



Relation soignants-soignés

Une relation faite de respect



Voilà un paradoxe bien surprenant : alors que la Médecine connaît dans toutes ses spécialités de fulgurants progrès techniques, pourquoi semble-t-il utile voire nécessaire de revenir sur un de ses fondements, la relation « soignants-soignés », empathie réciproque indispensable à la qualité et à l'efficacité de la prise en charge médicale ?

Sénèque écrivait déjà « le médecin reçoit bien le prix de sa peine mais le prix de son cœur lui reste dû » ; qu'en est-il aujourd'hui de cette dette d'humanité ?

La connaissance faisait autrefois, et à elle seule, la renommée du « bon médecin », ce savoir lui donnant une autorité respectable et respectée de tous ; mais le savoir est devenu au fil du temps universel et largement accessible, bouculant ainsi une relation « hiérarchisée » pour laisser place, au nom des droits du patient, à une relation plus égalitaire en redonnant au patient sa capacité d'autonomie. Nos hôpitaux français affichent clairement ces droits ; est-ce un progrès ? Sans doute mais le « juridique » ne remplace pas « l'éthique » et la notion de soigner doit laisser place à celle plus large et généreuse de « prendre soin » : il s'agit là de respecter le patient dans la globalité de sa personne, alchimie complexe et toujours singulière où se mêlent les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles. On perçoit ici que prendre soin dépasse largement le simple acte technique pour l'enrichir d'une écoute et d'une bienveillance toujours uniques, « une attention exquise à la Vie que l'on veille et surveille... » disait Paul Valéry. Ainsi envisagée, la relation au patient se construit autour d'une confiance donnant sens à l'acte thérapeutique ; elle se nourrit parfois simplement d'un sourire, d'un regard attentif,

d'une écoute disponible et patiente, où le premier contact va être déterminant pour la qualité de la relation à venir... « Prendre le pouls, la température et la tension artérielle est important » disait un de nos maîtres « mais lui prendre la main l'est tout autant »... ajoutait-il ! Quelle implication pour une ONG de rappeler ce principe de base de la qualité de cette relation soignants-soignés ? D'abord se l'approprier en l'intégrant pleinement à ses programmes de formation des acteurs de la santé ; l'affaire n'est pas toujours simple et selon les régions d'intervention, les itinéraires thérapeutiques sont parfois complexes : les médecines traditionnelles, africaines en particulier, s'emparent souvent de la dimension sociale et culturelle de la maladie pour lui donner sens ; ne vaut-il pas mieux de ce fait envisager avec elle une forme de tolérance voire de collaboration plutôt que de l'ignorer ? N'est-ce pas l'absence d'humanité qui désertifie trop souvent les hôpitaux, qualifiés d'« inhospitaliers » comme l'ont décrit des anthropologues comme Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan ? N'est-ce pas l'accueil souvent déplorable et la non prise en charge de la douleur qui est en partie responsable du nombre encore trop important d'accouchements au domicile, source de morts maternelles évitables ? A l'inverse, n'est-ce pas cette relation pleine et entière au patient dans le respect de son environnement qui fait de ce médecin du film « Toro Si Te¹ » un héros ordinaire ?

« Le soin n'est pas, n'est jamais et ne peut pas être une relation de pouvoir » déclare Martin Winckler ; c'est dans la qualité de la relation égalitaire soignants-soignés faite du respect mutuel entre deux identités libres que l'acte de soin prend alors sa dimension universelle et que son efficacité s'en trouve renforcée.

Paul Bénos, Président

¹ Film réalisé par Daisy Lamothe pour Santé Sud Mali (DVD disponible à Santé Sud).

Un contrat de confiance... à remporter !

« L'absence de dialogue entre soignants et soignés maintient les patients dans l'incapacité de se prendre en charge faute d'une relation de confiance, les condamnant à l'errance thérapeutique.¹ »

Dans un contexte où le médecin n'est qu'un recours parmi d'autres - guérisseurs, marabouts, médicaments en vente libre au marché, phytothérapie, charlatans de toutes sortes... - le défi de fidéliser les malades demeure entier pour les médecins de campagne installés en Afrique subsaharienne et à Madagascar. Avec la prégnance de maladies transmissibles comme le paludisme, la tuberculose ou le VIH et l'apparition de maladies chroniques liées au développement, en plus des urgences habituelles, les enjeux sont nombreux : suivi du malade qui tient compte de son histoire et de son contexte culturel et socio-économique, compréhension et acceptation du traitement, utilisation optimale des moyens - souvent limités - à disposition du médecin, éducation sanitaire, consultation « avant qu'il ne soit trop tard »... Alors comment établir cette relation indispensable avec le malade - voire avec la population - pour offrir un accès effectif à des soins de qualité ?

Dr Mamy : la qualité du soin avant tout

Coordinateur médical pour Santé Sud dans la région de Mahajanga, le Dr Mamy Rakotoninaly a connu ces questionnements lors de son installation en 2006 à Mamoeramanjaka, un village au bout d'une piste défoncée accessible à pied uniquement... Aujourd'hui il encadre de jeunes médecins et leur fait profiter de son expérience. « Dans ces villages, il faut rappeler l'importance de l'écoute du patient, du secret professionnel, du professionnalisme et de la qualité globale de la prise en charge, de l'accueil jusqu'à l'ordonnance et au suivi. L'examen clinique approfondi - trop souvent bâclé ou ignoré par les médecins des centres de santé publics - est certainement l'acte le plus important car il permet de prescrire un traitement adapté. »

Car c'est bien la qualité, relationnelle mais aussi thérapeutique, qui fait qu'un médecin gagne la confiance d'un malade. « Ce qui m'a frappé en arrivant, c'est l'inaccessibilité des soins, malgré la présence d'un centre de santé à 7 km. Mais le médecin étant souvent absent, la mortalité materno-infantile et les décès dus à une forte prévalence des maladies transmissibles - diarrhées, pneumonies

ou autres - étaient nombreux. »

Le 'Docteur Mamy' a tissé peu à peu la confiance de sa communauté, en observant et en écoutant ses patients, mais aussi en sensibilisant les autorités médicales, communautaires et religieuses locales, à commencer par les tradipraticiens. « Compte tenu de l'accueil qu'ils ont l'habitude de recevoir des soignants, les gens ne viennent pas spontanément nous voir. Ils passent d'abord chez le 'dadarabe' afin de connaître la 'cause' de leur mal : envoûtement, possession, transgression d'un interdit religieux... Et si on a gagné la confiance du tradipraticien, il nous renverra volontiers les malades... Même lui viendra consulter au cabinet ! »

« L'écoute du patient est vitale »

Une fois dans le cabinet cependant, il s'agit de tisser une relation qui allie empathie et expertise... et s'assurer que le malade suive bien le traitement et revienne pour le suivi, car entre les difficultés financières, l'analphabétisme et les diverses croyances, les freins sont nombreux. « L'écoute est le facteur le plus important. Pour le mettre en confiance, il faut d'abord connaître le patient. Ensuite seulement on se dirige vers le motif de la consultation. Il faut prendre le temps de tout lui expliquer - et dans son langage - sur son diagnostic, le traitement ou les médicaments, sa maladie, mais sans trop entrer dans le détail sinon il prendra peur et ira consulter ailleurs, parfois pour le pire... »

Tout se joue donc dans le subtil équilibre d'une relation qui mêle l'écoute et la proximité, avec le professionnalisme et la juste distance... « Mais attention, prévient le Dr Mamy : certains médecins de campagne auront tendance à tisser des relations un peu trop familières avec leurs patients, qui sont aussi leurs voisins, souvent leurs seuls contacts humains... Il faut trouver l'équilibre, être près des villageois tout en gardant une réserve professionnelle. »

Réserve professionnelle donc, mais aussi secret professionnel... « Si une femme du village consulte pour un moyen de contraception, elle doit être absolument certaine que rien ne sortira jamais du cabinet car cela est très



© Santé Sud

mal perçu en milieu rural. On est comme le curé du village », s'amuse le Dr Mamy. « Il y a des gens qui viennent pour se faire soigner, d'autres pour des conseils sur leur vie de couple, leur situation familiale ou sociale... »

« Il faut faire le diagnostic... du contexte du patient ! »

L'écoute sert aussi à comprendre les freins, notamment économiques, qui mènent les patients atteints de maladies plus lourdes à abandonner leur traitement, particulièrement en période de soudure, où les ressources sont rares... Il s'agit alors de trouver des compromis entre efficacité et contexte économique. « Un jour, une famille modeste est venue me consulter pour un problème d'asthme d'un enfant de 6-7 ans. J'ai essayé de communiquer le mieux possible avec les parents sur cette maladie et son traitement, et je leur ai recommandé du 'salbutamol spray' sous forme de générique, un traitement de qualité abordable et facile à trouver... Et ils n'ont jamais abandonné le traitement. »

La visite à domicile est également cruciale du point de vue de la relation, notamment pour les anciens, ou les cas très graves, qu'on ne peut pas amener à mains d'homme jusqu'au cabinet... « On entre littéralement dans leur intimité. Et si le médecin ne porte pas de jugement sur leur condition de vie précaire - à commencer par l'hygiène - ils vous donnent leur confiance... Ils se disent 'ce n'est pas un médecin de la ville, qui vient pour nous donner des complexes...' et ils suivent alors nos recommandations... »

Julie Bégin

¹ DESPLATS Dominique, RAZAKARISON Clément, *Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar.*



Commandez-le :
www.santesud.org

VIH : vers une relation « chronique »

Avec l'explosion des maladies émergentes dans les années 80 – dont la plus emblématique est certainement le VIH, couplé à la tuberculose – et l'avènement de nouvelles pathologies liées au développement (hypertension, diabète, cancers...), les maladies chroniques posent un réel défi de soin individuel et de contrôle épidémiologique.

Pour le Dr Zakaria Traoré, médecin généraliste en zone rurale, une relation de qualité demeure la réponse la plus appropriée pour arriver à une observance pérenne des traitements.

Le 6 novembre 2001 est une date que le Dr Traoré n'est pas près d'oublier. Fraîchement diplômé en médecine à Bamako, il s'installe à Niema, à plus de 4h30 de route de la capitale, une zone où la médecine moderne n'est pas encore parvenue. « À mon arrivée, la ville comptait 6000 habitants, contre 10 000 aujourd'hui. Avec l'explosion démographique, le taux de prévalence du VIH a pratiquement triplé » explique-t-il. En cause, l'ouverture d'une mine d'or qui attire des travailleurs migrants et le passage d'un nouvel axe routier fréquenté par des camionneurs et autres chauffeurs, d'où l'émergence de la prostitution.

Si tous les indicateurs étaient au rouge, le Dr Traoré n'avait alors pas de moyen de connaître le taux de prévalence du VIH. « Au départ, je devais envoyer tous les cas suspects se faire dépister à 50 km de chez nous, ce qui n'était pas toujours possible pour ces gens modestes. Avec Santé Sud, nous avons mis en place un laboratoire de brousse afin d'avoir les résultats sur place ».

Communiquer pour mieux soigner

Selon l'anthropologue sénégalaise Fatouma Hane, « de nombreuses études portant sur les structures publiques en Afrique montrent une relative occultation de la personne du malade, une brièveté des échanges, un anonymat, des rapports marqués par de la violence, de l'indifférence, du mépris. Il semble toutefois que les conditions de prise en charge spécifiques des maladies chroniques permettent une meilleure personnalisation des rapports et la création de liens de proximité.¹ » Les médecins de l'Association des médecins de campagne (AMC) installés avec Santé Sud dans la brousse malienne doivent se battre pour convaincre les patients atteints de maladies chroniques comme le VIH de poursuivre l'observance d'un traitement long et parfois contraignant...

Selon le Dr Traoré, il importe de s'adapter à chaque patient, respecter ses demandes et ses limites, faire preuve de disponibilité et de confidentialité. Mais son outil numéro un, c'est la communication. Dans un contexte où

« Je me souviens d'un malade qui venait d'avoir son résultat positif. Il m'a supplié de ne jamais rien dire à qui que ce soit, même après son décès. Au fil du temps nous avons construit une relation basée sur l'échange, et il a finalement demandé à sa femme de se faire dépister. »

la sexualité est un tabou et où prévaut l'ignorance par rapport au VIH - quand ce n'est pas le rejet et la stigmatisation des séropositifs -, « la réaction du malade va aussi dépendre de ce qu'on lui a dit avant le dépistage. Il faut lui poser les bonnes questions quant à ses comportements à risques, vérifier s'il a dans l'entourage une personne à qui se confier, l'informer des modes de transmission, des conséquences de la maladie, mais aussi des traitements disponibles et de l'importance d'un suivi serré. »

Cette nécessaire communication se construit aussi via une collaboration dans la mise en place du plan d'observance. « Chaque patient élabore lui-même son plan avec le médecin et les animateurs (formés à la prévention)... Il prévoit un accompagnement de proximité du malade durant toute la durée du traitement, y compris la gestion de tous les effets secondaires. »

Enfin, la prévention des risques auprès de la population fait aussi partie des stratégies de communication du Dr Traoré pour enrayer l'épidémie : sensibilisation au cabinet, campagnes ciblées auprès des orpailleurs ou dans les bars où s'arrêtent les routiers, etc. Et ça fonctionne ! « Avant, si une femme perdait son mari du Sida, on cherchait à la remarier rapidement, sans se préoccuper des risques de contagion. Aujourd'hui les gens s'informent davantage auprès du médecin avant de s'engager. »

« Un malade qui va mieux est le meilleur gage d'observance »

Si la qualité de la relation importe, le Dr Traoré est aussi persuadé que la meilleure façon de convaincre ses patients de poursuivre leur traitement, c'est encore d'améliorer leur état de santé. « Il est très difficile pour un Africain d'accepter de suivre un traitement long, dans une tradition où la guérison doit être instantanée. Mais quand il commence à reprendre du poids, quand

il se rend compte que la vie est possible, qu'il n'est pas condamné, il renforce sa confiance et il accepte le traitement. »

Mais pour que cette amélioration soit possible, la présence physique du soignant doit être assurée 24 h sur 24. « À n'importe quel moment, le malade peut avoir besoin de vous, pour des soins, pour des conseils, pour être rassuré... Si le médecin n'est pas là quand un problème se présente - comme c'est trop souvent le cas dans les centres de santé publics - surtout en début de traitement, il risque d'abandonner. »

Ainsi, par la circulation de l'information (sous le baobab comme au cabinet), c'est non seulement le malade qui prend confiance envers le médecin, mais toute la communauté qui est sensibilisée. « Quand les villageois constatent que la maladie n'est pas mortelle, que les patients vont mieux, ils demandent 'qui t'as soigné ?' et c'est comme ça que la notoriété se forge et que les mentalités changent. »

Julie Bégin



Les maladies chroniques, de par la fréquence des consultations, créent un rapprochement particulier entre le médecin et son patient.

© Santé Sud

¹ HANE, Fatoumata, Les interactions soignants-soignés à l'épreuve des maladies chroniques : dynamiques relationnelles autour de la tuberculose et du VIH au Sénégal. Actes du colloque « Médecine de proximité : Crise des ressources humaines », 16 novembre 2007, Marseille, Santé Sud/URML.



La révolution culturelle commence...

à l'hôpital

Pour nombre d'éleveurs mongols de l'Arkhangai, l'hôpital est souvent le dernier recours aux soins, quand les interventions des chamans ont échoué : « les représentations sur l'hôpital ne sont pas toujours très positives » comme le rapporte Maryse Véron, infirmière et formatrice sur le thème de l'éthique pour Santé Sud.



© Jean-Claude Varga

De l'éthique au respect mutuel

Beaucoup de préjugés négatifs à l'égard des hospitaliers sont en fait réciproques. « Certains soignants désignent les malades comme étant mal éduqués et réfractaires aux soins ». Cette double incompréhension génère une limitation de l'accès effectif aux soins pour ces populations isolées, en plus de créer tensions et conflits entre soignants et soignés. Ce malaise a bien été identifié par les hospitaliers qui ont participé au Programme de Santé Sud (voir encadré) ; une formation sur « l'éthique » (entendue ici comme le comportement à adopter envers les malades) ayant été demandée par les différents corps de métier.

Afin de désamorcer les préjugés des soignants et les amener à plus d'empathie, Maryse Véron et B. Azjargal, qui travaillaient en tandem franco-mongol, ont utilisé les jeux de rôles, l'étude de cas réels et surtout, elles ont amené les soi-

gnants à rédiger des documents en concertation (livret d'accueil, charte des droits et devoirs des patients et des soignants...). Pas facile dans un pays où « dans le code déontologique, tout est formulé de façon négative, voire assimilé à un 'péché' - tu ne tueras point, tu ne voleras pas le patient, tu ne lui mentiras pas...), et assujetti à une sanction ; il a tout fallu positiver. Par exemple, plutôt que de dire 'il est interdit de cracher par terre', on dira 'dans une optique de respect des malades et des personnels, il est conseillé de conserver les sols propres et de respecter l'hygiène de votre hôpital'. »

Relation soignants-soignés : une notion transversale

Mais un changement d'attitude aussi profond ne se produit pas instantanément... « Au début, ils ne voyaient pas du tout ce qu'ils devaient changer. » Le déclic se fera progressivement, par l'observation

de chacun des formateurs français lors des compagnonnages... « Notre intérêt pour le patient, notre bienveillance, notre écoute, nos examens cliniques poussés et personnalisés, même notre façon de dire bonjour les interrogeaient... »

Les personnels hospitaliers ont également reçu des formations sur l'éthique du comportement qui a potentialisé les missions de Santé Sud. Elles s'inscrivent dans une politique nationale qui fait de la qualité de la relation soignants-soignés une priorité.

De nombreuses améliorations sont désormais visibles - de la décoration des chambres au port d'un badge d'identification (orné d'un sourire)... Mais ce qui a surtout changé, c'est une remise en question systématique pour arriver à une relation plus harmonieuse avec les patients, contribuant à une meilleure qualité et un meilleur accès aux soins.

Julie Bégin

SUR LE TERRAIN



© Santé Sud



Beau temps mauvais temps, certains patients doivent parcourir des dizaines, voire des centaines de kilomètres avant de pouvoir consulter. Un frein majeur qui s'ajoute à la non gratuité des soins.

© Santé Sud

Projet Arkhangai, baisse de la mortalité infantile de 35 %

Le projet triennal Arkhangai n'est pas encore terminé mais déjà, Santé Sud se félicite de résultats inespérés en terme de changements de pratiques et d'amélioration de la qualité des soins. La référente programme du projet, Brigitte Simon, médecin-inspecteur de santé publique, assure même que « les projets d'établissements permettent une révolution culturelle et médicale des acteurs qui aujourd'hui, se mobilisent et se sentent plus responsables de leurs devoirs vis-à-vis des patients ».

Financé par la Coopération monégasque, ce vaste programme aura mobilisé trois hôpitaux de l'Arkhangai et la Direction régionale de la santé de cette région. Il s'agissait de transmettre aux équipes les outils afin qu'elles élaborent elles-mêmes leur projet d'établissement pour ainsi rétablir les patients au cœur du dispositif de soins. Du plan d'action ainsi élaboré selon une dynamique participative - qui a quelque chose de révolutionnaire pour les Mongols, habitués à un fonctionnement très hiérarchique -, les soignants ont pu faire émerger leurs besoins en formation, en équipement et en mise en réseaux. Parmi les formations identifiées puis menées : les relations soignants-soignés, le management d'équipes et de projets, la pédagogie pour adultes, les soins infirmiers, les soins de première urgence et les prises en charge mère/nouveau-né.

C'est précisément sur ce dernier thème que les résultats ont été les plus rapides et les plus spectaculaires. Entre 2010 et 2011, la région a enregistré une diminution de 35 % de la mortalité infantile (51 décès contre 33) et une diminution de la mortalité néonatale de 38 % (29 décès contre 18 en 2011). La formation dispensée par Jacek Sobierajski, obstétricien, et Catherine Gire, pédiatre néonatalogiste, - et celle d'autres intervenants comme l'infirmière puéricultrice Annie Venel - n'y est pas étrangère. « La mortalité périnatale a deux causes essentielles : la souffrance du bébé due à une prise en charge inadaptée lors de l'accouchement et des soins inappropriés aux prématurés. » C'est par une formation sur les « gestes qui sauvent » - par exemple la simple aspiration des glaires dans les orifices du bébé pour lui permettre de respirer - dont le summum aura été la présentation du « Bubble CPAP » que Catherine a amené les équipes à changer leurs pratiques.



© DR

Le Bubble CPAP est un instrument facile à trouver - voire à fabriquer soi-même -, très simple d'utilisation, qui ne coûte qu'une vingtaine d'euros. Il maintient une pression positive dans les voies aériennes permettant ainsi de faciliter les échanges gazeux au niveau des poumons. On passe ainsi le cap de la détresse respiratoire chez les nouveaux-nés comme chez les prématurés.

Outre les mille et une améliorations continues constatées, qui vont d'une meilleure organisation des urgences à la diminution des transferts vers la capitale, en passant par la désinfection des mains, l'identification et le classement systématique des médicaments ou l'obtention d'une ambulance, l'autre petit miracle concerne l'appropriation de la méthode de projet. « Aujourd'hui, on n'attend plus le gros projet pour résoudre les problèmes ; les personnels font des micro-projets et obtiennent des financements » raconte le directeur de l'hôpital de référence de Tsetselerg.

« Nos collègues mongols sont enthousiastes et espèrent que le projet pourra se poursuivre car ils brûlent d'aller plus loin » conclut Brigitte Simon. Gageons que d'autres bailleurs verront en ce projet tout le potentiel de développement sanitaire qu'il recèle !



La psychiatrie au pays des marabouts¹

La psychiatrie a été introduite récemment en Mauritanie. Le traitement des troubles mentaux était jusque-là l'apanage des marabouts et des guérisseurs, et aucune structure de prise en charge n'existait avant 1975, date à laquelle le Pr Al Houssein Dia a donné la première consultation de psychiatrie dans son pays.

A Nouakchott, ville de près de 900 000 habitants, on estime aujourd'hui à environ 88 000 le nombre de personnes susceptibles d'être touchées par la maladie mentale. En plus d'être marginalisées et stigmatisées, elles n'ont souvent pas accès à des soins adéquats. D'autre part, l'offre de soins en santé mentale à Nouakchott est insuffisante d'un point de vue quantitatif. Face à ce constat, Santé Sud s'engage depuis 2010 à

« Nous savons que le malade ingère, avec le médicament, un morceau du prescripteur. »

développer et à consolider le dispositif de prise en charge déjà existant, en partenariat avec de nombreux acteurs locaux, dont la Ligue Mauritanienne d'Hygiène Mentale (LMHM), présidée par le Pr Dia. Malgré les progrès réalisés, environ 80% des patients relevant de l'hygiène mentale ont recours à la médecine traditionnelle... Et même après un traitement réussi par les méthodes dites « modernes », la vraie guérison n'est obtenue qu'une fois les soins maraboutiques prodigués. C'est dire qu'une cohabitation et une articulation entre les deux types de prise en charge demeure nécessaire.

La durée de consultation : le fondement d'une relation structurante pour le patient

Tout entretien efficace doit nécessairement compter une durée significative. Or, si les marabouts disposent de temps pour la consultation et le suivi, y compris dans l'environnement familial et social habituel du patient, le personnel soignant du Centre Neuropsychiatrique de Nouakchott (CNP), tout comme les centres de santé, doit gérer une file de patients déjà longue dès le petit matin. Le faible nombre de professionnels spécialisés représente ainsi un écueil à la relation soignants-soignés. C'est bien là que se trouve la clé du problème : jouer sur le temps de consultation et sur la répétition des visites pour

établir une meilleure relation. Comme le souligne Marc Lescaudron, responsable de programmes à Santé Sud « le cœur du projet repose justement sur la dimension thérapeutique de cette relation en tant que telle : il s'agit de passer d'une consultation de cinq minutes durant laquelle on n'a que le temps de distribuer des médicaments à la construction d'une relation de confiance structurante pour le patient ». On notera

que les patients sont souvent accompagnés de leurs proches, qui sont en fait les premiers interlocuteurs désignés, à écouter au même titre que les patients... ce qui demande aussi du temps.

« Savoir être dans une disposition qui fait la place à autrui »

Marie Lépine, psychiatre et référente programme de Santé Sud pour le projet « Développement de l'offre de soins en santé mentale sur la communauté urbaine de Nouakchott », souligne que parmi les outils à la disposition du soignant, c'est bien l'éloquence qui prime, avec la qualité de l'accueil. « Il y a une somme de connaissances et d'expériences cliniques qui permettent au soignant d'adopter une certaine disposition mentale [...] Cela permet à l'esprit du thérapeute de s'allier à la partie saine de l'esprit du patient, et cette alliance se porte au secours de la partie malade ». C'est grâce à cette « disposition mentale » que le soignant pourra entreprendre une relation pérenne avec le soigné, faite de silence et de parole. Marie est particulièrement frappée par les qualités parfois remarquables de soignants non spécialisés ou intervenants en santé primaire en Mauritanie ; tant par leur justesse dans la distance et leur tact médical, que par leur créativité et leur capacité à nouer des liens qui se prolongent dans le temps avec les

patients : « Ils ont fabriqué leurs propres outils pour trouver la bonne distance : l'un par exemple, fait asseoir le malade sur un petit banc le long du bureau pour le mettre à l'aise » ; cet objet-lieu fait manifestement office d'espace de parole, favorisant l'écoute active de la part du soignant.

Le médicament comme objet transitionnel

La psychiatre marseillaise fait remarquer que l'usage de l'effet placebo est répandu parmi le corps soignant autorisé à prescrire, notamment parce que le préjugé envers les psychotropes est depuis longtemps favorable parmi les populations traditionnellement nomades ; de même, la croyance selon laquelle un soignant ne prescrivant pas serait inapte à guérir le malade est courante, « parce qu'il ne donne rien ». Ainsi, l'observance est bonne dans la mesure où les patients considèrent leur ordonnance comme un objet précieux : il s'agit d'une « amulette », un objet transitionnel dans le processus de traitement et de guérison, primordial dans la relation de confiance établie avec le soignant.



Entretien avec le professeur Al Houssein Dia

Partenaire incontournable de Santé Sud dans ce projet, le Pr Dia est le premier praticien mauritanien à avoir ouvert une consultation de psychiatrie dans son pays en 1975. Il a fait ensuite construire en 1987 un hôpital spécialisé - dit «Hôpital Dia» -, qu'il a dirigé jusqu'en 2003, actuellement Centre Neuro-Psychiatrique de Nouakchott (C.N.P).



→ Quelle est la place des thérapies corporelles dans l'ensemble des dispositifs thérapeutiques soignants-soignés que l'on propose actuellement en Mauritanie ?

Pr Al Houssein Dia : Deux situations se présentent habituellement :

1. Le patient est alité : il s'instaure rapidement une sorte de maternage par la famille (notamment la mère et tout l'entourage féminin).
2. Le patient est agité ou a tendance à partir : la contention est utilisée. Le patient reste quand même au milieu des siens qui le nourrissent, l'habillent et le nettoient ; dans les cas de rupture du moi ou de rupture du lien social, la famille servira de contenant en attendant une évolution positive. Ce qui s'apparente dans les deux cas à un nursing. Le personnel soignant peut s'en inspirer mais je doute qu'il puisse mieux faire que la famille.

« Certains patients nous prêtent presque les mêmes pouvoirs mystiques que les marabouts ; ils pensent que c'est un don (hérité ou inné) que nous avons de guérir. »

→ L'éloquence (dire les mots justes) est un atout pour le thérapeute, en Mauritanie comme ailleurs. Que penser alors de la parole spontanée du sujet dans la société mauritanienne ?

Pr Al Houssein Dia : Dans la société mauritanienne et africaine en général, dans le cadre d'un colloque à deux (soignants-soignés) traditionnel, c'est le thérapeute qui parle à la place du patient. Il commence par un acte divinatoire pour entrer dans le monde intérieur de son client (y arrive t-il ? il est supposé le faire, c'est comme si...). Il pourra ainsi lui parler de ce qu'ils partagent dans le domaine culturel, mais aussi d'éventuels secrets de famille, etc.

Des formations adaptées

Marie rappelle par ailleurs « l'utilité pour les formateurs de Santé Sud de coupler des échanges plus théoriques avec des compagnonnages, afin que chaque formateur connaisse le quotidien des soignants mauritaniens et puisse ajuster ses enseignements aux réalités du terrain ». Dans cette optique de réflexion clinique commune, la formation pourvue par Santé Sud sert à la fois de catalyseur aux échanges entre cliniciens mauritaniens et permet également des échanges de pratiques entre les cliniciens étrangers, puisque le projet implique des formateurs sénégalais et français. Outre le renforcement des compétences en

matière de psychiatrie adulte, l'appui à la pédo-psychiatrie, notamment sur le thème de l'adolescence, s'est traduit par de nombreuses formations... Par rapport à la thérapie familiale systémique², l'action de Santé Sud a consisté à solliciter le Dr Aïda Sylla, psychiatre à Dakar et formatrice en thérapie familiale, qui, avec l'appui du Dr Ousmane Sall, chef de service du CNP, a permis de remobiliser l'Association de Thérapie Familiale Mauritanienne. Concrètement, le Dr Sylla a proposé une réactualisation des connaissances afin de pouvoir à nouveau proposer des prises en charge thérapeutiques et de reprendre la formation des formateurs. Enfin, un travail de supervision clinique

Dans le cas d'une démarche moderne, les associations libres peuvent se faire après un certain entraînement du patient ; dans le contexte mauritanien un entretien incitatif me paraît plus adapté et plus fructueux ; le patient étant souvent accompagné, je recommanderais aussi d'utiliser et de positiver cette présence ; d'où l'idée de privilégier l'approche systémique ou tout au moins les entretiens familiaux.

→ Vous évoquez l'attrait de la société mauritanienne pour l'irrationnel. De quelle manière peut-il infléchir la relation soignants-soignés ?

Pr Al Houssein Dia : Je retiens d'abord l'hypothèse que l'irrationnel est efficace : il peut guérir, rendre malade et même tuer. Dans certaines sociétés la malédiction ou la violation d'un tabou tuent ; l'irrationnel est donc efficace, même s'il faut admettre que cette efficacité a ses limites.

Dans notre pratique cet aspect irrationnel est rarement absent, il dépasse souvent l'effet placebo ; certains patients nous prêtent presque les mêmes pouvoirs mystiques que les marabouts ; ils pensent que c'est un don (hérité ou inné) que nous avons de guérir ; beaucoup ne voient pas en nous le simple médecin ; parfois l'on nous demande, quand nous remettons l'ordonnance, le supplément de baraka, une prière, etc., pour que leur malade guérisse vite.

→ Vous dites à propos des tradipraticiens que « ce qui est écrit est vrai ». Pourriez-vous développer ce point de vue ?

Pr Al Houssein Dia : En Afrique la plupart des gens ne savent pas lire. Le contenu de l'écriture paraît donc mystérieux ; chez le musulman l'exemple d'écrit par excellence c'est le Coran, livre sacré, parole divine, parole de vérité. Par extension tout écrit est un peu sacré et recèle de la vérité. Par ailleurs, cette notion n'est pas propre, à mon avis, à nos sociétés traditionnelles ; même dans le monde moderne l'analyse critique d'un document écrit est le fait d'une minorité bien avertie.

régulière a été demandé par le groupe au Dr Sylla, qui a également mené des échanges avec l'Association Mauritanienne des Psychologues en matière de relation soignants-soignés, de prise en charge familiale du patient, ainsi qu'avec le personnel du CNP qui travaille avec les familles présentes lors de l'hospitalisation.

Guillaume Santini

¹ Pr DIA, Al Houssein, *La Psychiatrie au pays des marabouts*, Éditions l'Harmattan.

² Dans ce type de thérapie, on s'adressera toujours à la famille entière et le thérapeute agira sur l'ensemble des relations familiales ; ce qui est recommandé par le Pr Dia pour la société traditionnelle mauritanienne.



Pour accoucher en toute sérénité



OBJECTIF

Dans le projet global d'appui au secteur de la santé aux Comores (PASCO) confié à un consortium d'ONG dont Santé Sud fait partie, l'objectif visé est de renforcer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins des centres de santé sur les îles de Mohéli et d'Anjouan. Il s'agit notamment d'en augmenter la fréquentation, en particulier par les femmes enceintes et les couples mère-enfant.

L'accès aux soins demeure un sujet assez sensible dans cet archipel de l'océan indien : dans des centres de santé si peu fréquentés, la question de la relation soignants-soignés peut paraître futile. C'est pourtant là que réside l'une des clés de la qualité des soins.

Plusieurs études ont montré que la pauvreté est un facteur déterminant de non-fréquentation des centres de santé. Or la population comorienne est majoritairement rurale, 70 % de ses habitants vivent sous le seuil de pauvreté et souffrent de la faim. Si on ajoute un niveau d'alphabétisation avoisinant les 60 %, la prégnance de la religion et des croyances traditionnelles - entraînant souvent des blocages envers la médecine moderne - ainsi que le comportement du personnel soignant parfois inapproprié, tout concorde pour que les consultations spontanées et les prises en charge médicales soient très faibles dans cette zone.

Consulter, c'est perdre son temps !

Ainsi, pour une femme enceinte, le suivi de grossesse est considéré comme une perte de temps, d'argent, voire même de santé ! Les populations ne consultent que si elles ont épuisé tous les recours (l'automédication, avec une observance aléatoire des posologies, l'utilisation des plantes médicinales traditionnelles, l'appel à des matrones pour des massages), ou seulement si elles sont atteintes d'une pathologie gravissime et que les maux ne s'estompent pas d'eux-mêmes. Dans

ce contexte, si le mari consent à donner de l'argent à son épouse afin qu'elle puisse « s'offrir » une consultation prénatale ou qu'elle accouche dans de - relatives - bonnes conditions dans un centre de santé, c'est déjà un grand pas.

Encore faut-il que la femme parvienne jusqu'au centre, souvent éloigné et difficile d'accès. Si en plus elle est mal accueillie, voire maltraitée durant son séjour clinique... il est normal qu'elle préfère remettre sa vie et celle de son enfant entre les mains de quelqu'un en qui elle a confiance, souvent une matrone de son village, avec des résultats parfois désastreux.

Touché par l'empathie

Pourtant, les centres de santé ne logent pas tous à la même enseigne... Anne Deflorenne, chargée de programmes à Santé Sud, raconte qu'un infirmier en centre de santé recevait en moyenne deux fois plus de patients que ses confrères. « Nous avons compris que le succès de ce soignant venait du fait qu'il 'touchait' ses patients. » Ainsi, par un geste simple et humain, il instaurait une relation

« Reconquérir l'engagement et la vocation des soignants, leur motivation, voilà le pari qu'a fait Santé Sud. »

naturelle de confiance qui rendait la prise en charge médicale plus effective. « Les patientes qui viennent à ce centre se sentent bien accueillies et elles font passer le mot aux autres femmes enceintes de la communauté » rapporte Anne.

C'est précisément pour que les populations comoriennes réinvestissent leur centre de Santé que Santé Sud a travaillé sur la mise en place de projets d'établissement avec les professionnels locaux. « Les centres de santé sont peu fréquentés entre autres parce que les professionnels n'y sont pas ! » explique Sylvie Besson, médecin de santé publique, référente programme pour Santé Sud. « Le fait de les faire réfléchir sur la mission de leur centre, sur les moyens à mettre en place pour en améliorer l'efficacité, les amènent à s'investir personnellement, à s'intéresser à cette relation au patient qui leur fait souvent défaut. » Reconquérir l'engagement et la vocation des soignants, leur motivation, voilà le pari qu'a fait Santé Sud pour ramener la population dans ces centres de soins et ainsi permettre à des milliers de jeunes femmes d'accoucher en toute sécurité.

Guillaume Santini

Faites comme moi :
**ENGAGEZ-VOUS
POUR SANTE SUD !**

Dons en ligne :
www.santesud.org
04 91 95 63 45



Ariane Ascaride,
comédienne

Ce numéro vous a intéressé ?

Vous pouvez le télécharger sur le site www.santesud.org ou le recevoir par e-mail en nous contactant à : contact@santesud.org..

Et faites-le passer à vos amis !