 25'000 habitants au kilomètre carré. Nous avons surtout pu observer la population vivant dans la capitale, population urbaine. Leur mode de vie est bien différent des populations rurales, qui vivent, elles, de leurs récoltes et de leurs bétails, dans des maisons traditionnelles.

A Lusaka, certains vivent dans les immeubles du centre-ville par exemple, souvent en famille (parents, enfants, parfois cousins et grands-parents), d'autres vivent dans de plus petites maisons toutes regroupées les unes à côté des autres, dans ce qu'on appelle les *TownShip*. Ce ne sont pas



Une partie de la ville de Lusaka.

forcément les plus pauvres qui vivent dans ces endroits, car bien souvent il faut tout de même payer le loyer de ces habitations. Il existe malheureusement aussi des personnes n'ayant pas de toit, et vivant par conséquent dans la rue (surtout dans la capitale, à Lusaka). Ils ne sont pas nombreux, mais sont généralement sans emploi.

En règle générale, sur le plan matériel, les gens ont peu, malgré leur position sociale parfois élevée, mais s'en sortent bien avec le peu qu'ils possèdent.

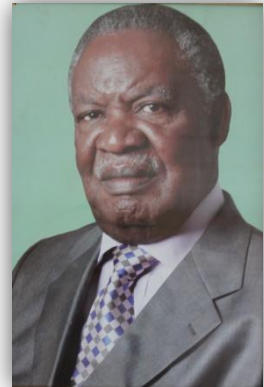
d. Politique

Pendant des décennies le pays a été sous la colonisation britannique. Aujourd'hui encore l'influence anglaise est présente sur le territoire. La trace principale laissée par les colons britanniques reste essentiellement l'anglais, langue officielle du pays.

Le 24 octobre 1964 la Rhodésie du Nord acquiert son indépendance et se nomme dès lors Zambie. Son premier président, Kenneth Kaunda est élu dans la même année. Suite à la déclaration d'indépendance de la Zambie, le pays devient un état démocratique. Jusqu'à aujourd'hui cinq présidents se sont succédé à la tête du pays. En 1991 Frederick Chiluba est élu, et effectuera deux mandats, de cinq ans, son deuxième néanmoins sera terni par des accusations de corruptions importantes au sein même du gouvernement. Il sera donc remplacé par Levy Mwanawasa en 2001. Celui-ci fera de la lutte contre la corruption une de ses priorités. Il décède lors de son deuxième mandat en 2008 en France, des suites d'un accident vasculaire cérébral, laissant le pays en deuil national. Mwanawasa fut un président apprécié de la population, et aida beaucoup son pays lors de son mandat. C'est également en son honneur qu'on donna son nom à l'hôpital dans lequel nous avons travaillé. Son vice-président Rupiah Banda lui succède alors, jusqu'en 2011. Puis en septembre de la même année, Michael Sata, actuel président de la Zambie, prend la tête du gouvernement. Un portrait de son effigie est d'ailleurs affiché dans chaque lieu public, l'hôpital ne faisant pas exception à cette règle.

En République de Zambie un président peut se présenter deux fois aux élections, et donc effectuer deux mandats de cinq ans. Ses électeurs ont le droit de vote dès l'âge de 18 ans, même si le taux d'abstention reste très élevé. Il nomme 21 ministres d'Etat et un ministre pour chacune des 9 régions du pays.

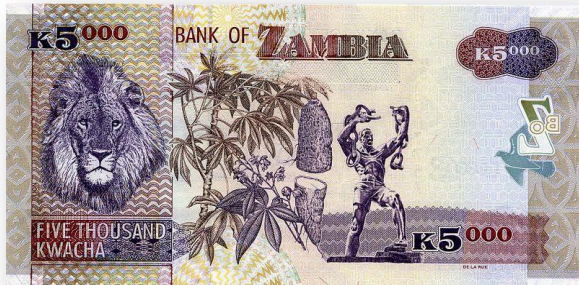
Politiquement, on peut considérer que la Zambie est un pays stable. La nation a su rester en dehors de la plupart des conflits des pays l'entourant, où de nombreuses guerres, civiles ou non, firent et font encore rage. La Zambie est de ce fait souvent une terre d'accueil pour les réfugiés des pays voisins.



Portrait de Michael Sata, président actuel de la République de Zambie

e. Economie

La monnaie utilisée en Zambie est le Kwacha zambien. Un franc Suisse équivaut à 5.8 Kwacha.



L'économie de la Zambie est très dépendante de l'exploitation des mines de cuivre et donc des cours du minerai, sur le marché international. Cette dépendance au cuivre permet au pays d'augmenter fortement son PIB pendant plus de 10 ans jusqu'à l'année 1970, mais sera aussi la cause d'une récession importante, lorsque les cours du cuivre s'effondreront. La Zambie devient alors l'un des pays les plus pauvres de la planète, avec un

PIB chutant de 30%. Dans les années 80, le Fonds Monétaire International interviendra afin de redresser l'économie du pays. Ce n'est seulement qu'avec l'élection de Chiluba en 1991, que la Zambie se met à suivre une économie de marché, et retrouve peu à peu un développement significatif. Cependant le peuple zambien lui ne profite guère de tous ces progrès, le chômage étant toujours très important, et l'espérance de vie toujours très basse.

Lors de l'arrivée au pouvoir de Mwanawasa en 2001, mais aussi grâce à la montée des cours du cuivre, un dynamisme politique et économique est retrouvé, permettant au pays une nouvelle croissance importante. L'effacement de la dette de 6 milliard du pays contribue également à ce progrès. En 2009, le PIB du pays était de 12.4 milliards de dollars.

Le développement du pays dépend donc essentiellement de ses ressources, du marché mondial, et aussi beaucoup du climat politique.

f. Ressources

De part sa situation géographique, le sol zambien est très riche en différents minerais, dont surtout le cuivre, qui représente la première richesse industrielle du pays. Le cobalt et l'émeraude sont également parmi les pierres précieuses les plus exportées de Zambie. A eux seuls les métaux représentent jusqu'à 80% des exportations du pays. Les mines sont presque toutes situées dans la province du Copperbelt (« ceinture du cuivre »). Elles sont une source importante d'emplois pour la population, mais les conditions de travail y sont néanmoins très difficiles.

La culture de coton représente également une ressource importante pour le pays. On le cultive dans de nombreux champs.

Les Zambiens vivent aussi principalement de l'agriculture, notamment celle du maïs, qui constitue la base de leur alimentation, sous différentes formes.

Toutefois une forme d'agriculture d'autosuffisance est également très courante, dans les régions rurales de Zambie. Ce sont principalement des petites exploitations familiales. Malgré un sol riche et fertile, grâce notamment à la présence du Zambèze, les cas de malnutritions ne sont pas rares, souvent dans les familles les plus pauvres.

La troisième richesse du pays, qui croît de plus en plus, est le tourisme. La Zambie est un pays avec une faune, une flore, une culture et des paysages magnifiques, qui représentent un endroit idyllique pour tous les amoureux de la nature. Le gouvernement zambien l'a bien compris, et de plus en plus d'efforts sont consacrés à la préservation des endroits sauvages, afin de créer des parcs nationaux, où les différentes espèces sont protégées, et peuvent donc prospérer. La Zambie débute en matière de tourisme, comparé à d'autres pays d'Afrique, mais son potentiel n'est pas négligeable. Rien que les Chutes Victoria, classées au patrimoine de l'humanité, situées à la frontière avec le Zimbabwe, accueillent chaque année plus d'un million de visiteurs. Le tourisme est donc également un facteur de croissance essentiel pour la Zambie.



Les Victoria Falls, à Livingstone.

g. Culture et mode de vie

Comme c'est le cas pour la plupart des pays du continent Africain, la Zambie possède une culture et des traditions ancestrales très riches. Cela s'observe parfois même dans le mode de vie zambien de tous les jours. La place de la famille et les valeurs rattachées y sont très importantes. Les familles zambiennes sont généralement nombreuses, avec une moyenne de 4.9 individus par famille.

De par le fait que le pays soit divisé en plus de 72 districts, il existe donc autant de tribus ou groupes ethniques différents, chacun ayant leur propre langage. Dans la province de Lusaka, la majorité des gens parle le Nyanja.

La richesse culturelle du pays est bien sûr un atout, mais peut aussi s'avérer parfois être un obstacle. Le recours aux soins médicaux en est un bon exemple, car bien souvent la population consulte les médecins guérisseurs traditionnels en priorité, avant de se rendre dans les hôpitaux, et arrive ainsi parfois trop tard dans les établissements de soin.

De nombreuses fêtes sont célébrées au cours de l'année, ainsi que des « rites de passage » marquant par exemple le début de la vie d'un homme ou d'une femme, ou célébrant le mariage.

La principale religion du pays est le christianisme. Beaucoup d'églises sont présentes partout dans la ville de Lusaka, et la plupart des Zambiens se rendent aux cultes tous les dimanches, où les fidèles chantent de manière très conviviale et accueillante. Nous avons pu nous rendre à l'église, et y avons été très bien accueillies par la communauté. La religion occupe donc une place importante dans la vie des Zambiens, mais elle n'est toutefois pas exercée de manière trop rigide, la liberté de culte étant inscrite dans la constitution du pays. On peut, par exemple, voir quelques temples ou mosquées, certes rares, mais où les fidèles d'autres religions peuvent recourir à leur propre culte sans problèmes.

La scolarité est obligatoire en Zambie. Le pays a réussi un pari assez important : permettre à chaque enfant d'aller à l'école, et d'avoir accès à une éducation de base. Le taux d'alphabétisation est d'ailleurs élevé, puisqu'il est de plus de 80%. Là où des progrès sont encore à faire, c'est dans l'éducation secondaire, surtout au sein des universités. Même si en peu de temps de nouvelles universités ont ouvert leurs portes, beaucoup restent encore chères, ne permettant pas leur accès à tous. Le gouvernement essaie donc de promouvoir au plus possible cette éducation supérieure, afin de pouvoir se constituer une élite.



Danse traditionnelles au cours d'une *Kitchen Party*, fête célébrée avant le mariage du couple.

De tout ce que nous avons pu observer et découvrir, nous pouvons confirmer que la population zambienne est une population très accueillante. A notre écoute et très serviable, nous n'avons eu aucun mal à nous intégrer au sein de la communauté, que cela soit sur le plan professionnel ou au quotidien. Et malgré le fait que nous étions parmi les seules occidentales de l'hôpital, et même de la région (Lusaka n'étant pas une ville touristique), nous nous sommes senties en toute sécurité dans ce pays très différent du nôtre.

La Zambie possède une équipe de football plutôt renommée, les « *chipolopolo* », et lors d'un match, c'est tout Lusaka qui vibre devant ses écrans de télévision. Hommes, femmes et enfants aiment se retrouver et partager ces moments conviviaux lors des jours de match. Plus qu'un rendez-vous sportif, il s'agit surtout d'une occasion pour faire la fête, boire et danser entre amis. A nouveau nous avons pu être intégrées à ces moments de joies et de partages au sein de la communauté zambienne.

L'information du pays est distribuée par de nombreuses stations radio, et trois chaînes de télévisions nationales, toutes installées au centre de Lusaka. La plupart des habitants de Lusaka possède au moins une radio ou une télévision.

h. Santé

L'espérance de vie n'excède pas les 50 ans en République de Zambie. Le taux de natalité sillonne les 45‰, et celui de mortalité avoisine les 12‰. La mortalité infantile est quant à elle

beaucoup plus élevée, elle est de 68‰. La santé est le secteur que nous avons le plus observé au cours de notre immersion. Il représente l'un des défis importants du pays. Les établissements hospitaliers existent, sous différentes formes, mais essentiellement dans les grandes villes. L'accès à la santé est donc un premier obstacle. Ce point sera développé dans un chapitre suivant. Mais le problème essentiel reste les moyens dont disposent les hôpitaux et tout le personnel soignant sur place. La formation des médecins et autres professionnels de la santé ne semble pas être une difficulté, mais une fois dans le monde concret du travail, le manque de ressources et les problèmes rencontrés sont tels, qu'il devient difficile de pratiquer une médecine optimale dans de bonnes conditions.

La population fait également appel à d'autres moyens pour se soigner, comme la médecine traditionnelle, les guérisseurs, etc. Se rendre à l'hôpital en cas de maladie n'est donc pas toujours un premier réflexe, mais plutôt un dernier recours pour certains.

Le SIDA reste un défi essentiel pour tout le pays. Le taux de prévalence est de 15% au sein de la population. Selon certains médecins, à l'hôpital il atteindrait parfois même les 80% des patients hospitalisés. La prévention et l'éducation des risques de transmission sont pourtant très présentes, et de nombreux efforts sont fournis par le gouvernement pour faire reculer au maximum les cas de transmission. La plupart du budget de la santé est notamment utilisé pour la prévention et l'accès à la trithérapie.

Des inégalités entre hôpitaux sont parfois observables. Les cliniques et les hôpitaux privés, par exemple, ont souvent bien plus de moyens que les hôpitaux publics et ainsi offrent de meilleurs soins aux patients hospitalisés.

Le principal hôpital public du pays est le *University Teaching Hospital* (UTH), l'équivalent de nos HUG, mais à l'échelle nationale.

iii. SYSTEME DE SANTE ZAMBIEN

a. Introduction

Le système de santé zambien s'articule sur plusieurs prestataires de soins : le gouvernement bien évidemment mais aussi des aides extérieures, comme l'OMS et des ONG tel que MSF ou d'autres associations. Dans ce chapitre, nous parlerons de l'organisation générale, du fonctionnement et du financement du système de santé zambien, sans oublier d'aborder les défis que le pays affronte au quotidien, ainsi que les objectifs pour le futur. Enfin, nous aborderons la stratégie de coopération du pays.

b. Organisation générale du système de santé zambien

Le système de santé zambien est constitué de 3 secteurs (24) :

- Le secteur public : l'état zambien et son ministère de la santé.
- Le secteur des institutions religieuses géré par la CHAZ (Churches Health Association of Zambia).
- Le secteur privé

Le secteur public possède un réseau de soins avec une hiérarchie bien définie. Cette organisation s'établit sur différents niveaux et se base sur la géographie du pays. En allant du plus global au plus local, on trouve ainsi (25) :

- Le niveau national
- Le niveau provincial
- Le niveau de district
- Le niveau communautaire

De plus, pour les programmes liés à certains problèmes spécifiques de santé, il existe également, au niveau national, des unités de gestion. Parmi celles-ci on peut citer : le « Reproductive Health Unit », le « Child Health Unit », le « National Malaria Control Centre (NMCC) », le « National AIDS Council (NAC) » ou encore le « National Tuberculosis and Leprosy Control Programme Management Unit » (25).

Un autre aspect important de l'organisation du système de santé zambien réside dans le soutien des aides internationales, que cela soit de l'OMS ou de diverses ONG actives dans le pays. Nous évoquerons la stratégie de coopération du pays avec l'OMS à la fin de ce chapitre.

c. Fonctionnement du système de santé zambien

Pour appréhender le fonctionnement du système de santé zambien, il est important de comprendre qu'il existe 2 degrés dans le service de santé public : les établissements hospitaliers (centraux, provinciaux et de districts) et les structures plus proches de la communauté.

Au niveau hospitalier

Il existe 3 types d'hôpitaux qui s'échelonnent sur différents niveaux. Le premier se compose des hôpitaux de districts. En Zambie il en existait 84, en 2010 (26). Ces hôpitaux sont faits pour fournir des soins à une large tranche de la population, entre 80'000 et 200'000 habitants (27).

Ensuite, on trouve les hôpitaux généraux. On en dénombrait 21 dans tout le pays, en 2010 (26). Comme pour les hôpitaux de districts, la répartition des hôpitaux généraux suit les divisions géographiques du pays (les provinces). Ces hôpitaux bénéficient d'un staff médical complet, y compris des chirurgiens et des paramédicaux tels que des physiothérapeutes. De plus, ils constituent un lieu de formation pour le futur personnel médical.

Enfin, on trouve les hôpitaux centraux. Il y en avait six pour tout le pays, en 2010 (28). Le University Teaching Hospital (UTH), dont nous avons déjà parlé, est le plus grand d'entre eux et il se situe dans la capitale, Lusaka. Des patients de tout le pays y sont référés. Outre les services de médecine interne, de chirurgie, de psychiatrie et l'unité de soins intensifs, UTH est aussi un lieu de formation et de recherche (29).

Au niveau communautaire

Le niveau communautaire est constitué de la communauté, des postes de santé et des centres de santé communautaire. Comme ces structures sont au plus proche de la population, elles représentent la première ligne des services de soins en Zambie. Nous détaillerons dans les paragraphes suivants ces structures.

Tout d'abord, il y a la communauté. Il est nécessaire de mentionner que les informations qui suivent dans ce paragraphe sont tirés d'un cours que nous avons eu durant notre stage sur le système de santé zambien (30). La communauté comprend tous les foyers, y compris les leaders traditionnels et politiques. Il y a également tout le personnel de santé travaillant directement au sein de la communauté. Ils sont formés pour les soins à domicile, la prévention des maladies et la gestion de cas simples. Il existe aussi des fonctions en rapport avec la santé plus spécifiques au sein de la communauté, telles que les accoucheuses traditionnelles, appelées « Traditional birth attendants ». Leur rôle est d'identifier les grossesses à risque et d'assister les naissances non compliquées. Parmi

ces fonctions spécifiques, on trouve également des distributeurs établis dans la communauté qui répartissent les fournitures ayant trait à la santé. Enfin il existe des comités de santé de voisinage qui gèrent le recrutement de volontaires pour la promotion et la gestion de soins basiques dans la communauté. Ils s'occupent également de fournir les centres de santé avec des statistiques et de mobiliser la communauté autour des projets pour la société (30). Il ne faut pas non plus oublier les guérisseurs traditionnels qui utilisent les plantes pour soigner. Cependant, ils ne sont pas soutenus par le gouvernement.

Ensuite, il y a les postes de santé, qui représentent en Zambie la plus petite structure de soins. D'ailleurs un poste de santé est censé être compris dans un rayon de 5km, ce qui montre sa valeur au sein de la communauté (29). On trouve dans ces postes, des agents de santé compétents formés pour offrir des soins de base ainsi que de recommander certains patients à des structures plus adaptées. Ils en existaient 275 en Zambie, en 2010 (28).

Enfin les plus grandes structures au niveau communautaire sont les centres de santé. Ces centres, au nombre de 1'496 en 2010 (28), dispensent des soins de santé primaires et travaillent en collaboration avec le personnel de santé se trouvant dans la communauté. Ils sont compris dans un rayon de 29 km (30), donc couvrent une plus grande proportion de la population que les postes de santé, allant de 10'000 à 50'000 personnes suivant s'ils se trouvent, respectivement dans un espace rural ou citadin (29). Les hôpitaux de districts apportent un soutien réel aux centres de santé.

d. Financement

Le financement de la santé en Zambie est complexe et fait appel à différents acteurs. Il y a bien sûr le gouvernement, via ses ministères de la finance et de la santé, mais également les donateurs, les foyers et les employeurs (31).

Pour montrer le poids que peuvent avoir les aides financières extérieures sur le système de santé zambien, nous pouvons citer le pourcentage de celles-ci. En effet, celui-ci s'élevait à 27.2 % des dépenses totales dues à la santé en 2011 (32), ce qui n'est pas négligeable.

Mais depuis ces dernières années, on voit un net effort de la Zambie au niveau du pourcentage du PIB (produit intérieur brut) alloué au budget de la santé. En effet, celui-ci est passé de 5.7 en 2000 à 6.1 en 2011 (33), représentant 16 % des dépenses totales du gouvernement zambien en 2011 (34). Par ailleurs, il existe des assurances maladies en Zambie, mais elles ne sont pas obligatoires. D'ailleurs la majorité des gens n'en ont pas.

e. Défis

Les défis auxquels la Zambie est confrontée sont nombreux (35). Tout d'abord, il y a l'augmentation de la population. En effet, la population zambienne est passée « d'environ 3 millions de personnes en 1964 à 13.2 millions en 2010 » (36). Face à cette véritable explosion démographique, le système de santé zambien se doit de garder le rythme. Notamment, un de ces challenges sera de former plus de personnel médical.

Ensuite, il y a l'accès aux services de santé. Là les obstacles sont nombreux. Nous en développerons trois dans les paragraphes suivants (37):

Le premier obstacle est l'accès géographique. La Zambie a une superficie conséquente et les régions rurales sont moins bien couvertes que les régions urbaines. En effet, « on estime qu'en ville 99 % des foyers ont un établissement de santé dans un rayon de 5 km autour de chez eux, comparé à seulement 50 % des foyers dans les zones rurales » (38). Ce chiffre montre l'inégalité qu'il peut y avoir entre les villes et le monde rural. De plus le réseau de transport est insuffisant.

Le deuxième obstacle est le coût. Même si la taxe d'utilisateur a été retirée dans de nombreux districts, le coût de certains soins peut rester encore un frein pour les personnes les plus pauvres.

Le troisième obstacle est la communication. Malheureusement, celle-ci reste problématique dans les régions les plus reculées du pays.

Outre les problèmes d'accès aux soins, il y a aussi le manque de financement du système de santé.

N'oublions pas parmi tous ces défis que le pays est confronté à de nombreuses maladies, dont la charge, en termes de morbidité et de mortalité, est un véritable poids. Surtout en ce qui concerne la malaria, le VIH/SIDA et la tuberculose. Une attention toute particulière est aussi à porter à la mortalité maternelle, néonatale et infantile, qui malgré un recul ces dernières années, reste une des plus élevée au monde.

Pour finir comme autres difficultés, nous pouvons citer : l'accès à une bonne alimentation, le niveau d'éducation, l'amélioration des systèmes d'assainissement et d'eau, les nouvelles technologies, la logistique dans l'approvisionnement des médicaments et des fournitures médicales, etc. (35)

f. Projets

La mission que s'est donnée la Zambie en terme de santé est « de fournir un accès équitable à des services de santé rentables et de qualité aussi proche de la famille que possible » (39), avec comme objectif global : « d'améliorer l'état de santé de la population zambienne afin de contribuer au développement socio-économique » (39).

Pour atteindre cet objectif global, toute une série de priorités nationales de santé a été définie. On peut notamment citer : les services de soins de santé primaires, les maladies transmissibles et non-transmissibles, la santé environnementale, l'éducation et la promotion de la santé, la santé maternelle, néonatale et infantile, le financement des soins de santé ou encore la gouvernance des systèmes de santé (40).

g. Stratégies de coopération du pays – Aides internationales

En Zambie, le domaine de la santé bénéficie du soutien de multiples partenaires de coopération, tels que les Nations-Unies par l'intermédiaire de ces agences (OMS, UNICEF, etc), l'Union européenne, la banque mondiale, la banque africaine de développement, etc. (41)

La représentation de l'OMS en Zambie est divisée en 3 groupes (42) :

- « La santé maternelle et infantile »
- « Le programme d'administration et de coordination »
- « Le contrôle et la prévention des maladies »

Dans le « Zambia Country Cooperation Strategy 2008-2013 », l'OMS s'est donnée 4 lignes directrices (43):

- « Assurer la sécurité sanitaire en réduisant la morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles et non-transmissibles ».
- « Renforcer les plans et le contrôle des épidémies et des autres urgences ».
- « Renforcer les capacités et la performance des systèmes de santé ».
- « Renforcer les partenariats avec le secteur de la santé : gouvernance, égalité et équité ».

a. Etablissements et personnes rencontrées

1. Levy Mwanawasa General Hospital

Introduction

Nous avons fait notre stage d'immersion en communauté durant cinq semaines à l'hôpital Levy Mwanawasa General Hospital qui est un hôpital de province et qui se situe à une quinzaine de minutes du centre-ville ainsi que non loin de l'hôpital psychiatrique de Chainama. Cet hôpital a été ainsi nommé en l'honneur de Levy Patrick Mwanawasa qui fut le troisième président de la république de Zambie. Le Levy Mwanawasa General Hospital voit le jour le 8 août 2011.

Durant nos cinq semaines de stage au Levy Mwanawasa General Hospital nous avons eu la chance de passer une semaine dans un service différent et ainsi de voir l'organisation et le fonctionnement général de cet hôpital et de faire connaissance avec le personnel de santé et même de les assister lorsque cela nous a été possible.

Ainsi nous avons constaté que cet hôpital est organisé en différents services qui sont répartis sur deux étages. Ces différents services sont la médecine interne, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la médecine ambulatoire (Out Patient Department ou OPD), les urgences, la radiologie, la physiothérapie, le « ward », qui est une sorte de « quartier d'isolement », et le « high cost », où l'on retrouve les patients plus aisés.



Le Levy Mwanawasa General Hospital

Personnel de santé dans l'hôpital

Avant d'aborder la question de l'organisation des différents services, il convient d'abord de parler du personnel soignant.

Il faut mentionner que la plupart des membres du personnel de santé du Levy Mwanawasa General Hospital travaillent aussi de temps à autre dans d'autres hôpitaux (privés ou publics), c'est un moyen pour eux d'augmenter leur revenu.

Le personnel soignant est constitué de chirurgiens, d'anesthésistes, de médecins généralistes, d'un pédiatre, de physiothérapeutes, de « clinical officers » et d'infirmiers. Au total le personnel soignant est constitué de 35 médecins dont 11 sont étrangers et 9 sont Chinois (ces derniers sont payés par le gouvernement chinois).

Les chirurgiens

Il y a d'abord les chirurgiens qui, comme leur nom l'indique, ont la lourde tâche d'opérer les patients lorsqu'ils le nécessitent. Ces chirurgiens sont pour la plupart du temps au bloc opératoire, ainsi il est assez rare de les rencontrer dans les couloirs de l'hôpital comme c'est le cas pour la

plupart des autres membres du personnel soignant. Ces chirurgiens opèrent les patients sous anesthésie générale ou locale, selon l'ampleur de la procédure chirurgicale ; lorsque le patient a besoin d'être sous anesthésie générale, l'anesthésiste se doit d'être présent durant toute la durée de la procédure chirurgicale pour contrôler les constantes du patient endormi. À notre connaissance il y a seulement deux anesthésistes et trois chirurgiens au Levy Mwanawasa General Hospital. Ces deux personnels de la santé sont de service uniquement de jour.

Les médecins généralistes

Ces médecins sont présents dans tous les services de l'hôpital (sauf en chirurgie) et leur travail consiste à faire des rondes chaque matin : ils examinent chaque patient, leur apportent différents soins (prises de sang ou pose de voie veineuse, pose d'une sonde naso-gastrique, injections, etc. ...) et modifient leur(s) traitement(s).

Il est à mentionner que le médecin généraliste en Zambie n'a pas effectué de spécialisation proprement dite, en effet la médecine générale est le stade par lequel tous les étudiants sortant de l'université de médecine doivent passer avant de se spécialiser « pour de vrai ». Ainsi la grande majorité (pour ne pas dire la totalité) des médecins généralistes travaillant au Levy Mwanawasa General Hospital sont des spécialistes en devenir, c'est-à-dire qu'ils sont tous dans l'attente de poursuivre leur spécialisation, mais pour le moment ils n'ont pas le choix de travailler à l'hôpital car il y a une grande pénurie de médecin, ces médecins généralistes n'ont donc pas pour l'instant le libre choix de poursuivre leur spécialisation (qui pour la plupart serait la chirurgie générale ou spécialisée).

Ce qu'il y a de surprenant est que tous les médecins généralistes, bien que n'étant pas spécialistes, pratiquent différentes chirurgies dont les plus courantes sont l'aspiration manuelle intra-utérine, AMIU (en anglais MVA pour manual vacuum aspiration) et la césarienne. Ces médecins n'ont pas le choix d'exécuter des procédures qui vont plus loin que leur qualification, car il y a une pénurie de spécialistes.

Il y a en général un généraliste par service tous les jours et trois généralistes toutes les nuits, dont un généraliste de garde, un généraliste aux urgences et un généraliste en médecine ambulatoire.

Les « clinical officers »

Après avoir questionné différentes personnes travaillant dans l'hôpital où nous étions, nous avons conclu que les « clinical officers », littéralement les « officiers cliniques », sont des « généralistes juniors » ou autrement dit des généralistes en devenir, ils n'ont pas encore le diplôme du médecin généraliste, mais ils sont tout de même autorisés à effectuer la plupart des gestes techniques ainsi que des consultations seuls avec des patients, ils ont également le droit de faire des prescriptions médicales. Ils n'ont cependant pas le droit d'effectuer des opérations chirurgicales (césarienne), mais certains font tout de même des AMIU. Ils n'ont pas non plus le droit d'être le médecin qui fait les gardes de nuit.

Les infirmiers

Les infirmiers font un certain nombre de gestes techniques, parmi eux on peut citer : la pose de sonde naso-gastrique, de sonde urinaire, de voie veineuse, les injections, le nettoyage d'abcès et de plaies, ainsi que des points de suture. Les infirmiers n'ont évidemment pas le droit de faire des consultations avec les patients, mais ils peuvent y assister ou apporter leur aide si besoin est. Il y a plusieurs infirmiers qui travaillent de nuit et qui assistent le médecin généraliste de garde.

Les secrétaires et le personnel administratif

Ces membres du personnel de santé de l'hôpital s'occupent d'accueillir les patients à leur arrivée, de leur ouvrir un dossier médical et de valider leur décharge à leur sortie de l'hôpital.

Organisation des différents services

Les services sont essentiellement tous organisés de la même manière : il y a un comptoir d'accueil, une salle où se trouve le matériel de soins infirmiers, un bureau où le personnel soignant se retrouve pour faire le colloque, ainsi qu'un espace « salle d'attente » situé dans le couloir entre le comptoir et les chambres communes. Le fonctionnement des services est aussi, à peu de choses près, le même : chaque matin le médecin accompagné du « *clinical officer* » et des infirmiers (parfois avec des étudiants lorsqu'ils sont présents) se rend dans chaque chambre pour un bref entretien avec chaque patient, administrer les soins requis et modifier les traitements si nécessaire.

Département de médecine interne

Dans ce service, l'organisation est la suivante : il y a deux « *acute rooms* » (chambres aiguës) où l'on retrouve les patients au stade aigu de leur maladie et qui sont plus ou moins contagieux et deux autres chambres communes où l'on retrouve les patients plutôt au stade chronique de leur maladie et qui sont ainsi moins contagieux. Les hommes et les femmes sont dans des chambres séparées. Chaque chambre commune peut accueillir environ une dizaine de patients, mais lorsque les lits sont tous occupés, il y a tout de même la possibilité d'accueillir deux ou trois patients en plus en mettant des matelas sur le sol. Les patients que l'on retrouve dans ce service sont pour la plupart atteints de malaria, de tuberculose, ou du VIH.

Département de chirurgie avec les blocs opératoires

Dans le département de chirurgie, l'organisation de l'espace est essentiellement la même que dans le département de médecine interne, mais il y a en plus une salle MVA (Manual Vacuum Aspiration) où les femmes peuvent se rendre le matin pour subir un curetage. Dans les chambres communes s'effectuent certains soins chirurgicaux comme par exemple le nettoyage de plaies telles que des brûlures. On retrouve aussi dans une partie de ce service des patientes gynécologiques. En effet, une chambre commune est réservée aux femmes enceintes qui sont dans des situations qui requièrent une intervention chirurgicale telle qu'une césarienne ou les femmes qui ont une incompetence cervicale et qui requièrent qu'on leur enlève les points de suture de support dès que les vrais signes du travail commencent.

En continuité avec le département de chirurgie, il y a les blocs opératoires. Il y a en tout quatre blocs opératoires et chaque jour de la semaine est réservé à des interventions chirurgicales particulières : un jour pour la chirurgie générale, un autre pour les interventions sur le tractus urinaire, encore un



Une des salles d'opération de l'hôpital.

autre jour pour la chirurgie pédiatrique et un autre jour pour la gynécologie-obstétrique. Adjacent aux blocs opératoires, il y a la salle des soins intensifs et la salle de réveil.

Département de gynécologie-obstétrique

Il y a dans ce département trois chambres communes et il y a en plus une grande salle d'accouchement divisée en deux avec chacune trois lits d'accouchement (il y a donc en tout la possibilité pour six femmes d'accoucher au même moment). Dans une des chambres communes se trouvent les femmes qui ont subi une césarienne ou qui viennent d'accoucher, dans la deuxième chambre commune qui est plus petite que les deux autres et plus proche de la salle d'accouchement, se trouvent les femmes qui vont bientôt entrer en travail ; ces femmes sont transférées dans la salle d'accouchement lorsque les vrais signes du travail débutent. Les femmes enceintes qui ne sont pas encore en travail sont séparées des femmes qui sont prêtes à entrer en travail d'un moment à l'autre car (selon les explications d'un médecin du Levy Mwanawasa General Hospital) il a été prouvé que les autres femmes enceintes peuvent être affectées de manière prématurée lorsqu'elles voient d'autres femmes dont le travail progresse et que leur reste statique, ainsi certaines femmes deviennent anxieuses et d'autres ont une poussée d'adrénaline et commencent ainsi un travail prématuré dû à « l'effet psychologique et à la chimie hormonale ».

Dans la dernière chambre commune se trouvent les femmes qui ne sont pas enceintes mais qui ont des maladies gynécologiques qui requièrent une admission hospitalière.

Département de pédiatrie

Dans ce département il y a en tout trois chambres communes : deux grandes chambres avec une douzaine de lits chacune qui accueillent les enfants déshydratés, mal-nourris, atteints de malaria, et une troisième chambre plus petite, avec uniquement deux lits qui accueillent les enfants contagieux (atteints de tuberculose par exemple).

Dans ce département, le médecin accompagné des infirmiers et des éventuels étudiants fait la ronde chaque matin en passant d'un patient à l'autre pour monitorer son état. Les parents (en général un membre de la famille et pas plus) des enfants ont le droit de rester jour et nuit avec leur protégé, ce sont également eux qui nourrissent l'enfant, ce n'est pas le personnel soignant (qui est d'ailleurs en nombre insuffisant).

Le département de médecine ambulatoire

Dans ce département les patients viennent en consultation, ils y reçoivent également différents soins, puis ils rentrent chez eux ; c'est le principe de la médecine ambulatoire. Ce département est en continuité avec le département des urgences.

Le laboratoire

Il y a un petit laboratoire se trouvant à mi-chemin entre le service des urgences et celui de la médecine ambulatoire. Les médecins/infirmiers peuvent y déposer les éprouvettes de sang ou d'autres liquides biologiques destinés à être analysés ou des spécimens (tumeurs, etc...) à observer au microscope.

Les urgences

L'organisation de ce département est quelque peu différente de celle des autres départements : il y a d'abord un grand couloir qui fait également office de salle d'attente, ce couloir mène au comptoir d'accueil où les

La « rescue room », salle des urgences.



patients se présentent afin d'ouvrir un dossier médical pour ensuite être présentés à un médecin. Il y a aussi un bureau où le personnel soignant se retrouve lors des réunions, une salle pour les infirmiers où s'effectuent entre autres la prise des constantes vitales ainsi que la pose de voie veineuse, une chambre avec un lit où le médecin de garde peut s'assoupir la nuit lorsqu'il n'y a pas de patient, et également deux chambres communes pour les patients, avec chacune trois lits où les patients peuvent rester seulement pour une durée de cinq heures, ensuite ils rentrent chez eux ou bien si leur état ne le permet pas, ils sont transférés au département du « ward ». Il y a en plus deux salles de consultation et la « rescue room » (littéralement la chambre de sauvetage) où s'effectuent les différents gestes techniques.

Ce département est en continuité avec le département de radiologie.

Département de radiologie

Dans ce département il y a une machine qui effectue les radiologies, ainsi qu'un scanner. Les patients s'y rendent pour faire une radiographie ou un scanner sous ordonnance médicale. Il y a jour et nuit un radiologue dans ce service.



L'unique scanner du Levy Mwanawasa General Hospital.

Département de physiothérapie avec les plâtres

Dans ce département les patients viennent pour la pose d'un plâtre lorsque cela est nécessaire, puis ils reviennent quelques semaines plus tard pour se les faire enlever. Il y a également un espace « physiothérapie » où se trouvent un tapis roulant, un vélo d'appartement, des tapis, des ballons, et dans lequel les patients en rééducation peuvent venir faire toute sorte d'exercices à l'aide de médecins afin de retrouver l'usage de leurs muscles.

La salle d'échographie

Dans cette salle se trouvent deux lits ainsi que le matériel d'échographie. Il y a tout au long de la journée un médecin qui accueille les patients qui nécessitent une échographie.

Le « ward » department

Au *ward* se trouvent les patients qui nécessitent des soins et des traitements selon les directives médicales prescrites. On y trouve aussi les patients qui ont été admis un jour avant une opération chirurgicale, ainsi on peut évaluer leur état de santé afin de déterminer leur éligibilité à subir une intervention chirurgicale. Il y a également les patients qui ont des maladies chroniques et qui y décèdent en paix dans les cas où la médecine a rencontré ses limites.

Dans ce département il y a aussi les femmes enceintes atteintes de la malaria, du SIDA, ou de la tuberculose. Ces femmes restent admises aussi longtemps que les médecins et les chirurgiens le prescrivent.

Dans ce département se trouvent également les patients qui ont fait une overdose de substances illégales (cocaïne, ...) et qui pourraient échapper aux autorités, ainsi dans ce département ces patients sont sous surveillance des autorités.

On y garde aussi dans ce département tous les patients en provenance des urgences qui ont besoin de rester à l'hôpital pour une durée de plus de cinq heures.

Le « high cost » ou littéralement le « département de coût élevé »

Dans ce département se trouvent les patients qui ont de plus grands moyens financiers que les autres patients dans le reste de l'hôpital. Ainsi ce département semble être plus « propre » que les autres départements, il y a aussi beaucoup d'éléments de décoration dans les couloirs (des cadres, des pots de fleurs, etc. ...). Les patients dans ce département sont dans des chambres individuelles, ils ont également une télévision et un téléphone dans leur chambre, ainsi qu'un placard pour y ranger leurs affaires.

Les différences entre ce département et les autres sont uniquement le confort et l'intimité du patient ; il n'y a pas plus de personnel soignant dans ce département (certains pourraient penser qu'il pourrait y avoir un infirmier par patient, mais ce n'est pas le cas), et le personnel soignant n'est pas plus compétent que dans les autres départements, ce sont les mêmes médecins et infirmiers qui font un tournus entre ce département et les autres. Le taux de décès dans ce département est également semblable à celui des autres départements.

La morgue

La morgue se trouve dans un petit bâtiment à l'extérieur de l'hôpital, et dans ce petit bâtiment séparé il y a une salle qui contient les frigos mortuaires (environ une douzaine de frigos, mais chaque frigo pouvant contenir plusieurs cadavres à la fois), ainsi que deux salles où les corps des défunts sont disposés sur des tables d'autopsie avant d'être entreposés dans les frigos mortuaires, ainsi la famille du défunt peut venir faire ses adieux en bénéficiant d'une certaine intimité.

Heures d'activité

Levy Mwanawasa General Hospital est ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, cependant l'abondance des médecins et des chirurgiens est plus grande en matinée, l'après-midi plusieurs services se retrouvent dépourvus de médecin. La nuit il y a uniquement un médecin de garde pour tout l'hôpital, ainsi qu'un médecin généraliste au département de médecine ambulatoire, et un autre médecin généraliste au service des urgences avec deux infirmiers et le radiologue toujours présent.

Les paiements

L'état paye les consultations, les médicaments, ainsi que le matériel de soin que nécessite le patient à l'hôpital, ce sont uniquement les examens radiologiques et ceux de type scanner qui sont à



Les réserves en médicaments injectables de la « rescue room » des urgences.

la charge du patient. Cependant, si l'hôpital est à court de matériel et qu'il s'agit d'une urgence, il est à la charge du patient (ou du moins d'une personne de sa famille) de se procurer le matériel nécessaire, dans une pharmacie par exemple. Nous avons par exemple eu le cas d'un patient d'une soixantaine d'années atteint d'un cancer de la vessie et d'une hypertrophie de la prostate qui nécessitait une sonde urinaire, nous avons alors utilisé la dernière sonde urinaire disponible aux urgences, mais la douleur du patient était trop importante et nous avons alors dû retirer la sonde. Quelques minutes plus tard nous avons décidé de refaire une tentative, en effet il fallait absolument poser une sonde urinaire à ce patient mais nous n'en avions plus de disponibles... le fils de ce patient a donc dû aller en chercher une à la pharmacie la plus proche.

La nourriture, le linge de lit et les vêtements du personnel et des patients

Chose surprenante pour un hôpital, il n'y a pas de cantine-restaurant, ainsi le personnel amène sa propre nourriture ou l'achète dans une petite cabane non loin de l'hôpital. Pour ce qui est des patients, les repas leur sont servis deux fois par jour en chambre par l'hôpital, mais la plupart ont de la nourriture amenée par leur famille. En pédiatrie l'hôpital sert une grande portion aux enfants pour qu'ils la partagent avec leurs parents qui, comme développé ci-dessus, passent des journées et des nuits entières à veiller leur enfant admis à l'hôpital.

En ce qui concerne les couvertures et les taies d'oreiller, elles sont fournies par l'hôpital, mais beaucoup de patients ont aussi leur propre couverture sur leur lit (soit ils l'ont amenée eux-mêmes à leur arrivée, soit leur famille l'a apportée). Les patients portent aussi leurs propres vêtements et leurs chaussures, en effet aucune chemise ni pantoufle d'hôpital n'est fournie, sauf pour les interventions chirurgicales, dans ce cas les patients sont pieds-nus et nus sous une chemise fournie par l'hôpital.

Le personnel soignant aussi doit avoir sa propre blouse lorsqu'il est en service dans l'hôpital ainsi que ses propres vêtements pour aller au bloc opératoire ainsi que les chaussures appropriées pour entrer dans l'environnement stérile.

Quelques statistiques

En 2012 il y a eu au total 13'617 admissions, 11'013 décharges, et 965 décès (soit 7% des admissions) ; 3'294 accouchements au total, dont 2'459 par voie basse et 735 césariennes.

2. UTH (University Teaching Hospital)

UTH, situé à Lusaka (capitale de la Zambie) près du centre-ville, est le plus grand hôpital du pays. Cet hôpital forme des étudiants en médecine, des internes et des médecins post-gradués. Cet hôpital abrite 1'655 lits et 250 lits pour bébés. Les patients peuvent bénéficier de soins hospitaliers et de soins en ambulatoire.

Il y a en tout dix services dans cet hôpital : le département d'anesthésie, de médecine interne, de gynécologie et obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie, de médecine communautaire, de pathologie, de radiologie, de physiothérapie, de



Entrée du UTH, le plus grand hôpital de Zambie.

pharmacie, et il y a également une banque de sang.

Par manque de temps, nous avons seulement passé quelques heures dans cet hôpital universitaire, mais nous avons tout de même pu visiter différents départements : celui de pédiatrie (avec trois grandes chambres communes : une pour les urgences, une pour les patients admis non contagieux, une pour les patients contagieux), le département de radiologie où se trouve l'unique IRM du pays avec uniquement une seule personne qui sait comment la faire fonctionner, le département d'histologie-histopathologie, ainsi que les salles d'autopsie ou plutôt les salles de cours ; en effet il y a 3 amphithéâtres où les étudiants peuvent assister à des cours sous forme d'autopsies faite par un médecin. Il y a également un département réservé aux patients cancéreux qui viennent pour des entretiens avec leur médecin, subir leur traitement de chimiothérapie ou la radiothérapie.

Cet hôpital accueille également les cas jugés « trop graves » en provenance d'autres hôpitaux, dont le Levy Mwanawasa General Hospital (qui ne possède pas de défibrillateur), par exemple les bébés nés trop prématurément (absence de couveuses appropriées au Levy Mwanawasa General Hospital) ou les patients nécessitant d'une prise en charge trop stricte ou d'une chirurgie trop compliquée. UTH est donc l'hôpital le mieux adapté de tout le pays.

b. Maladies rencontrées

1. Introduction

Dans ce chapitre, nous évoquerons plusieurs problèmes de santé que nous avons pu rencontrer en Zambie. En effet, ce pays est confronté à de nombreuses maladies transmissibles, telles que le VIH/SIDA, la malaria et la tuberculose, mais aussi à des maladies non transmissibles telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Dans les différents services où nous sommes passés, nous avons également constaté d'autres problèmes de santé, comme la malnutrition, les fausses couches ou encore les traumatismes dus aux accidents de la route.

Dans le développement qui suit, nous discuterons de la manière dont l'hôpital où nous avons effectué la majeure partie de notre stage, prend en charge les maladies transmissibles, puis nous aborderons les maladies non-transmissibles. Pour finir, nous parlerons des autres problèmes de santé.

2. Maladies transmissibles

3 maladies principales

Pour commencer ce sous-chapitre, il convient de citer le sixième objectif du Millénaire pour le développement : « *Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies* » (1). Le SIDA, la tuberculose et la malaria sont les principales causes de décès en Zambie. C'est pour cette raison que nous nous arrêterons plus longuement sur ces maladies.

• VIH/SIDA

Le SIDA est un syndrome qui se développe chez les personnes atteintes par le VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine). Le VIH entraîne une diminution des cellules T CD4 chez les personnes infectées. Cette immunosuppression est le déclencheur de certaines maladies caractéristiques comme la pneumonie à pneumocystis carinii. Dès lors que le patient présente ces maladies, on dit qu'il est alors atteint du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise). Ces maladies définissent le

stade du syndrome : par exemple, les patients qui sont au premier stade présentent une lymphadénopathie persistante généralisée.

La prévalence du VIH en Zambie était de 14.3% selon un sondage en 2007 (2). Ce chiffre montre l'impact que peut représenter cette maladie sur le système santé zambien. C'est aussi ce que nous avons constaté dans tous les services où nous sommes passés lors de notre stage à l'hôpital.

Dans le service de pédiatrie, nous avons vu plusieurs enfants atteints du SIDA. Le médecin nous a expliqué que tous les patients pédiatriques admis à l'hôpital sont dépistés pour le VIH, même si l'enfant vient pour un motif de consultation complètement différent.

Nous avons également pu assister à des consultations où le médecin regarde si l'enfant est éligible pour prendre un traitement anti-rétroviral et pour adapter ce traitement à ceux qui le prennent déjà.

En ce qui concerne les adultes, c'est dans les services de médecine interne et de médecine ambulatoire où nous avons pris la mesure de l'influence de cette maladie sur l'état de santé des patients. Nous avons notamment vu des patients qui présentaient des pathologies liées à l'immunosuppression provoquée par le VIH, telles que la tuberculose, le sarcome de Kaposi ou la candidose oesophagienne. Nous avons pu aussi constater toutes les questions de prise en charge et de traitement que cela peut poser. Le diagnostic se fait par un test sur une prise de sang toujours accompagné d'un compte de CD4.

Au cours de notre stage nous avons appris que 80 % des personnes venant consulter à l'hôpital sont séropositives (3). Au delà du réel problème de santé que cela pose, il faut aussi prendre en compte l'exposition des soignants à cette maladie. L'hôpital où nous avons effectué notre stage dispose d'une procédure en cas d'exposition du personnel soignant au sang. De plus, les soignants peuvent se faire dépister régulièrement.

Un des objectifs du gouvernement zambien, faisant partie des priorités en terme de santé au niveau national est : « De stopper et de commencer à réduire la propagation du VIH/SIDA et des MST en augmentant l'accès à des interventions de qualité sur le VIH/SIDA, les MST et les transfusions sanguines » (4).

• Tuberculose

La tuberculose est une maladie causée par une bactérie, le *Mycobacterium tuberculosis*. Elle s'attaque surtout aux poumons, pouvant provoquer une pneumonie chronique avec des symptômes respiratoires, tel qu'une toux chronique ou de l'hémoptysie. Cela explique que la transmission se fasse en grande majorité par gouttelettes et aérosol. Les autres manifestations cliniques de la maladie sont les sueurs nocturnes, la perte de poids et la fièvre. Il convient de préciser « qu'au moins 90 % des personnes en bonne santé infectées par la tuberculose ne développeront jamais la maladie » (5).

En Zambie, 64 % des personnes souffrant de tuberculose étaient co-infectées par le VIH, en 2011 (6). Dans ce pays, ces 2 maladies sont donc presque indissociables. Par exemple, dans le service de médecine ambulatoire, le docteur demande systématiquement aux patients présentant de la toux chronique s'ils ont le VIH et s'ils prennent un traitement anti-rétroviral.

Les tuberculeux représentent une bonne partie des patients qui se trouvent dans le département de médecine interne. Ce sont des cas où il y a eu une réactivation endogène de la maladie. On a alors à faire à une tuberculose secondaire. Le stade avancé de la maladie explique pourquoi ils sont admis à l'hôpital dans ce service.

Nous avons également suivi des consultations dans le département de médecine ambulatoire où les patients sont traités des manifestations cliniques de la maladie, comme par exemple le drainage de l'ascite d'un patient.



En ce qui concerne les mesures de sécurité, elles restent sommaires. En effet, les patients tuberculeux ne sont pas isolés dans une chambre individuelle et les soignants ne portent pas de masque de protection. Dans le « ward », un espace isolé du reste de l'hôpital, les patients les plus contagieux sont pris en charge. Malgré tout, les chambres sont aérées et nous avons également vu des affiches pour la prévention de la tuberculose.

« La Zambie a adopté la nouvelle stratégie de STOP TB développée en 2006 » (7). Cette stratégie basée sur le TB-DOTS (Directly Observed Treatment Scheme), comprend plusieurs objectifs,

tels que « d'avoir un accès universel à un service de diagnostic et un traitement de qualité centré sur le patient, de diminuer le poids humain et socio-économique associé à la tuberculose, de protéger les populations pauvres et vulnérables face à la tuberculose » (8).

On peut constater que la prévalence pour 100'000 habitants a diminué de 528 cas en 2000 à 352 cas en 2011 (9). Pour comparaison, la prévalence de la tuberculose pour 100'000 habitants était de 293 en Afrique et de 56 en Europe, en 2011 (10). Ces chiffres montrent, que même si la Zambie est sur le bon chemin, il lui reste un long parcours pour éradiquer complètement cette maladie.



Médicaments utilisés contre la Tuberculose.

• Malaria

La malaria est une maladie causée par un parasite. Il en existe 5 types différents: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* et *P. knowlesi* (11). L'espèce, de loin dominante en Zambie, est le *P. falciparum* (12). Le parasite a besoin d'un vecteur, l'anophèle femelle, pour se transmettre d'un humain à un autre. L'anophèle est un moustique qui pique surtout la nuit entre 22h et 5h du matin.

La malaria n'est plus endémique dans les pays occidentaux, malheureusement elle fait toujours des ravages dans d'autres régions du monde dont certains pays d'Afrique font partie. Près de 3.5 millions de zambiens sont infectés chaque année par la malaria (13), avec un taux d'incidence de 25'242 pour 100'000 habitants en 2010 (14).

Cette maladie est une pathologie touchant les globules rouges et provoque des symptômes souvent non spécifiques, comme de la fièvre, des céphalées ou des vomissements. Les complications, telles que la malaria cérébrale, l'anémie sévère, l'insuffisance rénale, l'œdème pulmonaire et la fièvre bilieuse hémogloburique, sont graves et peuvent mener à la mort si aucun traitement n'est donné.

On peut guérir de la malaria avec un traitement adapté. De plus, il convient de préciser que certains des médicaments sont prophylactiques, alors que d'autres sont à utiliser en cas d'urgence. Dans l'hôpital où nous étions, les médecins disposaient principalement de 2 traitements contre la malaria. Le premier, *l'arthémether luméfantrine*, est une combinaison médicamenteuse, utilisée dans les cas de malaria non compliquée. La quinine, le deuxième traitement, est celui de choix si la malaria est compliquée (11). De plus, on donne la quinine aux enfants, car *l'arthémether luméfantrine* ne peut pas être prescrit à des personnes pesant moins de 35 kg. Par ailleurs un médecin nous a expliqué que la quinine est à prescrire avec du dextrose 5 % ou 10 %, car un des effets secondaires de ce médicament est l'hypoglycémie.

Il est à noter qu'en Zambie la plupart des gens ne prennent pas de prophylaxie anti-malarique. Ceci s'explique par le fait que les personnes vivant dans des zones endémiques, du fait de leur exposition régulière, développent une immunité non stérile. Cette immunité leur évite d'avoir des malaras trop sévères. Les enfants, ayant une immunité plus faible, sont plus susceptibles d'être touchés par la malaria. D'ailleurs, la plupart des patients infectés par la malaria que nous avons vus étaient des enfants. En Zambie la malaria était responsable, en 2010, à hauteur de 13 % de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (15). Malgré ce taux élevé de mortalité, seuls « 29 % des enfants dormaient sous une moustiquaire traitée avec un insecticide » selon un sondage en 2007 (16).

Le diagnostic de la malaria se fait principalement par prélèvement sanguin puis par observation au microscope pour rechercher le parasite ou bien à l'aide d'un test rapide, à la recherche d'antigène spécifique (11). Dans l'hôpital où nous avons effectué notre stage, la plupart des patients consultaient d'abord dans le service de médecine ambulatoire où ils étaient ensuite testés en cas de suspicion. Les résultats étant obtenus dans la journée, le médecin prescrivait le traitement adapté et admettait à l'hôpital les cas sévères et compliqués de la maladie.

En Zambie, la malaria fait partie des priorités de santé publique. D'ailleurs, un des départements du ministère de la santé, le centre national du contrôle de la malaria (National Malaria Control Centre) lui est consacré. Selon le « 2006-2010 National Malaria Strategic Plan », l'objectif du pays était « de baisser l'incidence de la malaria de 75 % et de réduire significativement les décès causés par la malaria d'ici 2010 (...) » (17).

Autres maladies transmissibles

Les autres maladies transmissibles que nous avons rencontrées sont diverses. En pédiatrie, nous avons fréquemment vu des cas d'infections digestives, telles que les infections à ténias. Les infections digestives provoquant couramment des diarrhées aboutissaient souvent à une déshydratation sévère, cette dernière étant un problème récurrent dans le service. En outre, les cas de méningite n'étaient pas rares, pouvant déboucher sur des chocs septiques.

Par ailleurs, lors de notre stage à l'hôpital, nous avons pu constater que les enfants possèdent une carte individuelle, dont une partie est consacrée aux vaccins.

En ce qui concerne les adultes, on peut citer les pneumonies, qui ne sont pas forcément causées par la tuberculose, la gastro-entérite ou encore la fièvre typhoïde, qui font d'ailleurs partie des principales causes d'admission de l'hôpital où nous avons effectué notre stage (18).

Enfin, n'oublions pas de mentionner la présence en Zambie des maladies tropicales négligées, telles que la schistosomiase, la filariose lymphatique, la trypanosomiase, le trachome ou encore les infections par les helminthes (19).

3. Maladies non-transmissibles et autres problèmes de santé

Lorsqu'on parle de santé en Afrique, on pense volontiers aux maladies tropicales citées précédemment, telles que la malaria ou la trypanosomiase. Mais on oublie qu'aucun pays n'est épargné par le cancer, le diabète, les blessures ou encore les maladies cardiovasculaires. En 2008, en Zambie le taux de mortalité pour 100'000 habitants dû aux cancers chez les 30-70 ans s'élevait à 166 morts (20) et celui dû aux maladies cardiovasculaires et au diabète à 527 morts (20). L'impact de ces maladies augmentant au fil des ans, le renforcement des mesures préventives pour endiguer la montée en flèche de ces maladies fait partie du plan national stratégique de santé 2011-2015 (21).

C'est dans le service de médecine ambulatoire et celui des urgences que nous nous sommes aperçues que ces maladies pesaient sur le système de santé zambien.

En médecine ambulatoire, nous avons assisté à des consultations où les patients venaient avec des problèmes d'hypertension, de diabète ou d'anémie. On peut bien s'imaginer la difficulté de

devoir gérer ce type de maladie qui demande un traitement à long terme dans un système de santé qui manque de moyens : cela constitue un véritable défi.

Dans le service des urgences nous avons vu passer de nombreuses personnes ayant des blessures, que ce soit des traumatismes, souvent dus à des accidents de la route, des fractures ou encore des brûlures. La plupart du temps la prise en charge de ces patients consistait à nettoyer la plaie, souvent, de faire des points de suture, puis enfin de mettre un pansement. Précisons que les accidents de la route sont très fréquents et constituent la première cause de consultation dans le service des urgences (18).

Nous avons également assisté à la prise en charge de cas beaucoup plus graves. En effet, nous avons été étonnées d'apprendre, puis ensuite de le constater par nous-mêmes, que de nombreuses personnes venaient dans ce service pour cause de tentative de suicide, par exemple en s'intoxiquant avec de l'insecticide. Parmi les autres motifs de consultation du service des urgences il y a les fausses couches, les intoxications diverses, les abcès, etc.

En ce qui concerne le département de gynéco-obstétrique, le service accueille en grande majorité des femmes dont la grossesse présente des complications, telles que la pré-éclampsie, les grossesses ectopiques, etc. En effet les grossesses sans complications sont généralement prises en charge au niveau local, c'est-à-dire dans les centres communautaires ou bien à domicile. En Zambie, « seul 47 % des naissances sont pratiquées par des soignants qualifiés » (22) et « 23 % sont assistées par des accoucheuses traditionnelles » (TBAs) (22). De plus, dans le service de chirurgie, les aspirations manuelles intra-utérines suite à des avortements sont également fréquentes.

Dans le service de pédiatrie, outre les nombreux cas de malaria et d'infections digestives ou respiratoires que nous avons pu voir, un nombre conséquent d'enfants souffraient de malnutrition parfois très sévère. En Zambie, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale était de 14.9 % en 2007 (23).

c. Relation médecin malade

Introduction

Dans ce chapitre, nous allons aborder la relation entre le personnel soignant de l'hôpital et le patient et la place du secret médical. D'abord, nous allons faire un rappel sur les différents modèles de relations soignant/soigné, puis, en nous servant de ces bases, nous allons analyser les situations rencontrées dans différents services de l'hôpital (gynécologie-obstétrique, polyclinique, urgences et pédiatrie) pour mettre en lumière les divers aspects de la relation et essayer d'expliquer pourquoi certains aspects sont manquants.

Dans la littérature, quatre modèles principaux de relations médecin /patient sont décrits :

- Le modèle paternaliste
- Le modèle informatif
- Le modèle interprétatif
- Le modèle délibératif

Le plus vieux des modèles est le modèle paternaliste. Dans celui-ci la relation médecin / patient est assimilée à celle du parent et de son enfant. Le médecin sait mieux que le patient ce qui est bon pour lui et il doit s'efforcer de faire tout ce qui est en son pouvoir pour le viser. L'autonomie du patient s'arrête au droit de dire oui. Il n'y a pas de discussion entre le médecin et le patient, le flux d'information se fait à sens unique dans le sens médecin patient. Ce modèle est critiqué, il garde pourtant quelques applications par exemple dans les cas d'urgences (patient inconscient).

Dans le modèle interprétatif, le médecin joue un rôle de conseiller. En effet, celui-ci aide le patient à clarifier ses besoins et à choisir la prise en charge qui correspond le mieux à ses valeurs et ses croyances. Le risque de ce modèle est que le médecin impose ses propres valeurs au patient, c'est une sorte de paternalisme déguisé.

Dans le modèle informatif, le médecin joue le rôle d'expert technique. Il doit fournir au patient toutes les informations pertinentes concernant son cas et ensuite le patient délibère et fait lui-même son choix de prise en charge. Le flux d'information est encore une fois majoritairement à sens unique, du médecin vers le patient.

Le dernier modèle est le modèle délibératif dans lequel une vraie discussion prend place entre le médecin et le patient. Le médecin considère que le patient peut mal connaître ses valeurs et qu'après discussion il pourrait en préférer d'autres. Les deux partis prennent ensemble la décision sur la prise en charge et le traitement du patient. Le médecin guide le patient sur la voie du développement moral, il joue le rôle d'ami ou d'enseignant.

Intimité du patient

La maternité étant une valeur très importante dans la culture africaine ; le service d'obstétrique de l'hôpital *Levy Mwanawasa* est très chargé. La capacité maximum du service est de 30 patientes (12 pour la salle de travail, 6 pour les urgences obstétricales et 12 pour la salle post-natale) et il n'y a qu'un seul médecin généraliste pour s'occuper de tout le service. Le médecin dispose donc d'un temps assez réduit à consacrer à chaque patiente.

Il est à noter que la plupart des patientes qui viennent à l'hôpital sont des grossesses avec complications, car les grossesses simples sont prises en charge par les petites cliniques de proximité. L'environnement ne se prête pas bien à la confidentialité et à l'intimité requise pour une consultation gynéco-obstétrique, car la salle de travail est une grande pièce avec 12 lits, les uns à côté des autres, et il n'y a pas de rideaux séparant chaque lit. Il y a tout de même un paravent à disposition pour cacher la patiente du regard des autres lors de l'examen physique poussé.

De plus il n'est pas rare de rajouter des matelas par terre lorsque le service est surchargé. La consultation se déroule selon le plan typique de l'anamnèse suivie par l'examen physique et prend environ dix minutes.

Lors de l'anamnèse, le médecin explore les plaintes de la patiente, puis il procède à l'examen physique de celle-ci. On ne peut s'empêcher de remarquer que le médecin passe plus de temps à écrire dans le dossier médical que de temps avec la patiente.

L'hôpital *Levy Mwanawasa* n'est pas un hôpital universitaire mais, cependant, il accueille de nombreux étudiants en médecine et en sciences cliniques dans le cadre de leur formation. Nous avons pu remarquer que dans presque tous les services le consentement du patient est rarement, voir jamais demandé, en ce qui concerne la présence d'étudiants lors de consultation et même l'exécution de gestes techniques par les étudiants sur les patients.

C'est une opportunité géniale pour les étudiants zambiens, car cela leur permet de développer leurs qualités techniques beaucoup plus tôt dans leur formation que nous autres à Genève. Cependant, sur le plan éthique, cette approche laisse grandement à désirer. De plus, la présence en grand nombre des étudiants pose aussi un problème quant à l'intimité des patients, car les étudiants rentrent et sortent des salles de consultation à tout moment étant à la recherche des cas les plus intéressants.

La situation la plus choquante est lorsque ces intrusions se déroulent en salle de MVA dans le service de gynécologie, c'est-à-dire lorsque les femmes doivent effectuer une AMIU (Aspiration manuelle intra-utérine) après une interruption de grossesse, même si en Zambie, l'IVG est illégale. Il est important de souligner que ce ne sont pas seulement les étudiants qui se comportent de la sorte, mais également le personnel soignant de l'hôpital. On a observé un autre exemple illustrant ce droit à l'intimité réduit du patient dans le service de médecine ambulatoire où le patient sortant de la consultation appelle le nom du patient suivant dans le couloir.

Il semble possible que les notions de confidentialité et d'intimité n'aient pas la même valeur dans la culture africaine que dans la culture européenne. En Afrique les gens sont beaucoup moins individualistes et considèrent tout le monde comme leur famille proche. Dans cette optique, les situations observées paraissent presque logiques. En effet, durant tout notre séjour, peu de patients se sont plaints de ce manque d'intimité dans le contexte médical. Néanmoins, il est arrivé qu'une patiente, devant subir un toucher vaginal, fasse comprendre au médecin que notre présence, comme étudiantes, la dérangeait fortement. Le médecin a été très surpris de sa demande, et a presque fait la morale à sa patiente, afin de la faire changer d'avis quant à notre présence. Nous, étudiantes, n'avons surtout pas voulu insister, et presque soulagées d'enfin entendre un patient s'exprimer quant à son droit d'intimité, nous avons décidé de quitter la pièce.

Parfois donc nous avons été tentées de conclure que cette relation, finalement très paternaliste, qui ne laissait place à quasi aucune intimité et très peu d'échange avec son médecin, était ancrée dans la culture zambienne et que les patients s'en accommodaient. Mais il semblerait que ce ne soit finalement pas exactement le cas. En effet, certaines d'entre nous avons pu passer du temps, seules, avec certains patients, sans la présence d'autres médecins, dans un cadre plus tranquille, lors par exemple, de la pose de points de suture, ou de lavage de plaies. Dans ce contexte, et avec un peu plus de temps à disposition que d'habitude, nous avons pu entendre certains patients s'exprimer sur leurs craintes ou leurs peurs. Les patients se sont montrés ravis et soulagés de pouvoir s'exprimer ainsi, poser leurs questions et avoir un échange avec la personne en face d'eux (même si ce visage ne leur était pas très familier, de par notre présence étrangère à l'hôpital). Cette expérience, nous a montré que les patients étaient parfois à la recherche d'un peu plus d'échange avec leur soignant, mais que l'occasion ne leur était que trop peu donnée.



Panneau affiché à l'entrée des urgences de l'hôpital, à côté des droits des patients.

Souffrance et douleur du patient

La souffrance est une chose à laquelle nous n'avons pas pu échapper pendant notre IMC en Zambie. Comme dans tous les hôpitaux du monde la douleur est présente, mais ici elle est amplifiée par le fait que les antalgiques et anesthésiques sont peu disponibles et peu ou mal utilisés. L'exemple le plus fréquent qu'on a pu observer est la souffrance des patients auxquels on fait des points de suture aux urgences. Il y a bien injection de *lidocaïne*, un anesthésique local, mais on ne laisse que peu le temps au produit d'agir avant de commencer à faire les points. Ce n'est donc pas toujours très efficace pour le patient. Un autre exemple douloureux dont nous avons été témoins est la pose de sonde urinaire chez un patient ayant une hypertrophie de la prostate, sans injection préalable de gel anesthésiant dans l'urètre.

Ce qu'on a pu noter, dans de nombreux cas, est le fait que le personnel médical montre peu, voir pas de compassion, face à la douleur des patients. Les médecins restent très détachés même dans les situations les plus extrêmes. Nous l'avons également observé pour les familles accompagnant les patients, comme les parents d'enfants blessés, par exemple. Ceux-ci aussi montrent très peu de sentiments. Cependant, comme ils n'ont pas vraiment le choix dû au manque

de moyens, les patients et les proches subissent la douleur, souvent sans broncher, s'ils veulent être soignés. Et nous, soignants, nous devons, si nous voulons bien faire notre métier, passer outre la souffrance du patient.

Annnonce d'une mauvaise nouvelle

Un autre aspect important de la relation médecin/patient est l'annonce de mauvaise nouvelle et le soutien psychologique au patient. Parfois les médecins montrent un réel manque de tact et délicatesse lors de l'annonce de nouvelles graves au patient. Voici un exemple frappant qui s'est produit lors d'une consultation en médecine ambulatoire après que le médecin ait reçu les résultats d'analyse de la glycémie du patient :

- Le médecin : « *vous avez du diabète ?* »
- Le patient : « *non* »
- Le médecin : « *et bien maintenant oui* ».

Une fois la mauvaise nouvelle annoncée, le patient est livré à lui-même. Dans le service d'obstétrique, il peut arriver qu'une femme perde son enfant pendant ou après le travail. Malgré tout la patiente sera renvoyée chez elle dans les six heures suivant l'accouchement et avec pour seul mot de réconfort : « *vous en aurez d'autres* ». Aucune assistance psychologique n'est proposée à la patiente.

En outre, très peu de tact est utilisé lors de l'annonce et l'exécution de certains gestes techniques. Le meilleur exemple reste sans doute celui du toucher vaginal, pratiqué machinalement par le médecin en service de gynécologie, qui tapote simplement sur les cuisses de sa patiente, afin que celle-ci écarte ses jambes pour le laisser faire cette intervention.

En conclusion, on peut dire que nous avons observé différents types de relations médecin / patient pendant cette IMC. Celle-ci dépend en grande partie du médecin et de son caractère et aussi du service dans lequel on se trouve à l'hôpital. En effet, aux urgences, les médecins ont moins le temps d'établir une relation avec leur patient que dans le service de pédiatrie où les enfants sont suivis sur plusieurs jours. Certains aspects de la relation avec le patient mériteraient d'être améliorés, mais les soignants ont d'autres priorités et, dans tous les cas, ils font toujours au mieux avec ce qu'ils ont.

d. Le patient et sa famille

Dans cette partie, nous abordons le rôle de la famille, des proches, et de la place qu'ils occupent dans le milieu médical.

La relation famille - patient

La définition de la famille traditionnelle africaine est une famille très étendue, comparée à celle généralement trouvée dans la culture occidentale. Elle ne se limite pas aux parents et aux enfants vivant sous le même toit, mais inclut aussi les grands-parents, les tantes, les oncles, cousins, etc. Durant notre séjour en Zambie, nous avons fréquemment observé que les gens s'appelaient entre eux « mon frère », « ma sœur » ou même « papa », « mama » alors qu'ils ne sont pas forcément liés par des liens de sang. De plus, la hiérarchie entre les personnes de différents âges est très importante dans la culture africaine ; un individu plus jeune montre un grand respect vis-à-vis d'un autre plus âgé. Par exemple, nous avons remarqué que les enfants adultes n'ont pas le droit d'assister à la consultation de leurs parents.

Il existe aussi un aspect de service aux autres très profond. Lors d'une visite dans un centre communautaire, des bénévoles nous ont expliqué que lorsqu'un enfant perd ses parents, c'est la coutume que les proches s'occupent de lui. En pédiatrie, nous avons vu le cas d'une petite fille de quelques mois souffrant de pneumonie. Sa mère étant décédée à sa naissance, le père la confiée à un orphelinat. C'est donc une femme de l'institution qui était venue l'amener à l'hôpital. Cette dernière a expliqué que l'enfant a d'abord été prise en charge par sa tante qui l'a nourrie au sein, car cette dernière venait elle aussi d'avoir un enfant. Cette méthode, selon laquelle une femme allaite un bébé qui n'est pas son enfant biologique est appelée « wet-nursing », en français « élever au sein ». (44) De nos jours, les mères nourricières ou nourrices (« wet-nurses ») n'existent pratiquement plus que dans les pays où la mortalité maternelle est élevée comme en Afrique. Bien qu'elles sauvent la vie d'un enfant, le risque de transmission verticale de maladies comme le VIH est élevé et beaucoup de femmes ne connaissent pas leur statut médical ou, même si elles savent qu'elles sont infectées, ne prennent pas de médicaments. (45) Or, dans notre cas, le médecin voulait savoir si l'enfant avait été exposée par la tante suite à l'allaitement. Mais vu les circonstances compliquées, il était difficile d'obtenir des informations sur la petite fille.

Dans le département de pédiatrie à l'hôpital ainsi que dans les centres communautaires, un parent, généralement la mère, est toujours présent à côté de l'enfant malade. Il reste la nuit, dormant dans le même petit lit d'hôpital que son enfant. A première vue, la raison est la grande distance entre l'hôpital et le domicile qui ne permet pas aux parents de faire les allers-retours. Mais la raison principale est le lien proche entre le parent et son enfant. Le terme de « bed sharing » (« partage de lit ») est utilisé pour définir cette pratique, peu commune en Europe. Le personnel médical dans les centres communautaires l'encourage fortement. D'ailleurs, cette coutume est très utile pour les soignants car ils sont souvent en nombre insuffisant et donc les parents peuvent alléger leurs tâches.

Durant notre stage en immersion, nous avons été étonnées du peu de soutien que les parents donnaient à leur enfant souffrant. Nous avons l'impression que les parents restaient très passifs et distants. Ceci peut être dû au fait que les moyens de soulager la douleur sont assez rudimentaires (les anesthésiques sont très chers et utilisés seulement dans des cas sévères) et donc que les gens sont conditionnés à supporter la douleur et à s'en détacher.

A l'hôpital général de Levy Mwanawasa, les repas sont fournis pour les patients. Mais du moment que l'hôpital n'a pas de cantine/restaurant pour les proches, ceux-ci doivent eux-mêmes apporter leur nourriture. Or nous avons souvent observé que les membres de la famille mangeaient le plat du patient. Le suivi de son alimentation n'est donc pas une priorité dans le milieu clinique zambien, au contraire de la Suisse.

Les besoins des patients couverts par la famille

C'est souvent la famille qui s'occupe d'amener le nécessaire pour le patient lors de son séjour en milieu hospitalier. Elle lui apporte par exemple des couvertures (« chitenge ») et les vêtements, car les malades n'ont pas d'habits d'hôpital, sauf pour les interventions chirurgicales. Les femmes venant accoucher doivent acheter et amener des serviettes hygiéniques, du coton, des linges, etc. Certaines femmes venaient même avec des clampes pour cordon ombilical. Parfois, la famille/les proches sont priés d'aller acheter le plâtre ou les médicaments pour le patient s'ils ne sont pas disponibles à l'hôpital. Une hutte se trouvait à l'entrée de l'hôpital où les proches pouvaient acheter de la nourriture et ce genre de matériel.

Place de la famille

Les proches du patient fournissent des informations importantes au personnel médical. En particulier en pédiatrie, les parents répondent à un grand nombre de questions concernant l'anamnèse de l'enfant. Beaucoup de questions sont aussi posées à la mère, si elle est présente, sur le nombre de grossesses qu'elle a eues et la façon dont elles se sont déroulées, les accouchements,

les autres enfants dans la famille et leur état de santé, etc. Pour obtenir une anamnèse complète, il est également nécessaire de s'informer sur le statut du VIH de la mère et de l'enfant. Normalement, tous les enfants possèdent une carte de *prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)* dès leur naissance. Celle-ci révèle si la mère est séropositive, si l'enfant a été exposé ou non, et si ce dernier est sous traitement antirétroviral. Si la mère ne peut pas être présente, c'est souvent la tante ou une autre parente qui se trouve aux côtés de l'enfant, ce qui ne permet pas d'établir une anamnèse complète.

La famille sert de lien nécessaire entre le médecin et le patient dans le cas d'enfants en bas âge ou de personnes inconscientes. Mais dans le cas où le patient est responsable, si elle s'immisce trop et entrave la relation entre le médecin et le patient, le médecin lui demande très crûment de sortir de la salle de consultation.

En gynécologie obstétrique, les femmes enceintes attendent dans une pièce de travail comprenant six lits. Lorsque le col de l'utérus est suffisamment dilaté (à partir de 4 cm), elles se rendent dans la salle d'accouchement qui dispose de six lits séparés par de fines parois de 2m de haut. Un rideau peut être tiré à l'arrière. Pour garder l'intimité des femmes, seul le personnel médical est admis dans la salle de travail et la salle d'accouchement. Nous avons été surprises qu'aucun membre de la famille ne puisse assister à la naissance du bébé mais nous comprenons que le manque de place et d'intimité restreignent l'accès de toute personne ne faisant pas partie du domaine médical.

Nous avons appris qu'un médecin homme doit toujours être assisté par une présence féminine, une femme médecin, infirmière, ou par le mari de la patiente lors d'un toucher vaginal. Cette règle a été instaurée pour éviter les abus.

Dans les centres communautaires tel que le « Fatima Home Basecare », les bénévoles sont le pont de communication entre le malade et le personnel médical. Leur rôle n'est donc pas de soigner les malades vivant à leur domicile. Ce sont les membres de la famille qui prennent soin de ces derniers. Pour cette raison, ils occupent une place très importante pour le patient. Cette méthode est très pratique car les membres de la famille connaissent le patient, ses besoins, ses habitudes, et ils se trouvent à sa proximité.

Les bénévoles passent généralement plusieurs heures de leur journée à travailler dans les centres communautaires ou sur le terrain (typiquement dans les bidonvilles, « compounds »). Leur famille leur est aussi d'un grand soutien puisqu'elle leur permet de survivre financièrement.

Dans la clinique de Kalingalinga, les bénévoles participent à des programmes d'enseignement sur l'alimentation saine dans les secteurs de « NHC (Neighbor Health Community) » et « Child promotor ». Puisque la bonne nutrition des enfants dépend de la façon de cuisiner, cet enseignement s'adresse principalement aux mères qui jouent un rôle important dans le domaine de

la santé de la famille. Elles apprennent à cuisiner des plats sains qui requièrent peu de moyens économiques et utilisent les aliments locaux.

En pédiatrie, nous avons vu la preuve réelle que la relation parent enfant (en particulier mère enfant) était absolument nécessaire au développement normal d'un enfant. Une maman est venue en salle de consultation avec son enfant de 4 ans et demi



Mrs Chabinga et le personnel d'un des centres communautaires visités.

pour cause de malnutrition. L'enfant souffrait déjà d'infirmité motrice cérébrale (« cerebral palsy »). Le pédiatre attribuait la cause des troubles au manque d'attention de la part de la mère accaparée par son travail. Le médecin nous a expliqué que la maman est un « appetizer », un stimulus de l'appétit. Un enfant dont la maman ne prend pas soin de lui, risque de souffrir d'un manque d'amour qui peut entraîner des troubles neurologiques et une diminution de l'appétit. Ce manque d'affection a aussi été démontré dans le cas d'un enfant qui venait d'une famille cassée. Celle-ci manifestait son manque d'amour par le Syndrome de « Münchhausen », une pathologie psychologique caractérisée par le besoin de simuler une maladie dans le but d'attirer l'attention des parents.

En conclusion, la famille représente un soutien très important du point de vue matériel, relationnel, financier tant pour les malades que pour les bénévoles.

e. Moyens des patients, et adaptations

Un des challenges rencontrés dans le système de santé Zambien, particulièrement au sein du *Levy Mwanawasa General Hospital*, est de soigner des patients qui ont très peu de moyens, qu'ils soient financiers, matériels ou sociaux. Cette situation a parfois créé des inégalités de traitement entre les différents patients.

Cela nous est parfois apparu très injuste, surtout au début de notre stage, de voir que selon les moyens du patients, ses chances de guérison et de traitement pouvaient beaucoup varier. Mais avec du recul, il s'agit là davantage d'un travail d'adaptation du système. L'équipe médicale apprend à s'adapter aux différents moyens que possèdent les patients, et leur offre ainsi le meilleur traitement possible, mais adapté à leur situation.

Inégalités financières

Financièrement, les soins sont pour la majorité pris en compte par le gouvernement. Néanmoins les tests laboratoires qui sont plus poussés, sont à la charge du patient. Le meilleur exemple étant les radiographies et les scanners. En effet, un patient nécessitant un scanner se voit proposer deux options : un examen avec contraste ou sans contraste. Evidemment, pour de nombreuses pathologies le contraste permet une meilleure identification de la pathologie éventuelle, et donc est un outil précieux de diagnostic pour le radiologue. Malheureusement l'examen avec contraste est plus coûteux. Nous avons observé pendant certaines consultations, non rares, des patients inquiets des coûts des examens qui leur étaient proposés, et un médecin leur prescrivant par conséquent l'examen le moins cher. Non rares également, ont été les patients refusant tout simplement ces examens, par souci financier. Dans ce genre de cas, bien souvent les médecins essayaient tant bien que mal de poser un diagnostic, et donc de prescrire un traitement médicamenteux, mais sans exacte certitude du diagnostic. Dans ce genre de cas, il s'agit réellement d'une médecine basée essentiellement sur les signes et les symptômes. L'anamnèse et l'examen clinique prenaient donc d'autant plus d'importance.

Cette inégalité est apparue encore plus importante lorsque nous avons visité quelques établissements privés, subventionnés par différents moyens. Souvent, les patients se rendant dans ces centres ont bien plus de moyens financiers, leurs séjours étant à leurs charges. Mais dans ces établissements, le personnel est plus nombreux et possède surtout plus de moyens matériels : des chariots de réanimation, des scanners plus performants, des conditions de stérilité plus importantes etc. En conclusion, les médecins restent des médecins ayant la même formation que dans les hôpitaux publics, mais l'on ne peut s'empêcher de penser que les patients pris en charge dans des établissements mieux équipés reçoivent de meilleurs soins, car ils ont les moyens de se faire soigner dans ces lieux privilégiés.

Inégalités sociales et environnementales

Cette adaptation au cas par cas a pris toute son importance lorsqu'il s'agissait des différences sociales. En effet, selon les conditions de vie de chaque patient, tout traitement n'est pas envisageable, et le médecin se doit d'inclure cette différence et de s'y adapter. Certaines personnes ont un mode de vie proche du nôtre, vivant dans des conditions d'hygiène « normales », dans une maison avec un accès à l'eau potable, un régime alimentaire complet et suffisant. Pour ces patients, il est plus facile de prendre un traitement régulier, sur une période plus ou moins longue. Ils leur est également possible de prendre soin d'une plaie, après avoir été recousue par exemple, afin d'éviter qu'elle ne s'infecte.

Mais les patients qui se rendent au *Levy Mwanawasa General Hospital* n'ont pas tous ce mode de vie. Beaucoup d'entre eux vivent dans les milieux plus ruraux, loin des villes, et ont déjà parcouru de nombreux kilomètres pour venir à l'hôpital. Leur mode de vie est bien plus précaire, vivant dans des endroits où l'accès à de l'eau propre n'est pas toujours possible, où les conditions d'hygiène sont très difficiles, et où la nourriture n'est pas toujours suffisante. Pour ces patients-là, la tâche est plus complexe. Les médecins doivent donc en premier lieu comprendre les conditions de vie dans lesquelles leurs patients se trouvent. Les anamnèses auxquelles nous avons assistées comprennent donc une partie « environnementale » très importante. Souvent, pour les cas de suspicion de tuberculose par exemple, le médecin se renseigne sur les conditions de vie de son patient, leur demandant à combien ils vivent dans leur habitation, si les fenêtres sont présentes ou non. Autre exemple encore, les questions du médecin par rapport à l'accès à l'eau, si elle est présente ou non. Bien souvent se sont en premier lieu ces populations défavorisées qui souffrent des pathologies comme le SIDA, la tuberculose ou encore la malnutrition, surtout chez les jeunes enfants.

Voici encore un autre exemple très frappant de cette adaptation aux moyens des patients et donc de parfois l'apparition de différences de traitements. Une jeune maman se présente avec son jeune enfant âgé de 11 mois, qui s'était fracturé le fémur en tombant. Le médecin pédiatre prévoyait donc la pose d'un plâtre, allant du bassin de l'enfant jusqu'à son pied. Cela aurait été le meilleur traitement pour lui. Mais en étudiant un peu plus la situation de cette mère et son bébé, le docteur apprit que cette femme vivait dans un endroit reculé où les conditions d'hygiène n'étaient pas très favorables. Mais surtout, cette maman n'avait pas les moyens d'acheter des couches pour son enfant. Cela rendait alors la pose d'un plâtre impossible, car les risques d'infections étaient bien trop importants, étant donné que l'enfant serait probablement souvent mouillé par sa propre urine, faisant du plâtre un nid à bactéries. Dans cette situation, ce traitement, pourtant le meilleur, ne pouvait alors être envisagé.

Le médecin dût donc réfléchir à une autre option adaptée à cet enfant. La solution fût de poser des tractions à sa jambe cassée, afin de stabiliser sa fracture, mais obligeant l'enfant à rester deux semaines immobilisé. Ainsi, des tractions pour le moins « artisanales » furent installées à l'enfant, qui resta pendant 2 semaines couché sur un lit de l'hôpital, la jambe attachée à un poids, afin de la tendre et de l'immobiliser pour réduire sa fracture. Difficile alors de ne pas penser que ce traitement était bien plus douloureux, plus pénible et plus traumatisant pour l'enfant que la pose d'un simple plâtre, qui lui aurait permis de rejoindre sa maison, et de bien moins souffrir. Aucun antalgique ne lui a été administré pendant la pose des tractions. Cet exemple illustre à quel point les conditions de vie et les moyens des patients peuvent influencer les décisions médicales, et bien souvent compliquer le traitement et la guérison.

Un autre facteur important à prendre en compte vis-à-vis du patient, est son entourage familial et ses croyances ; il est essentiel de pouvoir également bien les explorer. Cela spécialement pour les personnes sous trithérapie, souffrant du SIDA. En effet il n'est pas rare que le médecin doive se renseigner sur le contexte familial de son malade, car souvent pour ce genre de cas, le patient suit les conseils de ses proches quant à la prise du traitement. Il arrive aussi que ceux-ci s'approvisionnent directement auprès de proches ou de connaissances, également sous trithérapie. Cela peut poser des problèmes car il arrive que les médicaments ne soient pas correctement pris.

Encore une fois cela est très dépendant du contexte de vie du patient, de ces moyens et de son environnement. Le rôle du médecin est aussi de pouvoir s'adapter aux croyances du patient.

Ainsi, nous avons pu observer qu'en fonction des différences propres aux patients, les soins reçus ne sont pas forcément toujours les mêmes, et cela dans un souci d'adaptation. Que ce soit en fonction de leurs moyens financiers, de leur environnement, ou de leurs conditions de vie, les patients comme les médecins font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont.

f. Moyens de l'hôpital, et adaptations

Durant notre séjour au Levy Mwanawasa General Hospital nous avons constaté les différents manques (de matériel et de personnel) de cet hôpital, malgré tout nous avons été agréablement surprises de constater que l'hôpital ne s'en sort pas si mal que cela. En effet, l'hôpital a fait preuve d'une extraordinaire adaptation à plusieurs reprises, nous allons illustrer cela par plusieurs exemples de mise en condition.

Manque de matériel

-Tout d'abord l'hôpital ne dispose pas de garrot, ainsi les médecins utilisent des gants en latex en guise de garrot pour les adultes, et l'élastique des gants en latex chez les enfants. Les aiguilles sont aussi réutilisées plusieurs fois chez le même patient pour le même geste technique à effectuer afin d'économiser au maximum les aiguilles.

-Les matelas sont recouverts d'une housse en plastique facilement nettoyable avec un chiffon entre chaque patient, ainsi il n'y a pas de housse à matelas en tissu sur les lits. Aussi dans la salle d'urgence et la salle d'accouchement par exemple, les lits où les patients subissent les soins sont recouverts d'un sac poubelle qui est nettoyé entre chaque patient, ou changé avec un autre sac poubelle lorsque celui-ci est trop sale.

-L'hôpital ne dispose pas d'atèle, les médecins en fabriquent donc une avec une boîte en carton. Le matériel pour faire une traction est aussi déficitaire, donc les médecins utilisent du carton et de la ficelle pour maintenir la jambe du patient, puis ils accrochent un bidon rempli d'eau qui tracte la jambe.

-Lorsqu'un patient se fracture le bras, il ne bénéficie pas d'une écharpe appropriée pour supporter son bras, mais d'une poche (à perfusion). L'hôpital ne dispose pas non plus de drain approprié, donc des gazes ou l'élastique des gants en latex sont utilisés en guise de drain lors du nettoyage d'un abcès, ou bien alors des poches urinaires en cas de pose de drain dans l'abdomen ou dans l'espace pleural.

-L'anesthésiste est toujours présent dans la salle d'opération car c'est lui qui est chargé de monitorer le patient lors des opérations chirurgicales (il n'y a pas le matériel nécessaire pour faire sans anesthésiste).

-Pour terminer, il n'y a pas de bracelet d'identification pour les patients, donc des morceaux de scotch avec les noms des patients sont collés sur leurs bras (ou parfois sur le front).

Manque de personnel

Comme mentionné plus haut, il y a un déficit en médecins spécialistes dans l'hôpital, ainsi les médecins généralistes sont obligés d'exécuter des procédures qui vont plus loin que leurs compétences (césarienne entre autres), mais les patients s'en sortent en général sans complication. Également, en pédiatrie un membre de la famille peut rester jour et nuit avec l'enfant, ainsi c'est cette personne qui se charge de nourrir l'enfant car il n'y a pas assez de personnel médical pour s'occuper de laver et de nourrir chaque enfant individuellement.

Dans certains cas, le manque de matériel et de personnel ne peut pas être remédié par le « système D », ainsi l'ostéosynthèse en cas de fracture est impossible car la stérilité requise est impossible, aussi le matériel, l'argent et les médecins compétents pour cette procédure sont absents. Il n'y a pas l'anesthésique pour faire des péridurales, donc les femmes enceintes accouchent dans la douleur. Il n'y a pas d'IRM dans l'hôpital, donc l'imagerie n'est obtenue qu'à partir d'un scanner, d'une échographie ou d'une radiographie, la capacité à détecter les anomalies est ainsi moindre. Il n'y a pas non plus de défibrillateur ni de couveuse appropriée, ainsi il est impossible de réanimer un patient ou de prendre en charge un bébé né (trop) prématurément.

g. Croyances et médecine traditionnelle

Dans ce chapitre, nous parlons des croyances traditionnelles zambiennes auxquelles nous avons été confrontées durant notre stage en immersion. Certaines croyances restent très ancrées dans l'esprit des Zambiens et elles peuvent avoir une grande influence sur le pronostic et le traitement du patient. Nous mettons l'accent sur les croyances au sujet de la naissance, de la mort et des maladies ainsi qu'autour des médecines traditionnelles.

Croyances sur les maladies

Beaucoup croient que l'apparition de maladies est le résultat de malédictions ou de punitions. Les personnes qui attribuent une cause non physique à un mal rechercheront un remède non médical, comme par exemple, qu'un individu séropositif pour le VIH peut être guéri en ayant un rapport sexuel avec une personne vierge. Cette croyance a favorisé l'augmentation du taux de VIH puisque beaucoup d'hommes abusent sexuellement des enfants, même des bébés, en croyant qu'ils en seront guéris. Plusieurs médecins nous ont parlé de cette situation qui nous a fortement choquées et montré que seule l'éducation pourra surmonter l'ignorance et entraîner un changement de croyance, indispensable à l'amélioration de la situation.

En pédiatrie, nous avons rencontré un enfant admis pour des problèmes neurologiques, causés par un manque sévère de protéines. En relevant l'anamnèse de l'enfant, nous avons découvert que l'enfant avait fait, des années auparavant, des crises d'épilepsie. Les parents ont entendu par d'autres personnes que les crises étaient causées par la consommation de viande. Croyant à cette explication, les parents ont supprimé toute source alimentaire de protéines à l'enfant causant ainsi des troubles neurologiques, dont certains irréversibles. Nous étions tout autant étonnées que le personnel soignant par cette tragique histoire.

Médecines traditionnelles

Les nombreux guérisseurs traditionnels sont des fournisseurs de soins au niveau de la communauté zambienne. Ils utilisent des produits naturels. Pour beaucoup de Zambiens, la médecine traditionnelle est le premier choix de traitement. Les malades se tournent d'abord vers des guérisseurs traditionnels, des herboristes ou des sorciers et se rendent à l'hôpital seulement en dernier recours. Pour certains, c'est une façon d'éviter de se déplacer car la distance entre le domicile et l'hôpital peut être grande. Selon Mme Chabinga, infirmière et enseignante à la Cavendish University, les guérisseurs traditionnels sont très efficaces et beaucoup de traitements et de soins qu'ils fournissent sont très bons et ont même été prouvés scientifiquement. Pourtant, nous avons tout de même vu et entendu que des patients arrivaient fréquemment en milieu clinique avec un état de santé très sévère, cela en partie à cause de l'attente trop longue entre le début des symptômes et la décision de se tourner vers la médecine classique. Le gouvernement, d'ailleurs, décourage de plus en plus les guérisseurs traditionnels.

Lors de notre stage aux urgences de l'hôpital, une adolescente de 15 ans est venue consulter. Son pouce était terriblement enflé et nécrosé par endroits, suite à une infection. Nous étions surprises par l'état avancé de l'infection. La mère de la patiente nous a révélé qu'elle avait d'abord essayé de soigner sa fille par la médecine traditionnelle et que l'infection avait débuté deux semaines auparavant.

Nous avons trouvé un autre exemple en obstétrique. Certaines femmes utilisent un produit naturel traditionnel pour faciliter l'accouchement dont la sage-femme a connaissance et nous a montré les effets par le changement de couleur du liquide amniotique et du placenta, devenus jaunâtres.

Selon la loi zambienne, toute personne pratiquant un avortement peut être accusée de meurtre. En effet, l'avortement est considéré comme une interruption à la vie humaine et est donc interdit. Pourtant, selon une enquête effectuée par un journaliste zambien, beaucoup de médecins et guérisseurs traditionnels pratiquent l'avortement à bas prix, tout en sachant que c'est un acte reconnu illégal. (46) Ils justifient leur action comme secours à des femmes dans le besoin. Durant notre stage, nous avons rencontré un très grand nombre de femmes venant à l'hôpital après avoir subi un avortement effectué dans des conditions de manque d'hygiène et de connaissances. En conséquence, ces patientes présentaient des complications telles que des saignements et des douleurs abdominales. Elles devaient alors effectuer une aspiration manuelle intra-utérine, AMIU (en anglais : MVA, Manual Vacuum Aspiration), une méthode dans laquelle le médecin ou l'infirmier utilise une seringue et une canule d'aspiration manuelles pour évacuer le contenu utérin.

Il n'est pas rare d'associer le terme de sorcellerie à la médecine traditionnelle. Pourtant, comme le cite Scott D. Taylor dans son livre « Culture and Customs of Zambia » : « Beaucoup de Zambiens croient que la sorcellerie est pratiquée. Pourtant, la sorcellerie n'est pas tellement un système de croyance en soi mais c'est un terme associé à des comportements mauvais ou suspects ou des phénomènes inexplicables. En d'autres termes, des événements ou comportements qui ne peuvent être expliqués par des moyens normaux s'attirent souvent le label de sorcellerie ; c'est bien sûr très subjectif. Donc par exemple, si un individu qui souffre d'une série de malchances inexplicables, ou au contraire qui a trop de chance, on le suspectera souvent de la sorcellerie. » (47)

Croyances sur la naissance

Comme expliqué précédemment, la présence de la famille et de tout individu ne faisant pas partie du domaine médical n'est pas tolérée dans l'unité de gynécologie obstétrique. Selon la culture zambienne, la naissance est une étape entre la vie et la mort, un moment très intime. En effet, l'accouchement est « une situation hors du commun qui se trouve entre la vie et la mort, c'est quelque chose de privé et de solennel. Il doit donc y avoir le moins de personnes possible présentes aux côtés de la femme qui accouche ». (48)

Comme cité dans le chapitre sur le système de santé zambien, la mortalité infantile est relativement élevée dans ce pays. Nous pouvons donc considérer la naissance comme une étape incertaine. C'est pour cette raison que les parents attendent jusqu'à une semaine après la naissance pour donner un prénom à leur enfant. C'est une façon d'éviter d'idéaliser la naissance du bébé, de s'attacher trop précocement au nouveau-né et de pouvoir supporter mieux le deuil si l'enfant ne survit pas.

Selon certaines croyances, un bébé qui naît avec la main en premier est considéré comme un futur mendiant. Les proches ou aides-soignants préfèrent alors ne pas accompagner le bébé dans l'accouchement ce qui résulte en général par la mort de l'enfant, et probablement des complications pour la mère.

Un bébé venant au monde en position siège est aussi assimilé à un mauvais présage et risque le même destin que le bébé du cas précédent.

Croyances sur la mort

Lorsqu'une personne décède, ses proches, surtout les femmes, pleurent, gémissent et crient très fort. C'est tout un rituel pour faire sortir toute la souffrance liée à la perte d'un être, mais aussi une manière de se faire accepter au sein de la communauté. Car si les femmes ne pleurent pas, la parenté et/ou le voisinage penseront qu'elles étaient indifférentes à l'être perdu. C'est également tout un processus à respecter pour que l'esprit du défunt puisse aller dans le monde spirituel. « La vie collective dans la famille zambienne est constituée de membres de la famille des vivants et aussi des décédés. Les morts influencent indirectement les décisions prises dans la famille. On croit que les morts existent en tant qu'esprits. Ceux-ci peuvent être bons ou mauvais. L'entrée de la personne défunte dans le monde des bons ou des mauvais esprits dépend de la façon dont les funérailles ont été dirigées. Pour cette raison, la plupart des Zambiens croient qu'il est important d'enterrer leur mort selon leurs coutumes, normes et règles. » (49)

« Ceux qui sont morts ne sont jamais partis : ils sont là, dans l'ombre épaisse. Les morts ne sont pas sous la terre : ils sont là dans les arbres qui bruissent, ils sont dans le bois qui gémit, ils sont dans l'eau qui coule, ils sont dans l'eau qui dort, ils sont dans la cabane, ils sont en la foule, les morts ne sont pas morts.

« Ceux qui sont morts ne sont jamais partis : ils sont dans le sein de la femme, ils sont dans l'enfant qui se lamente, et dans le tison qui flambe. Les morts ne sont pas sous la terre : ils sont dans le feu qui meurt, ils sont dans les herbes qui pleurent, ils sont dans les rochers gémissants, ils sont dans la forêt, ils sont dans la maison, les morts ne sont pas morts. » - Birago Diop, Religions traditionnelles africaines

World Scripture, Dr. Andrew Wilson



La Cavendish est une université privée qui possède des branches dans le monde entier. L'université Cavendish de Zambie est en partenariat avec l'université Cavendish de Londres ; la première pierre fut posée à Lusaka en Zambie en 2004. C'est la plus grande université privée de Zambie.

L'université Cavendish de Zambie compte plusieurs facultés :

- École de médecine
- Droit
- Business et management
- Sciences sociales et éducation artistique

Bref historique de la Cavendish University Zambia

2004 : ouverture de l'université en Zambie

2005 : début des cours avec 59 étudiants

2007 : première cérémonie de remise de diplômes (80 diplômés)

2008 : deuxième cérémonie de remise de diplômes (255 diplômés)

2009 : troisième cérémonie de remise de diplômes (367 diplômés)

2010 : inauguration du campus de Kafue d'une capacité de 8000 étudiants

2011 : quatrième cérémonie de remise de diplômes (574 diplômés)

2011 : ouverture de l'école de médecine

2012 : ouverture du campus de Cairo road

2012 : cinquième cérémonie de remise de diplômes (313 diplômés)
2012 : le nombre d'étudiants atteint **5400**

Organisation académique et administrative de la Cavendish University Zambia

- **Chancelier** : c'est le représentant clé de l'université auprès des agences extérieures
- **Vice chancelier** : préside les bureaux administratifs et académiques
- **Député vice chancelier** : assiste le vice chancelier
- **Le conseil de l'université** : il fait des recommandations sur les programmes et le développement de l'université et il représente les intérêts de la Cavendish
- **Le sénat de l'université** : il est responsable de toutes les activités académiques et approuve les programmes universitaires. Les sous-comités du sénat comprennent les comités d'assurance de qualité, de développement des programmes, d'admission, d'examen et d'examen des pratiques abusives (des fautes professionnelles)
- **Le doyen de la faculté** : il est responsable de la coordination des programmes
- **Le doyen des études** : il aide le bureau du député vice chancelier en fournissant une vue générale administrative quotidienne de toutes les unités de support académique. Il fait aussi le lien entre les étudiants et la direction et s'occupe du bien être des étudiants
- **Le chef du regroupement professionnel**
- **Directeur de programme** : son rôle est de délivrer un programme d'apprentissage académique aux étudiants (c'est-à-dire un ensemble de modules constituant un champ d'étude)
- **Directeur de module** : son rôle est de délivrer aux étudiants un ensemble d'unités d'apprentissage constituant un module
- **Tuteur personnel** : chaque étudiant a un tuteur personnel qui évalue les progrès de l'étudiant dans le programme
- **Tuteur** : étudiants diplômés qui assistent les maîtres de conférences dans leurs activités d'enseignement
- **Délégué de classe** : un étudiant par classe qui représente les intérêts des étudiants

L'école de médecine est la faculté la plus récente de l'université Cavendish de Zambie et elle a été approuvée comme centre de formation de médecin sous la section 33 de l'acte des professions de la santé. Les diplômés de l'Université Cavendish de Zambie peuvent s'enregistrer au Health Profession Council of Zambia et exercer légalement la médecine en Zambie.

L'école de médecine offre **5 programmes** différents : bachelor de médecine et de chirurgie ; bachelor en sciences cliniques ; bachelor en soins infirmiers et sciences obstétriques ; master en santé publique et année préparatoire aux sciences médicales (Medecine Health Sciences Fundamentals).

Tout l'enseignement se déroule en anglais.

a. Bachelor de médecine et chirurgie

Durée 6 ans.

Critères d'admission :

- 3 A levels en science (biologie, chimie, physique ou mathématiques) et des O levels en anglais et dans 5 autres matières
- Avoir réussi l'année pré-médicale (medecine health sciences foundation) en chimie, physique et biologie avec une note de B au minimum
- Diplômés en sciences avec mention
- Personne avec une grande expérience dans le domaine médical si celle-ci a eu au moins 3 A levels scientifique (biologie, chimie, physique, mathématiques...)

Si le futur étudiant tombe dans une de ces quatre catégories il doit alors passer un examen écrit d'entrée et un entretien lors duquel il devra montrer sa motivation et expliquer les raisons pour lesquelles il veut devenir médecin.

Le programme d'enseignement est découpé en 3 phases :

- La **phase fondamentale** dure un an et présente à l'étudiant les structures, fonctions et comportements normaux du corps humain. Elle inclut aussi des notions de sociologie et de science du comportement et une introduction aux premiers secours et à la profession médicale.
- La **phase d'approche basée sur les systèmes** dure deux ans. Elle permet de traiter tous les systèmes plus en profondeur et se concentre sur les aspects pathologiques. Cette phase contient aussi des cours d'épidémiologie, de statistiques et d'éthique biomédicale.
- La **phase d'apprentissage clinique** dure trois ans et contient quinze modules cliniques (voir tableau ci-dessous) qui vont permettre à l'étudiant de maîtriser les compétences requises pour leur futur poste de médecin.

PHASE 1 FUNDAMENTALS	PHASE 2 INTEGRATED SYSTEM BASED APPROACH		PHASE 3 CLINICAL CLERKSHIPS		
Year 1 Modules	Year 2 Modules	Year 3 Modules	Year 4 Modules	Year 5 Modules	Year 6 Modules
Professional Development	Integrated System Block 1 (Haematology/Lymph)	Integrated System Block 5 (Nutrition & Gastrointestinal)	Internal Medicine	Emergency & Intensive Care	Internal Medicine
Molecules, Cells & Tissues	Integrated System Block 2 (Cardiovascular)	Integrated System Block 6 (Neuroscience)	Psychiatry	Radiology	General Surgery
Conception & Growth	Integrated System Block 3 (Respiratory)	Integrated System Block 7 (Endocrinology, Metabolism & Reproduction)	General Surgery	Family Practice	Obstetrics & Gynaecology
	Integrated System Block 4 (Renal, Fluid & Electrolytes)			Urology	
Gross Anatomy & Radiology: Regions & Systems	Principles of Immunology & Host Defence	Epidemiology & Biostatistics II	Obstetrics & Gynaecology	Ophthalmology	Paediatrics & Child Health
Sociology of Medicine & Human Behaviour	Epidemiology & Biostatistics I	Health Care Ethics	Paediatrics & Child Health	Practice of Medicine - Special Module	Practice of Medicine - Special Module
				Foundations in Clinical Medicine	
Practice of Medicine & Special Study Module	Practice of Medicine & Special Study Module	Practice of Medicine & Special Study Module	OSCE /Mini CEx Assessment	OSCE /Mini CEx Assessment	Examination & Certification
Examinations	Examinations	Examinations			

L'enseignement est donné sous forme de cours ex-cathedra et aussi de travail en petits groupes (apprentissage par problème). Les cours d'anatomie sont faits sur ordinateur, les étudiants n'ont pas encore accès à des cadavres. L'université de médecine étant très jeune, la bibliothèque contient peu d'ouvrages manuscrits et les étudiants doivent donc consulter les livres de référence sur internet. Actuellement il y a 4 étudiantes qui passent en 4^{ème} année (c'est la première volée de cette faculté de médecine).

Prix : 2200 USD par semestre.

b. Bachelor en soins infirmiers et sciences obstétriques

Durée : 4 ans.

Le programme est découpé en 3 phases :

- Sciences médicales (3 semestres)
- Bloc didactique pour les sciences biomédicales, obstétriques et des soins infirmiers (2 semestres)
- Pratique infirmière (4 semestres)

Phase 1 Medicine Health Sciences Fundamentals (MHSF)			Phase 2 Biomedical Nursing & Midwifery Sciences Didactic Block		Phase 3 Nursing Practicum			
Semester 1	Semester 2	Semester 3	Semester 4	Semester 5	Junior Nursing Practicum		Senior Nursing Practicum	
Medicine Fundamentals	Edexcel A Level Biology	Edexcel A Level Chemistry	Fundamentals, Theories & Models of Nursing Practice		Obstetric Nursing I (Low Risk Midwifery)	Mental Health & Psychiatric Nursing	Critical Care & Operating Room Nursing	Health Services Management
Edexcel A Level Mathematics or Physics	Anatomy & Physiology of Obstetrics		Nursing Skills Lab					
Continuous Assessment Class Quiz Assignments Examinations			Healthcare Ethics		Paediatric & Neonatology Nursing	Medical Surgical Nursing I	Obstetric Nursing II (High Risk Midwifery)	Elective (Nursing Or Non-Nursing)
			Continuous Assessment Class Quiz Assignments Examinations		Continuous Assessment Examinations Objective Structured Practical Examinations			

**Order of rotations in clerkship phase will vary*

Un diplômé en soins infirmiers et sciences obstétriques peut devenir enseignant dans une école d'infirmière ou une sage-femme/infirmier spécialiste.

c. Bachelor en sciences cliniques

Durée : 4 ans.

Cette formation permet de devenir un « clinical officer ». Ce poste est à mi-chemin entre infirmier et médecin. Le « clinical officer » reçoit des patients en consultation, pose un diagnostic, prescrit des traitements et effectue des gestes techniques.

Le programme est découpé en 3 phases :

- Sciences médicales (3 semestres)
- Bloc didactique pour les sciences biomédicales et cliniques (2 semestres)
- Apprentissage clinique (4 semestres)

Phase 1: Medicine Health Sciences Fundamentals (MHSC)			Phase 2 Biomedical & Clinical Sciences Didactic Block		Phase 3 Clinical Clerkships			
Semester 1	Semester 2	Semester 3	Semester 4	Semester 5	Junior Clerkship		Senior Clerkship	
Medicine Fundamentals			Basic & Applied Biomedical Sciences		Foundations in Clinical Medicine		Internal Medicine Senior Clerkship	Obstetrics & Gynaecology Senior Clerkship
			Internal Medicine		Internal Medicine Junior Clerkship	Obstetrics & Gynaecology Junior Clerkship		
Edexcel A Level Biology			Paediatrics				Paediatrics Junior Clerkship	Surgery Junior Clerkship
			Obstetrics & Gynaecology					
Edexcel A Level Chemistry			Surgery		Paediatrics Junior Clerkship	Surgery Junior Clerkship	Paediatrics Senior Clerkship	Obstetrics & Gynaecology Senior Clerkship
			Epidemiology & Statistics					
Edexcel A Level Mathematics or Physics			Health Care Ethics		Objective Structured Clinical Examination (OSCE) & Mini-Clinical Examination (MiniCex)			
Continuous Assessment Class Quiz Assignments Examinations			Continuous Assessment Class Quiz Assignments Examinations					

**Order of rotations in clerkship phase will vary*

d. Master en santé publique

Durée : 2 ans.

Ce cours a pour but d'équiper les étudiants avec les qualifications basiques pour identifier et délimiter les problèmes critiques de santé et de développement. Les thèmes abordés sont l'épidémiologie et le contrôle des maladies, le management des systèmes de santé, nourriture et nutrition, mise en place de projets, surveillance et évaluation et environnement et santé.

La faculté de médecine de la Cavendish est encore petite, mais elle est en pleine expansion car l'université publique de médecine est à sa capacité maximum et ne forme pas assez de nouveaux médecins pour survenir aux besoins du système de santé zambien. Le gouvernement fait donc appel à ces nouvelles universités privées.

e. Présentation des personnes de contact

Dans le cadre de notre séjour en Zambie, nous avons rencontré de nombreuses personnes de la *Cavendish University*. Tout d'abord, le Dr Alfred Sichilima, le doyen de la faculté de médecine de cette université privée, il était notre personne de référence sur place concernant notre stage à l'hôpital. Toujours au niveau de la faculté de médecine, nous avons aussi fait la connaissance de Grace Sakala, la responsable du secrétariat qui s'occupait de nous pour le transport, ainsi que de Mrs Chabinga, une infirmière donnant des cours dans cette université. Elle nous a emmenées visiter des centres de santé communautaire.

Pour toutes les questions administratives, nous nous sommes adressées à Mr John Lukisa et Mrs Mwiche N Sichone. Ils nous ont également aidées à trouver notre logement sur place avant de partir.



Le Dr Alfred Sichilima doyen de la faculté de médecine, Mrs Chabinga et nous cinq, dans les locaux de la Cavendish University.

VI. CONCLUSION

Les cinq semaines passées à l'hôpital *Levy Mwanawasa* et dans les centres communautaires à découvrir le système de santé et la culture de la Zambie nous ont appris énormément, tant sur le plan médical que sur le plan humain ; ce fut une expérience très enrichissante pour nous cinq.

Durant ce stage d'immersion en milieu communautaire, nous avons été très bien accueillies, tant à l'hôpital que par les autres personnes avec lesquelles nous étions en contact à Lusaka. Nous avons été très agréablement surprises par la façon dont les gens nous ont pris en charge au sein du *Levy Mwanawasa General Hospital*, et par ce pays qui nous était jusqu'alors totalement inconnu.

Le personnel de l'hôpital nous a reçues les bras ouverts, et était très heureux de pouvoir rencontrer des étudiantes européennes ; nous avons donc gracieusement été intégrées dans toutes leurs activités.

Nous avons découvert un système de santé complètement nouveau, et cela nous a permis d'aborder les problèmes de santé auxquels la Zambie se trouve confrontée. Les professionnels de la santé possèdent nettement moins de moyens que nous en Suisse, et pourtant, nous avons été impressionnées par la façon dont ils géraient les soins. Beaucoup d'aspects dans l'exercice de la médecine sont les mêmes en Zambie qu'en Suisse, mais pour d'autres, il existe un réel décalage.

Néanmoins, nous avons été frappées par la qualité des soins apportés par le personnel soignant, malgré le matériel parfois rudimentaire à disposition. Ils utilisaient souvent leur créativité et les moyens de bord pour soigner le mieux possible les malades.

Nous ne pouvons donc qu'apprécier le système de santé très performant dont nous bénéficions chez nous. En même temps, nous avons réalisé que les soins offerts dans notre pays sont parfois poussés à l'extrême. Il était parfois révoltant de voir qu'avec un gouvernement et une économie différente, de nombreuses vies pourraient être sauvées en Zambie.

Lors du stage à l'hôpital, nous avons vécu beaucoup de moments forts, parfois difficiles à supporter, comme par exemple la difficulté de faire face à la douleur que ressentent les patients.

Nous avons également eu la chance d'effectuer de nombreux gestes techniques, parfois dans des conditions difficiles. Par exemple, nous avons eu l'occasion de faire des prises de sang, poser des voies veineuses périphériques, poser des sondes urinaires, faire des touchers vaginaux, suturer des plaies, ou encore effectuer des drainages d'abcès. Dans les services de médecine ambulatoire et de pédiatrie, les médecins nous ont également laissé nous exercer à la prise d'anamnèse.



Nous cinq, à la sortie de l'hôpital.

Finalement, ce stage, avec toutes les rudes épreuves émotionnelles qui l'ont accompagné, nous a permis de nous renforcer sur le plan psychologique ainsi que de nous conforter dans nos choix de vouloir devenir médecin.

Enfin, nous avons aussi pu découvrir et vivre de nombreuses aventures dans un nouveau pays, avec sa culture, ses traditions, sa cuisine, sa faune et sa flore d'une extrême richesse, et d'une rare beauté.

Nous profitons de l'occasion pour remercier chaleureusement les responsables de la *Cavendish University* qui nous ont si bien accueillies et nous ont permis d'effectuer un stage si enrichissant en Zambie, ainsi que tout le personnel médical rencontré au Levy Mwanawasa General Hospital, à l'UTH et dans les centres communautaires. Nous gardons aussi un très bon souvenir des liens que nous avons pu créer avec les étudiants de la Cavendish University. Un grand merci également aux Professeurs Chastonay et Kabengele qui nous ont aidées à nous mettre en contact avec la Zambie et nous ont soutenues dans notre recherche de stage.

Comme conclusion, nous ne pouvons que recommander ce stage en immersion aux étudiants suivants, et espérons nous aussi pouvoir réitérer cette expérience, dans un proche futur.



VII. SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

La Zambie, en bref :

- Wikipédia
- Guide français « *Petit futé Zambie 2011-2012* », aux *Nouvelles Editions de l'Université*, 2011.
- Informations récoltées sur place.

Etablissements et personnes rencontrés :

Traduction libre de <http://zambianoctors.com/zambianhospitals/uth.html>

Maladies rencontrées :

- (1) Portail du système de l'ONU sur les objectifs du Millénaire pour le développement
<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/aids.shtml>
- (2) Zambia, 2007 Demographic and Health Survey, Key Findings, page 16: "HIV Prevalence"
www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR157/SR157.pdf
- (3) Chiffre recueillis lors de notre stage à l'hôpital
- (4) Traduction libre: National health strategic plan 2011-2015, page 47, table 9: "Zambia: National Health Priorities 2011-2015", chiffre 3
<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>
- (5) Traduction libre: Schaechter's, 4th edition, chapitre 23: Mycobacteria: Tuberculosis and Leprosy, David Haas, page 251
- (6) WHO, Zambia, Tuberculosis profile
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=ZM&outtype=html
- (7) Traduction libre : The national tuberculosis and leprosy programme, TB manual, page 8
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/zambia_tb.pdf
- (8) Traduction libre : The national tuberculosis and leprosy programme, TB manual, page 9
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/zambia_tb.pdf
- (9) WHO, World health statistics 2013, Part III « Global health indicators », page 77
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf
- (10) WHO, World health statistics 2013, Part III « Global health indicators », page 81
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf
- (11) Cours du Prof Louis Loutan sur le paludisme du 06/03/2013
- (12) WHO, World malaria report 2012, African Region, Zambia, page 192
http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_zmb_en.pdf
- (13) WHO, Regional office for Africa, Country Cooperation Strategy 2008-2013, Zambia, page 8, 2.3.1 « HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria »
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_zmb_en.pdf
- (14) WHO, World health statistics 2013, Part III « Global health indicators », page 77
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf
- (15) WHO, World health statistics 2013, Part III « Global health indicators », page 74
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf
- (16) Traduction libre : Zambia, 2007 Demographic and Health Survey, Key Findings, page 12: "Malaria: Use of Mosquito Nets by children"
www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR157/SR157.pdf
- (17) Traduction libre : National Malaria Control Centre : "Our Goals"

http://www.nmcc.org.zm/about_nmcc.htm

(18) Informations recueillies lors de notre stage à l'hôpital

(19) National health strategic plan 2011-2015, page 18, 3.5.1.7: "Neglected Tropical Diseases"

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(20) WHO, World health statistics 2013, Part III « Global health indicators », page 75

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf

(21) National health strategic plan 2011-2015, page xi, 1.4: "Strategic Directions", 1(a), lettre m

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(22) Traduction libre : Zambia, 2007 Demographic and Health Survey, Key Findings, page 8: "Maternal Health: Delivery and Postnatal Care"

www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR157/SR157.pdf

(23) WHO, Global Health Observatory Data Repository : « Child Malnutrition : Children aged < 5 years underweight by country », Zambia 2007

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.522>

Système de santé zambien :

(24) WHO, Country Office – Zambia, Annual Report 2008, pages 8-9, 2.2.3 « Health Facilities »

(25) National health strategic plan 2011-2015, page 7, 3.4.1 "Sector Coordination"

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(26) National health strategic plan 2011-2015, page 8, Table 2 "Zambia: Health Facilities by Type, Size and Ownership 2010"

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(27) WHO, Country Office – Zambia, Annual Report 2008, pages 8, Table 2 : « Zambia : Description of Health Facilities »

(28) National health strategic plan 2011-2015, page 8, Table 2 "Zambia: Health Facilities by Type, Size and Ownership 2010"

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(29) WHO, Country Office – Zambia, Annual Report 2008, pages 8, Table 2 : « Zambia : Description of Health Facilities »

(30) Cours de Mrs Pauline S. Chabinga du 20/05/2013 : « The health care delivery system in Zambia »

(31) WHO, African Health Observatory, Country Profiles, Zambia, 3.6.2.1 « Organigramme et flux des financements »

http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Zambia:Organizational_chart_and_funding_flows/fr

(32) WHO, Global Health Observatory Data Repository : «Health financing : Health expenditure ratios by country : External resources for health as a percentage of total expenditure on health », Zambia 2011

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

(33) WHO, Global Health Observatory Data Repository : «Health financing : Health expenditure ratios by country : Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product», Zambia 2000, 2011

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

(34) WHO, Global Health Observatory Data Repository : «Health financing : Health expenditure ratios by country : General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure», Zambia 2011

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

(35) Selon National health strategic plan 2011-2015, page x, 1.2.2 « Health sector Performance »

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(36) Traduction libre : National health strategic plan 2011-2015, page 4, 3.2.2 "Social and Economic Environment"

<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(37) National health strategic plan 2011-2015, page 12, 3.5.1.2 "Access to Health Services"
<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(38) Traduction libre : National health strategic plan 2011-2015, page 12, 3.5.1.2 "Access to Health Services"
<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(39) Traduction libre : National health strategic plan 2011-2015, page x, 1.3.1 "Mission, Vision, Overall Goal and Principles"
<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(40) National health strategic plan 2011-2015, page x, 1.3.2 "National Health Priorities"
<http://www.zuhwa.com/wp-content/uploads/2012/02/national-health-strategic-plan-2011-2015.pdf>

(41) WHO, Country Cooperation Strategy at a glance : Zambia, page 2

(42) Traduction libre : WHO, Regional Office for Africa, Zambia, Country Programmes
<http://www.afro.who.int/en/zambia/country-programmes.html>

(43) Traduction libre : WHO, Regional office for Africa, WHO Country Cooperation Strategy 2008-2013, Zambia, page 1, Section 1 : « Introduction »
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_zmb_en.pdf

Le patient et sa famille :

(44) <http://www.encyclopedia.com/topic/Wet-Nursing.aspx>

(45) http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/Cd006734_Mnyanicn_com/fr/index.html

Croyances et médecine traditionnelle :

(46) <http://www.rnw.nl/afrique/article/avortement-pas-des-criminels-mais-des-sauveurs-de-vies>

(47) http://books.google.ch/books?id=Q39lhjRij2kC&pg=PA29&lpg=PA29&dq=witchcraft+zambia&source=bl&ots=vQ4Fh7QI2a&sig=LpSNIGepv4GU_H8eEvAqCNxi6pQ&hl=fr&sa=X&ei=AHD3UfnOEMSsPbrMgMgJ&ved=0CD0Q6AEwAg#v=onepage&q=witchcraft%20zambia&f=false

(48) Paroles d'un médecin à l'hôpital Levy Mwanawasa

(49) <http://family.jrank.org/pages/1783/Zambia-Beliefs.html>

Cavendish University :

<http://www.cavendishza.org/>

http://www.cavendishza.org/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=115

Photos :

Toutes les photos de ce rapport ont été prises sur place par :

- Aurélie Ballif
- Susanna Colautti
- Lena Groenendijk
- Gillian Horne
- Noémie Komagata

