



Madagascar : l'effet "tâche d'huile"

L'insuffisance en personnel qualifié est reconnue comme un obstacle majeur à l'amélioration de la santé dans les pays en développement.

Pourtant, on assiste à un incroyable gaspillage de leurs ressources humaines : chômage des médecins, fuite au Nord des « cerveaux » formés au Sud, glissement des compétences...

Cependant des solutions existent !

Ainsi, à Madagascar, où 38% des médecins sont au chômage, 40 médecins généralistes se sont installés en zones rurales avec le soutien de Santé Sud. Ils seront bientôt 70. Leur organisation en réseau leur permet aussi de se former à la prise en charge de l'urgence dentaire ou -bientôt- de pathologies telles que l'épilepsie. Avec un effet tâche d'huile.



D.R.

Médecins de campagne : "pas facile, mais ils – et elles - tiennent le coup !"

Le témoignage du Dr. Rakotoarimanana, Coordinatrice adjointe du programme médecins de campagne.

p 2

Epilepsie : le modèle malien

Le projet malgache s'inspirera de la démarche mise en place au Mali. L'épilepsie n'y est plus perçue comme une malédiction mais sa prise en charge doit encore progresser, estime le Dr Nimaga.

p 3

Des soins dentaires accessibles aux populations rurales

Un bilan de l'action menée en partenariat avec Aide Odontologique Internationale par le Dr Christophe Herrand.

p 5

DES NOUVELLES DE NOS ACTIONS

Mongolie : une nouvelle étape dans l'amélioration des soins hospitaliers

Algérie : un Institut Méditerranéen de la Petite Enfance

p 6

La leçon de Yunus

L'attribution du Prix Nobel de la Paix à l'économiste Muhammad Yunus, fondateur de la Grameen Bank, est venue opportunément rappeler l'existence d'une autre forme d'aide au développement que celle qui est basée sur « les grands programmes mondiaux » ou sur une « aide humanitaire » favorisant la politique de « la main tendue », avec envoi d'« experts » occidentaux.

L'aide la plus efficace est celle qui permet aux professionnels ou aux citoyens des pays défavorisés de prendre en charge leur propre destin, leur propre économie, leur propre santé, grâce à un « petit coup de pouce » de départ, pour lancer la dynamique dans un contexte difficile.

De même que les femmes indiennes ont pu créer leur propre entreprise grâce à un tout petit crédit rapidement remboursé, des paysans maliens et malgaches, organisés en communautés, ont pu s'attacher les services de médecins qui exercent « au pays » en vivant correctement de leur métier.

Faudra-t-il toujours des « french doctors » dans les pays africains dotés de bonnes Facultés de médecine ? Plusieurs centaines de diplômés en sortent chaque année et c'est à la fois une aberration et un scandale qu'ils ne puissent vivre de leur métier dans leur pays !

Oui, il faut agir, mais sans remplacer : Ce numéro de Santé Sud Infos nous dit que c'est possible.

Guy Farnarier
Président de Santé Sud

Santé Sud, 200, bd National,
Le Gyptis Bt N, 13003 Marseille.
Tél. 04 91 95 63 45 - Fax 04 91 95 68 05
E.Mail : santesud@wanadoo.fr
Directeur de publication : Simon Martin
Rédactrice en chef : Anne Charmasson
Rédaction : Anne Charmasson, Rostiniaina Rakotoarimanana,
Guy Farnarier, Karamoko Nimaga, Christophe Herrand
Réalisation : Anne DeFlorenne
Impression : Yellow Flag

L'effet "tâche d'huile"

Le Programme Médecins de Campagne va se poursuivre à Madagascar pendant 3 ans, grâce au soutien du Ministère des Affaires Etrangères, de l'Association Frères de nos Frères, du Laboratoire Sanofi-Aventis et des parrains de Santé Sud. Il prévoit l'installation de 30 nouveaux médecins, s'ajoutant aux 40 déjà installés, ce qui permettra de prendre en charge 300 000 personnes de plus.

Accompagnés dans leur installation, ces médecins bénéficient d'une formation préalable et, pendant deux ans, d'un suivi qui les arment pour l'exercice de la médecine générale en zones isolées.

Le dispositif comprend également des formations thématiques qui permettent à ces jeunes médecins d'échanger et d'améliorer leurs pratiques.



D.R.



D.R.

MEDECINS DE CAMPAGNE : PAS FACILE, MAIS ILS -ET ELLES- TIENNENT LE COUP

Coordinatrice adjointe du Programme « Médecins de campagne » de Santé Sud Madagascar, le Dr Rotsiniaina Rakotoarimanana a fait ses études à la Faculté de Médecine de Tananarive où les femmes - presque aussi nombreuses que les hommes - sont présentes depuis plusieurs générations.

À l'issue de ses études, elle a tenté d'ouvrir un cabinet privé mais n'avait que 2 ou 3 clients par mois.

Elle a voulu se spécialiser en anesthésie-réanimation, en suivant un stage à l'Hôpital militaire. Elle

a ensuite suivi une formation en management, pour pouvoir prétendre à un poste dans l'administration médicale et effectuer des études de projets financées par les institutions européennes. C'est à l'Ordre National des Médecins qu'elle a entendu parler de Santé Sud. Elle y est, plus particulièrement, chargée de l'administration, mais participe également à la sélection, l'installation et au suivi des médecins de campagne, ainsi qu'aux relations extérieures.

● **Votre itinéraire est-il représentatif de celui des jeunes diplômés de la Faculté de Médecine ?**

« Beaucoup de femmes ont du mal à trouver un poste. Les hommes aussi, mais ils sont plus débrouillards pour gagner leur vie, ils changent de carrière, ils deviennent chauffeurs de taxi, transporteurs, représentants de commerce...

La médecine est un métier exigeant qui ne dédommage guère de la peine qu'il donne. Elle n'a pas toujours une bonne image, parce qu'à une époque où il n'y avait pas de sélection, il y a eu trop de médecins à l'université par rapport aux possibilités de recrutement ministériel.

● **Pourtant, les besoins sont très grands dans les zones rurales ? Qu'est-ce qui fait obstacle à leur installation dans ces zones ?**

« Concernant les médecins célibataires, beaucoup n'ont pas vécu à la campagne, ils ont du mal à s'adapter à une vie qui est vraiment difficile, ils ont peur de ne pas bien gagner leur vie.

Et être médecin de campagne reste encore peu valorisant. Concernant les médecins mariés, le plus grand souci est celui de la scolarisation des enfants. »

● **Malgré cela, certains franchissent le pas ? Qu'est ce qui les y incite ?**

« Santé Sud leur explique que les zones d'installation sont sites étendus qui comprennent environ 10 000 habitants et que l'on effectue une étude de faisabilité préalable. Cela les rassure sur le fait qu'ils pourront gagner leur vie très correctement. Certains estiment qu'ils n'ont rien à perdre puisque de toute façon ils sont sans travail ou ne peuvent exercer leur métier sans soutien extérieur. D'autres « y croient » et veulent aller là où on a besoin d'eux. Le fait de savoir qu'il y a des médecins de campagne installés et qu'ils le sont encore les rassure. Enfin, l'appui de Santé Sud - qui leur fournit un kit d'installation et leur assure une formation les préparant à l'exercice de la médecine généraliste en zone isolée - est décisif. » (suite p 6)

EPILEPSIE : LE MODÈLE MALIEN

Les maladies chroniques particulièrement graves et contagieuses, comme la tuberculose ou le Sida, font l'objet de programmes lourds et complexes qui mobilisent l'aide internationale. Mais à côté de ces maladies « phares », il existe des maladies chroniques pour lesquelles il n'existe souvent, dans les pays en développement, aucune prise en charge sérieuse, avec des malades qui sont abandonnés à leur triste sort. C'est le cas de l'épilepsie.

Au Mali, grâce à quelques pionniers qui ont mis en place un réseau de compétences Nord-Sud, des résultats spectaculaires ont été obtenus. Les épileptiques ne sont plus des parias et ceux qui ont bénéficié d'un traitement mènent aujourd'hui une vie normale. L'épilepsie reste un réel problème de santé publique mais sa perception a changé. C'est ce modèle malien qui sera décliné - de façon un peu différente - à Madagascar.

Dans les pays occidentaux, l'épilepsie est reconnue comme une maladie neurologique organique, et la personne qui en est atteinte, considérée comme un patient comme les autres. Il n'en est pas de même dans les pays en développement où l'épilepsie est une maladie d'exclusion. Le taux de prévalence brute de la maladie y est de trois à dix fois supérieur à celui des pays industrialisés.

Concevoir et mettre en œuvre une prise en charge et un suivi thérapeutique réalisable en zone africaine rurale, en tenant compte des contraintes économiques, matérielles et culturelles : tel était le défi à relever. Il l'a été, grâce à un partenariat exemplaire qui a mobilisé des ressources humaines du Nord et du Sud, avec une collaboration efficace entre l'Université (Universités du Mali et de la Méditerranée), l'Association Santé Sud, l'Entreprise (Rhône-Poulenc, Sanofi-Aventis) et des médecins français et maliens organisés en réseau.

L'aventure commence en 1996, avec un programme de recherche de l'Université de la Méditerranée, sous la direction du Dr Guy Farnarier, neurophysiologiste (actuel Président de Santé Sud), en collaboration avec l'Université de Bamako (Pr. Ogobara Doumbo, représentant de Santé Sud au Mali).

Première étape : La réalisation de deux enquêtes anthropologiques en milieu urbain et rural afin de mieux cerner les aspects culturels de la maladie.

Deuxième étape : Une enquête épidémiologique, auprès de 5243 habitants vivant dans 18 villages des régions de Tyenfala et Baguineda.

Grâce à un réseau de compétences Nord-Sud, l'épilepsie n'est plus une malédiction

Troisième étape : la mise en œuvre d'un protocole de prise en charge et suivi des patients épileptiques dépistés : 70 au départ, 136 avec les cas des villages voisins qui se sont fait connaître.

Le suivi a été confié au Dr Nimaga, un pionnier de la médecine de campagne, qui, après avoir suivi une formation spécialisée à Marseille, a, pendant trois ans, visité régulièrement chaque patient

(une tournée = 1 300 km !) afin d'effectuer l'approvisionnement en médicaments et la surveillance médicale et thérapeutique. Le protocole prévoyait :

- une bonne information du patient et de son entourage,
- un approvisionnement régulier en antiépileptique (le phénobarbital sous forme générique, bon marché, efficace et alors le seul accessible, fourni gratuitement par le Laboratoire Rhône-Poulenc),
- un suivi du traitement et de ses effets.

Coût de l'opération (médicament + indemnisation du médecin et d'un auxiliaire + logistique) : 1,5 Euro par patient et par mois.

Au bout de 3 ans, le médicament cesserait d'être gratuit et il incomberait au patient de se le procurer (au prix - acceptable localement - de 0,5 Euro par mois).

Au bout de 2 ans, les crises avaient totalement disparu chez 60 % des patients ayant correctement suivi le traitement (80 % d'entre eux), avec une véritable transformation physique et psychologique : reprise du travail et de la vie sociale, retour à l'école pour les enfants et à une vie conjugale pour les femmes rejetées. Et 16 % avaient vu leur état s'améliorer sensiblement. Au bout de 3 ans, 61 % des patients ont pu être sevrés, avec très peu de cas de récurrence.

Au-delà de l'amélioration spectaculaire de l'état et de la condition des patients, l'impact culturel de cette expérience a été très fort : les malades et leur entourage ont compris que l'épilepsie n'était pas contagieuse, ni due à la sorcellerie ou à une malédiction.

Principal facteur de succès : le suivi régulier et méthodique de chaque patient par un médecin exerçant sur place, conjuguant compétence médicale et connaissance du terrain, bénéficiant de la confiance des familles et des communautés.

En 2003, ce programme a pris une nouvelle dimension, avec la création - dans le cadre du Projet Médecins de campagne de Santé Sud - du Réseau RARE (Recherche-Action en réseau contre l'Epilepsie).

Ce réseau de compétences Nord-Sud regroupe 6 médecins motivés par la prise en charge, le suivi et l'étude de l'épilepsie : les Drs K. Nimaga, T. N'Dao, M. Coulibaly, M. Mariko, A. Coulibaly, M. Dao, travaillant en liaison étroite avec le Drs Guy Farnarier et Dominique Desplats et les Prs O. Doumbo et P.Genton. (suite p 4)

L'approche de « la tâche d'huile »

Sanofi-Aventis est un partenaire de longue date de Santé Sud, d'abord au Mali puis aujourd'hui à Madagascar. Nous avons demandé à Mireille Cayreyre, Directrice Marketing du département Action Médicaments, quel regard elle portait sur la démarche de Santé Sud. Voici sa réponse :

« Nous travaillons avec Santé Sud depuis maintenant 3 ans. Compte tenu de ce qui a été atteint par cette ONG au Mali, nous avons eu envie de décliner ce modèle sur un pays comparable. C'est pourquoi nous avons accepté de nous engager à ses côtés à Madagascar, avec une politique d'information et de fourniture de médicaments à prix coûtant.

Le point fort de Santé Sud, c'est cette démarche de formation de médecins qui se trouvent « au bout de la chaîne », que l'on aide à s'installer, à se maintenir et à compléter leur formation. Une centaine de médecins, cela peut sembler un programme peu ambitieux, mais c'est l'approche de la tâche d'huile. On procède pas à pas, mais de façon sûre, avec l'assurance du travail bien fait. Au final, le résultat est énorme. »

(Suite de la page 3)

Le Dr Nimaga - aujourd'hui Président de l'Association des Médecins de Campagne du Mali - qui a suivi une formation de formateur, est à la tête du réseau.

Le programme comporte 3 volets :

- actions bi-annuelles de formation à l'épilepsie, initiale et continue, avec fourniture de documentation et participation à des réunions scientifiques,
- activités cliniques de diagnostic, traitement et suivi faites par les membres du RARE, dans leurs aires de santé respectives
- activités de recherche.

600 patients ont bénéficié du Programme, soutenu par le Ministère des Affaires Etrangères, la Fondation Frères de nos Frères et le Groupe Sanofi-Aventis, lequel fournit à prix coûtant des médicaments dans le cadre de son programme « Impact Epilepsy ».

A partir de 2007,

- le programme sera élargi à une grande partie des 100 médecins de l'Association des Médecins de campagne qui auront accès aux séminaires de formation

- un travail de recherche épidémiologique et clinique comportant un volet thérapeutique sera mené dans le cadre de la Faculté de Médecine de Bamako, en s'appuyant sur les données collectées.

Plusieurs centaines de patients ayant retrouvé une vie normale, un nouveau regard sur une maladie qui inspirait de la crainte, une meilleure connaissance et une meilleure prise en charge de l'épilepsie par des médecins aujourd'hui capables de sensibiliser ou de former : Des résultats réels, dans un domaine peu investi, obtenus en mobilisant des compétences et des énergies du Nord et du Sud autour d'un objectif partagé.

Le Dr Nimaga : « Le regard sur l'épilepsie a changé mais sa prise en charge doit encore progresser »



D.R.

● Quel regard porte-t-on sur l'épilepsie dans les sociétés traditionnelles africaines ?

« L'épilepsie est vue comme une maladie incurable, une affaire de possession par les djinns, de sorcellerie, de malédiction des anciens, tout sauf une pathologie relevant de la médecine moderne ! Le malade, considéré comme anormal, soupçonné d'avoir fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire, d'avoir transgressé un interdit, est totalement exclu. Les gens en ont peur, ils craignent la contagion, il ne faut pas le toucher. Le malade souffre plus des conséquences de la maladie que de la maladie elle-même ! »

● Comment vous êtes-vous intéressé à cette pathologie ?

« On sortait de la Faculté de médecine avec des idées sur l'épilepsie très vagues. Très peu de temps lui était consacré dans l'enseignement.

C'est dans le cadre de mon travail de recherche sur l'onchocercose (« cécité des rivières ») pour l'OMS, que j'ai commencé à m'intéresser à l'épilepsie, mon hypothèse de travail étant qu'il pouvait y avoir un lien entre les deux. J'étais frappé par l'isolement des malades alors que je savais que ce n'était pas contagieux.

Ogobara Doumbo était mon Professeur de thèse, c'est ainsi que j'ai rencontré Guy Farnarier et que j'ai commencé à travailler sur l'épilepsie dans le bassin du Fleuve Niger.

Lorsque nous avons commencé le traitement, les gens n'y croyaient pas. Lorsqu'ils ont vu que l'état des malades s'améliorait, d'autres malades sont arrivés. Au bout de 3 ans, 60% des malades ne faisaient plus aucune crise. Les femmes qui avaient été répudiées sont retournées à leur mari ou se sont remariées. Nous nous sommes battus pour faire libérer celles qui s'étaient retrouvées derrière les barreaux parce que leurs crises avaient entraîné la mort de leurs enfants. Nous avons un patient qui vivait à l'état animal, au fond de sa case - sa maman lui apportait à manger - et qui a réagi d'une façon extraordinaire au traitement. Aujourd'hui, il vit normalement, cultive des oignons et des tomates, cherche à se marier. »

● Ce travail a-t-il modifié le regard porté sur l'épilepsie ?

« Oui, il a eu un impact très significatif sur la perception des gens. Dans mon seul centre, il y en a 650. De plus en plus les tradi-thérapeutes nous les réfèrent.

Un vieux dont l'enfant était épileptique, qui avait vu tous les guérisseurs, fait des sacrifices de béliers... m'a amené son enfant. Il n'a plus voulu repartir et est resté 2 semaines. Son enfant n'a plus eu de crise. Il m'a demandé si je traitais les maladies causées par le diable. Il a pensé que celui-ci « avait eu peur du petit comprimé ». Par la suite, cet enfant s'est marié, a eu un enfant et une vie tout à fait normale.

Les gens ont commencé à comprendre ce qu'était la médecine moderne.

Forts de cette expérience, nous avons aujourd'hui un réseau de prise en charge de 6 médecins à travers le pays et chacun est très sollicité dans sa zone.

Aujourd'hui l'épilepsie est un peu mieux enseignée, mais elle n'est encore pas suffisamment intégrée dans les études de médecine. Le Pr. Doumbo a recommandé que l'enseignement de l'épilepsie soit mieux pris en charge et apparemment il a été entendu. Il y a eu une prise de conscience de la Faculté.

L'épilepsie est un gros problème de santé publique dont la perception, la prise en charge et l'enseignement doivent encore progresser. »

DES SOINS DENTAIRES ACCESSIBLES AUX POPULATIONS RURALES

L'état dentaire de la population rurale est particulièrement catastrophique à Madagascar où l'on compte en moyenne deux fois plus de caries qu'en Afrique de l'Ouest. Avec, pour conséquence, des infections sévères et des douleurs récurrentes qui perturbent la vie quotidienne des personnes atteintes. Alors que paradoxalement les cabinets dentaires situés en ville sont sous utilisés !

Ce constat a généré un programme original de formation des médecins de campagne. L'expérience montre que les problèmes peuvent être résolus par des actions pragmatiques basées sur le transfert de compétences. Christophe Herrand, responsable d'Aide Odontologique Internationale, partenaire de Santé Sud pour cette action, raconte la genèse du programme et en fait le bilan.

« A l'origine de ce programme, une demande des habitants de la Région de Tuléar. Ils ont mal aux dents, souffrent et ne peuvent pas se rendre en ville pour se faire soigner : trop loin, trop cher. Ils veulent être soignés sur place !

Les médecins relaient cette demande à Tealongo (Association des médecins catholiques de brousse de la Région de Tuléar) qui fait appel à AOI (Aide Odontologique Internationale).

Une première expérience menée précédemment par AOI - la réhabilitation de 4 cabinets dentaires - s'est avérée décevante.

Situés en ville, ces cabinets sont sous-utilisés. Cette demande rejoint ses propres conclusions : Il faut aller plus près des gens et rendre le soin dentaire d'urgence accessible - à la fois géographiquement et économiquement - en zone rurale.

C'est ainsi qu'une équipe de l'AOI se rend à Madagascar afin de former des médecins malgaches.

Cette démarche rejoint aussi les préoccupations de Santé Sud : une enquête menée auprès de ses médecins de campagne montre que

les services dentaires de référence sont en moyenne à 54 km du cabinet, soit 3 heures de taxi-brousse, avec parfois une partie à pied ! Le coût du transport et de l'extraction dans le cabinet dentaire du Centre Hospitalier s'élève à 12 000 Ariary, soit 4,5 Euro, une somme exorbitante pour un paysan malgache !!!

Il paraît logique, dans ces conditions, de former les médecins installés en zone rurale au traitement de l'urgence dentaire et au soulagement de la douleur, comme le recommande l'OMS. C'est ainsi qu'un partenariat se noue entre l'AOI et Santé Sud pour mettre en place un programme de formation.

Après réflexion, un programme à deux étages est conçu :

- Les jeunes médecins récemment installés se formeront à l'hygiène-désinfection dans les cabinets médicaux
- Les médecins installés depuis plus longtemps se formeront au traitement de l'urgence dentaire et recevront un kit d'urgence dentaire, comportant 20 instruments.

Une première mission est effectuée en juillet 2005 par les Drs. Christophe Herrand et Alexis Thiriez, puis une seconde en 2006. Au total, 15 médecins ont reçu une formation à l'urgence dentaire et 28 à l'hygiène-désinfection.

La première a eu lieu en situation réelle, dans un cabinet médical rural : 7 modules théoriques, des travaux pratiques et surtout de la clinique (52 patients, 72 extractions gratuites). La seconde, au siège de Santé Sud à Tananarive, avec, là encore, formation théorique et travaux pratiques.

La supervision de 5 médecins précédemment formés a permis d'évaluer les premiers résultats : 13 consultations par jour, en moyenne, une bonne maîtrise des extractions dentaires, des conditions d'hygiène satisfaisantes (qualité de l'eau, traitement des déchets, procédures de désinfection, entretien des sols et

surfaces). 3 cabinets bénéficient d'un éclairage solaire, 2 sont encore éclairés à la bougie.

Au total, le bilan de cette action apparaît comme très positif.

Pour la population :

- le coût d'une extraction, réalisée sur place tombe à 1 Euro (au lieu de 4,5),
- la fréquentation (12 consultations par mois, en moyenne, pour des problèmes dentaires) croît régulièrement mais reste très inférieure aux besoins : Chaque médecin couvre une aire de santé de 10 000 personnes, en moyenne, et l'état bucco-

dentaire est catastrophique ! Mais la tradition de l'épargne -zébu- l'achat d'un zébu étant une dépense de prestige social plus qu'un investissement productif - concurrence encore durement la dépense de santé !

Pour le médecin :

- les soins dentaires d'urgence sont une source de revenu supplémentaire, facteur de pérennité de l'installation
- la qualité de tous les soins est améliorée par la sensibilisation à l'hygiène-désinfection.
- la charge (investissement et consommables) - calculée par Christophe Herrand et Alexis Thiriez qui veillent à ne recommander que des produits d'un coût acceptable - est de 6% du chiffre d'affaire, amortissable sur 3 ans. Les médecins qui la considèrent comme « le prix de la sécurité », la jugent supportable.

Pour la santé publique : Cette offre de soins d'urgence s'intègre dans la Politique Nationale de Soins Bucco-dentaires qui prévoit la création ou la réhabilitation de cabinets dentaires dans 111 districts et un programme préventif de sel fluoré qui permettra d'améliorer l'état dentaire de la population ».



DES NOUVELLES DE NOS PROGRAMMES

Mongolie

Une nouvelle étape pour l'amélioration des soins hospitaliers

Santé Sud a mené de 2002 à 2005 une action visant - dans le cadre de la politique de santé nationale - à améliorer la qualité des soins offerts aux populations de l'Aimag (Province) du Selenge. Une démarche de projet a été menée par les 20 Hôpitaux de Sum (Centres de soins de première ligne), en s'appuyant sur 8 « facilitateurs » mongols formés par Santé Sud.

Santé Sud vient d'obtenir un financement d'Europ-Aid, l'Agence d'aide au développement de la Communauté Européenne, pour la poursuite de ce projet.

La nouvelle étape prévoit, sur 3 ans :

- Le renforcement des compétences de 12 « facilitateurs » mongols, véritable « corps de spécialistes » de la démarche de projet en milieu hospitalier.
- L'accompagnement des 3 Hôpitaux de référence de la province dans l'élaboration de leur projet d'établissement.
- La formation des cadres en management et gestion hospitalière et la formation du personnel en soins médicaux et soins infirmiers.
- L'optimisation de la prise en charge des patients grâce à la mise en réseau des établissements.

Algérie

Un Institut Méditerranéen de la petite enfance



Le Centre de Ressources, inauguré le 9 novembre à Alger, constitue une pierre de l'Institut Méditerranéen de la Petite Enfance, qui sera un pôle de référence et d'échange dans ce domaine. Garant du respect des droits et besoins fondamentaux de l'enfant, il favorisera aussi l'échange de pratiques entre professionnels.

Porté par le Président-fondateur de l'AAEFAB (Association Algérienne Enfance Familles d'Accueil Bénévoles), Temi Tidafi,

le projet est mis en oeuvre par un Consortium associant Enfants du monde - Droits de l'Homme, les CEMEA du Languedoc-Roussillon et Santé-Sud, chaque association intervenant dans un domaine spécifique (le projet associatif pour Santé Sud).

Santé Sud est un partenaire de longue date de l'AAEFAB, avec laquelle elle a travaillé, de 1998 à 2003, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des bébés, à la pouponnière (orphelinat) de Palm-Beach, près d'Alger.

L'AAEFAB gère deux pouponnières associatives et un centre de formation pour les « berceuses » (assistantes maternelles).

(Suite de la page 2)

● Ces installations sont-elles durables ?

« Oui, et pourtant ce n'est pas facile. Ce dont les médecins souffrent le plus, c'est l'isolement. Ils sont souvent coupés du monde et l'adaptation à la vie rurale n'est pas aisée, surtout au début.

Je pense au cas d'une jeune femme médecin célibataire, Dr. Elnida, qui est installée dans un village à 40 km de la route bitumée qu'elle faisait à pied. La piste qui la rejoint est en très mauvais état et il faut traverser une rivière. Il n'y a pas de transport en commun. On l'a dotée d'un vélo, plus léger que la moto habituelle lorsqu'il faut traverser la rivière. Elle tient le coup parce qu'elle croit à ce qu'elle fait. Elle est aussi issue d'une famille en difficulté qu'elle aide beaucoup.

L'appui de Santé Sud est très important, matériel, professionnel, mais aussi le soutien moral : nos visites sont un grand réconfort pour les médecins. On les voit en moyenne une fois tous les deux mois au moins.

Ils ont aussi des liens entre eux. Nous les incitons à se revoir. Nous expliquons que Santé Sud ne sera pas toujours là. Tôt ou tard, ils devront prendre le relais. Ils se sont regroupés en Association, l'AMC-MAD.

Et puis il y a la formation commune. Nous profitons des Assises Nationales, qui réunissent tous les médecins une fois par an, pour organiser des formations et des échanges. Venir à Tananarive, en effet, c'est difficile : aller-retour, deux jours de trajet, deux jours de manque à gagner. Ils actualisent aussi leurs connaissances grâce aux revues : Santé Sud Infos, le clinicien, Développement et santé. Grâce à tout ça, ils tiennent le coup. »

● Les femmes rencontrent-elles des difficultés spécifiques ?

« Non, à part le fait que, souvent à la campagne, les femmes médecins sont assimilées à des sages-femmes, mais la population fait très vite la différence.

Par ailleurs, les femmes ne peuvent pas effectuer certains actes, par exemple la circoncision. En revanche, elles sont très respectées.

Un tiers de nos médecins de campagne sont des femmes ! »

VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS,
DEVENIR MEMBRE OU CONTRIBUER
AUX ACTIONS DE SANTÉ SUD ?

Contactez-nous au
04 91 95 63 45



Ce document a été réalisé avec l'assistance financière de la Communauté Européenne. Les points de vue qui y sont exposés reflètent l'opinion de Santé Sud, et de ce fait, ne représentent en aucun cas le point de vue officiel de la Communauté Européenne.