



Qualité des soins Soins de qualité



Les soins de santé primaires

- *Maintenant plus que jamais ?*

p 2 et 3

La qualité des soins

- *Drépanocytose* : maladie de l'inégalité d'accès aux soins.

p 4 et 5

Les soins de qualité

- *Épileptiques en zone rurale*
- *L'accès aux médicaments : une évidence ??*

p 6

Points de vue

- *Handicap mental*

p 7

En bref

- *Paludisme*
- *News*

p 8

Pour satisfaire aux besoins fondamentaux des patients

« Un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ; telle est la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il est précisé que cet état exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne, affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux et culturels, et d'autre part une capacité d'adaptation à un environnement en perpétuelle mutation. Vaste programme !

Vastes programmes que ceux de Santé Sud qui, dans ses trois grands domaines d'activité que sont l'amélioration des systèmes de santé, le droit à la santé des personnes vulnérables et la médicalisation des zones rurales, s'efforce de permettre aux populations d'accéder à ces exigences...

L'efficacité exige la qualité. La qualité des soins délivrés dans une structure sanitaire correspond à un niveau d'excellence fondé sur des critères de qualité reconnus. La bonne gestion, l'hygiène, l'éthique et la compétence médicale et médico-sociale font partie de ces objectifs et nécessitent des actions de formation.

Ainsi, dans tous ses programmes, Santé Sud vise l'accès à des soins de qualité. Personnes handicapées, orphelins et enfants vulnérables, patients souffrant de maladies aiguës infectieuses comme le paludisme ou chroniques comme la drépanocytose ou l'épilepsie, c'est par ces soins de qualité que les bénéficiaires de nos actions pourront espérer accéder à cet état de bien-être physique, mental et social préconisé par l'OMS.

Le Président, Guy FARNARIER



Maintenant plus que jamais ?

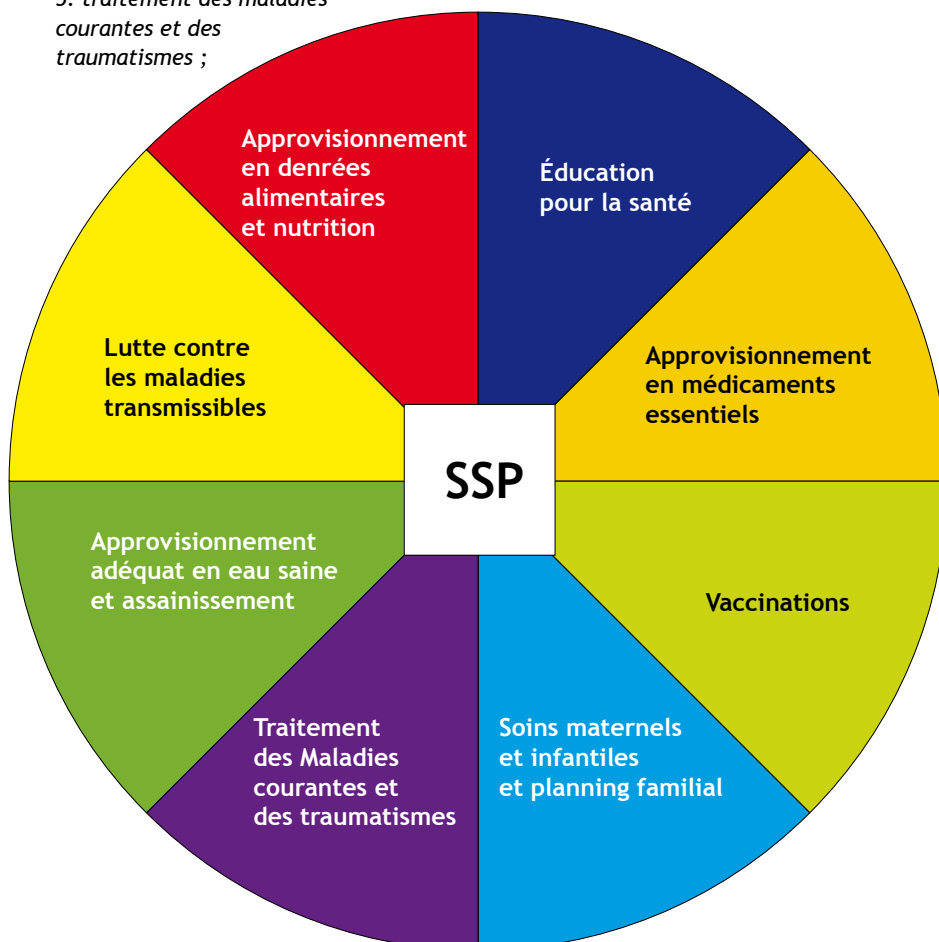
La stratégie des soins de santé primaires (SSP) fut adoptée en 1978, à l'occasion de la conférence internationale d'Alma Ata organisée par l'OMS et l'Unicef. Quelle stratégie collective fallait-il adopter face à l'ampleur des problèmes de santé dans les pays nouvellement indépendants ? Comment s'inspirer des précédentes expériences locales réussies ? Telles étaient les questions posées à l'époque.

La définition adoptée à cette occasion édictait que « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes pratiques mais aussi scientifiquement valables, accessibles et acceptables, qui permettent aux populations de s'autoresponsabiliser ». Cette nouvelle stratégie se voulait globale, combinant traitement, prévention, éducation et promotion. Huit composantes structuraient cette approche :

1. éducation pour la santé ;
2. approvisionnement en médicaments essentiels ;
3. vaccination ;
4. soins de santé maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
5. traitement des maladies courantes et des traumatismes ;

6. approvisionnement adéquat en eau saine et assainissement ;
7. lutte contre les maladies transmissibles ;
8. approvisionnement en denrées alimentaires et nutrition.

Dans certains domaines, il y a eu des progrès considérables : l'approvisionnement en médicaments essentiels s'est généralisé, d'un coût peu élevé, notamment grâce aux génériques ; le taux de couverture vaccinale a considérablement augmenté, pour atteindre environ 70%. Par contre, certains secteurs ont connu des évolutions bien moindres, par exemple les taux de mortalité maternelle qui restent très élevés (648/100 000 naissances vivantes au Niger, 397/100 000 au Bénin). De même, les taux d'utilisation des services de santé demeurent inférieurs à 30% des besoins attendus. Sur le plan nutritionnel, de nombreux progrès restent à faire, les taux de malnutrition étant compris entre 10 et 45 % selon les régions (UNICEF 2006). Ces quelques exemples montrent combien ces huit composantes des SSP restent d'actualité et doivent être revisitées en permanence.



Quel bilan tirer aujourd'hui des SSP ?

En nous inspirant des rapports de l'OMS et de l'expérience de terrain à Santé Sud, on peut affirmer que l'amélioration globale de la situation sanitaire est une réalité. La mortalité des enfants a diminué de 50%. L'espérance de vie a considérablement augmenté : au Mali, elle est passée de 35 ans à l'indépendance à 50 ans aujourd'hui. « Dans l'ensemble, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans ». (Rapport OMS 2008)

Mais les inégalités augmentent entre pays et aussi à l'intérieur de ces pays. Certaines régions stagnent ou reculent du fait de l'instabilité ou des guerres. Citons la République démocratique du Congo (RDC), la Centrafrique (RCA), la Guinée. D'autres sont touchées par l'épidémie de VIH-Sida de façon importante, par exemple le Swaziland où l'espérance de vie est passée de 59 à 40 ans.

Les besoins en santé ont beaucoup augmenté. A l'exigence accrue de populations mieux informées aujourd'hui, s'ajoute leur augmentation en nombre (à Madagascar la population a triplé depuis l'indépendance), entraînant un énorme déficit en ressources humaines en santé, malgré l'effort très im-



© Santé Sud

portant de formation que l'on a tendance à sous-estimer.

À l'indépendance en effet, seulement deux facultés de médecine existaient en Afrique, l'une au Sénégal et l'autre à Madagascar. Maintenant tous les pays forment, dans leurs propres facultés, entre 100 et 300 médecins par an. Mais la disparité en densité médicale s'accroît entre capitales et zones rurales où vit encore 60 à 80 % de la population selon les pays. Or 76 % des médecins sont installés en capitale et dans les grandes villes.

Dans ce contexte de pénurie, la marchandisation incontrôlée des soins s'est malheureusement généralisée avec des personnels soignants mal payés, la multiplication des pratiques informelles, les surfacturations, les bakchichs... Cette situation, qui concerne le privé comme le public, gangrène et met en danger les systèmes de santé à moyen terme.

Devant nous pointe le défi de la « transition épidémiologique* ». Aujourd'hui, les maladies infectieuses ainsi que les problèmes liés à la périnatalité et à la nutrition constituent la moitié des besoins de santé mais, d'ici 2020, n'en représenteront plus que 22 %. Par contre les affections liées au vieillissement, les maladies chroniques et les pathologies dites de civilisation vont augmenter de 27 à 43 %. Les traumatismes, surtout liés aux accidents de circulation, vont s'accroître de

15 à 21 %, ainsi que de nouvelles pathologies neuropsychiques en rapport avec les migrations urbaines et les phénomènes de désocialisation (de 9 à 14 %).

Que conclure ?

Face aux immenses défis encore devant nous dans les pays les moins avancés, la stratégie des SSP reste plus que jamais d'actualité. L'absence de médecins praticiens et de vraies sages-femmes au premier niveau de soins dans les zones rurales et les périphéries des grandes villes constitue un problème majeur dont on ne parle pas suffisamment. Cette médecine de proximité est le « chaînon manquant » des systèmes de santé, la responsabilité diagnostique et thérapeutique ayant été confiée aux paramédicaux. C'était justifié à l'époque où les médecins étaient très peu nombreux, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui dans la plupart des pays. C'est pourquoi nous avons à Santé Sud lancé depuis 20 ans notre programme de formation et d'installation de médecins généralistes communautaires au Mali, puis à Madagascar et maintenant au Bénin, avec des cliniciens qui associent la médecine de famille et les soins de santé primaires.

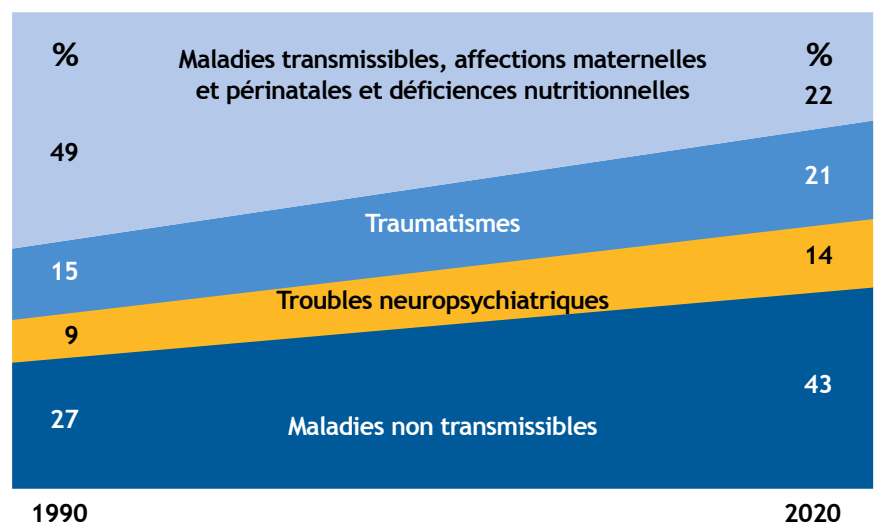
Nous avons la conviction qu'un saut qualitatif s'impose avec des SSP de deuxième génération, marqués par la présence effective d'une vraie médecine de proximité en première ligne, au contact des populations.

Dominique Desplats,
Médecin généraliste, ancien président
et conseiller projets à Santé Sud

* source : OMS, Bases factuelles et information à l'appui des politiques de Santé.

Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par vaste groupe de cause 1990-2020 dans les pays en développement (scénario initial)

AVCI = Années de vie corrigées de l'incapacité



Source : OMS, bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé

Drépanocytose : maladie de l'inégalité d'accès aux soins

« **Maladie de la souffrance physique et morale, de l'inégalité sanitaire et de l'exclusion sociale, la drépanocytose reste l'une des grandes maladies orphelines injustement négligées, trop longtemps ignorée malgré les appels vibrants lancés voici 40 ans par Martin Luther King** ». **Pierre Fabre**

Maladie génétique qui entrave le développement de l'Afrique, « La drépanocytose, l'une des plus meurtrières au monde, emporte chaque année près de 200 000 personnes, dont 50 à 75 % sont des enfants de 0 à 5 ans... Et elle en atteint 500 000 autres » rappelle Bénédicte Schutz, Responsable de programmes à la Coopération internationale de Monaco (CIM).

C'est justement la CIM et la Fondation Pierre Fabre qui ont confié à Santé Sud la mission d'accompagner le projet de gestion du Centre de Référence et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD) de Bamako. Un projet qui à la fois sera garant d'un réel accès à des soins pour tous, et qui assurera la maîtrise complète de tout le dispositif de qualité des soins, de la recherche fondamentale jusqu'au traitement de l'individu. Le Dr Danielle Lena, biologiste, spécialisée dans l'étude des maladies génétiques de l'hémoglobine, et Dominique Testart, directeur hospitalier, rentrent du Mali où ils ont accompagné l'élaboration du projet de gestion du Centre.

« **La qualité des soins passe par une gestion administrative serrée** »

« Sans projet de gestion, pas de soins de qualité qui se maintiennent dans la continuité. Il faut que le projet d'établissement ait une vision claire du service à rendre à la population, des objectifs de santé, puis il faut que le projet de gestion permette la bonne application du projet médical » explique Dominique Testart. « Ainsi, sur la base du projet du Pr Dapa Diallo, du Dr Alain Dorie et du Pr Gil Tcherna, les experts de Santé Sud ont évalué la viabilité du CRLD pour s'assurer de sa capacité à fonctionner de manière autonome et pérenne... Combien de patients seront accueillis ? À quel coût ? Sur quelles ressources - humaines, matérielles, financières - pourra-t-il compter ? Comment prévoir l'évolution des besoins dans le temps ? « C'était un beau projet médical, déjà très réfléchi par les experts sanitaires.

Mais il était hors de question de se lancer dans un projet aussi ambitieux sans connaître les coûts et les ressources nécessaires à son bon fonctionnement ».

Le Dr Léna raconte : « Nous avons étudié le prix de revient de la prise en charge d'un drépanocytaire en fonction de son âge, afin d'en prévoir le coût au centime près : quels appareils, combien de lits, quels médicaments, combien de jours d'hospitalisation, quels vaccins, quels examens de laboratoire et de radiologie, multiplié par le nombre de patients que l'on attend et le nombre d'années... On a essayé de tout prévoir ! On a aussi beaucoup réfléchi à l'organigramme et au recrutement. Un travail énorme mais absolument nécessaire ! »

Dépistage néonatal: un pas vers la prise en charge précoce

L'OMS estime que plus de 300 000 enfants naissent chaque année atteints par cette pathologie. « **Un enfant drépanocytaire sur cinq mourra s'il n'est pas dépisté et pris en charge avant l'âge de trois mois** ». Le dépistage néonatal permet donc d'éviter la mort des nourrissons, alors que la prise en charge thérapeutique précoce améliore la qualité de vie des patients, en particulier dans le traitement de la douleur. Désormais, les enfants seront systématiquement dépistés à la naissance, par un simple prélèvement



sanguin qui sera envoyé au centre. « C'est une véritable démocratisation des soins pour les drépanocytaires qui s'amorce, car même si les patients qui le peuvent devront faire une contribution minimale, le service existe et il est tout de même accessible à tous ! »

Ci-dessus : Le Professeur Dapa Diallo, chef du département d'hématologie à Bamako et initiateur du CRLD, mise beaucoup sur l'information des malades. On conseillera notamment la maman sur les gestes simples mais efficaces pour soulager l'enfant et éviter les crises, si douloureuses : donner à boire régulièrement, éviter les changements brusques de température, palper son bébé pour détecter l'augmentation du volume de la rate...

En bas : Tout est conçu pour assurer le bien-être psychologique des patients, élément-clé de l'amélioration... Et si l'enfant doit rester au centre un jour de plus pour terminer des examens, la famille pourra passer une nuit dans des petites cases qui reproduisent la vie au village.





Qu'est-ce que la drépanocytose ?

La Drépanocytose est une maladie génétique, chronique, grave et invalidante, surtout présente dans les régions impaludées. L'hémoglobine des patients drépanocytaires est inapte à transporter l'oxygène vers les tissus, et perturbe la circulation sanguine en obstruant les plus petits vaisseaux. Les conséquences sont d'abord une anémie sévère et surtout des crises douloureuses extrêmement violentes, abdominales ou osseuses, qui sont la hantise des malades dès l'enfance.

Inauguration du Centre de Référence et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD) à Bamako

Danielle Lena, médecin biologiste et référente technique de Santé Sud, s'est rendue à Bamako pour l'inauguration du CRLD le jeudi 21 janvier 2010. Le président malien, Amadou Toumani Touré, a salué au passage les partenaires pour leur accompagnement, dont Santé Sud. « Au Mali environ 12 % de la population est affecté par la drépanocytose, ce qui donne toute la dimension de cette pathologie ». Le ministre de la Santé, Oumar Ibrahima Touré, avait auparavant rappelé que la maladie est vécue comme une souffrance socio-psychologique car les malades se considèrent comme des fardeaux pour leur famille, surtout à cause des crises douloureuses qui surviennent de manière imprévisible. Le ministre a précisé que la création du CRLD est une première en Afrique subsaharienne et s'inscrit en droite ligne des recommandations de la 59^e assemblée générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tenue en 2006.

© Sipa Press

Trois questions à Dapa Diallo



© Sipa Press

En quoi le CRLD assure-t-il un véritable accès à des soins de qualité ?

Le CRLD est une structure qui fera le diagnostic de la drépanocytose dès la naissance et un suivi précoce des malades, édictera les conduites de prévention et de prise en charge des complications avec un niveau de participation financière que nous voulons accessible au plus grand nombre. La mission de recherche permettra au centre de contribuer significativement à l'amélioration des connaissances sur la drépanocytose dans le contexte africain.

Comment vous assurez-vous que ses différentes composantes permettent une prise en charge intégrée du malade ?

Le staff du centre sera constitué de compétences du domaine médical, social, anthropologique, de la communication et de la recherche évoluant dans un espace permettant une médecine à la fois préventive et curative, et une Information-Education-Communication visant un changement de comportements favorable.

Quelles motivations vous ont poussé à combattre la drépanocytose ?

La grande fréquence d'une affection qui pose des questions à la fois médicales et humaines appelle une réponse spécifique, particulièrement au Mali. L'idée de me consacrer au combat contre la drépanocytose m'est venue d'une conviction que l'espérance et le confort de vie des drépanocytaires peuvent être améliorés par un modèle d'organisation permettant une prise en charge spécifique de ces malades.



© Sipa Press

Ci-dessus : Les responsables du CLRD ont inauguré le centre en présence des plus hautes autorités politiques du pays.

Ci-contre : Portrait du Professeur Dapa Diallo, chef du département d'hématologie à Bamako et initiateur du CRLD



© Santé Sud

Épileptiques en zone rurale

Comment accéder à des soins de qualité ?

La prise en charge de l'épilepsie dans les pays en développement pose le problème général du management des maladies chroniques en milieu défavorisé. On imagine que dans ce contexte il ne soit pas évident pour un patient de suivre un traitement quotidien et onéreux.

Il y a donc nécessité de la mise en adéquation entre ce qui dépend directement du patient et ce dont il est dépendant. La bonne observance, à long terme, du traitement avec prise d'un médicament antiépileptique, à la bonne dose, sans aucune interruption, ne peut résulter que d'une très bonne relation médecin-malade basée sur une confiance réciproque. La présence d'un médecin compétent pose le problème de l'accès à la connaissance, c'est-à-dire à une formation spécialisée au diagnostic et au traitement de l'épilepsie. Pour le patient l'accès à des soins de qualité passe par l'accès géographique : présence en zone rurale

d'un médecin généraliste de proximité et, bien évidemment, par l'accès à des médicaments qui doivent correspondre à une indication correctement posée, être de bonne qualité, disponibles sans rupture de stock, à un coût en rapport avec les possibilités financières du patient et de son groupe de prise en charge.

Ces difficultés peuvent être résolues par la médicalisation des zones rurales et la mise en réseau de groupes de médecins généralistes communautaires formés à la prise en charge de l'épilepsie (diagnostic, traitement et suivi), comme c'est le cas au Mali avec le RARE (Réseau Action-Recherche sur l'Epilepsie) et à Madagascar avec le REM (Réseau Epilepsie à Madagascar) et par des stratégies d'accès aux médicaments antiépileptiques.

Guy Farnarier,
neurophysiologiste, Président de Santé Sud

À gauche : Electroencéphalogramme effectué à une fillette.

L'accès au médicament : une évidence ??

Dans les pays en développement (PeD), le médicament existe et est généralement distribué sous forme générique dans le réseau de soins public. Cependant, il demeure payant avec, souvent, des manques et des ruptures de stock. En-dehors du système public, le problème de l'accès se pose avec acuité. Le médicament existe bien, mais il s'agit trop souvent de contrefaçon, de médicament périmé ou de piètre qualité. Il est bien distribué... mais où, par qui, jusqu'où ? Au bout de la piste ? Gratuitement ? Ça, jamais ! Les malades doivent payer de leur poche : c'est déjà difficile pour un antipaludique à moins de 3 € le traitement, mais alors pour un médicament pour une affection chronique, comme un antiépileptique ou un antidiabétique, c'est encore moins évident...

Comment concevoir un accès aux soins pour les plus démunis sans médicament ? C'est impossible. Il faut des médicaments. Ce n'est pas qu'une question de brevets : la majorité des médicaments nécessaires au traitement de plus de 99% des maladies dans les PeD sont passés sous forme générique. C'est une question de disponibilité,

d'accessibilité, de pérennité mais aussi d'éducation des familles, d'observance. Une vraie chaîne vertueuse doit se mettre en place et en phase. Tout le monde doit y contribuer : les industriels (ceux qui font des médicaments de qualité et qui, avec les gouvernements, doivent lutter contre la contrefaçon), les grossistes en diminuant leurs marges, les locaux en diminuant les taxes d'importation de médicaments vendus à prix coûtant et en participant à la construction d'un système de distribution cohérent, puis les soignants en éduquant leurs patients et en favorisant l'observance.

C'est en résumé la démarche du programme « Accès au médicament » de Sanofi-Aventis mené avec Santé Sud pour une meilleure prise en charge de l'épilepsie au Mali et à Madagascar.

Mireille Cayreyre, pharmacienne

À droite : Au Mali, lorsqu'un centre de santé communautaire (CESCOM) bénéficie de la présence d'un médecin de campagne, celui-ci est le garant de l'approvisionnement en médicaments : origine, qualité, conditions de conservation, pertinence, prescription, observance des traitements, etc.

© Association Reportages





Handicap mental : améliorer les soins



Evaluer, cibler et réajuster

Suzan Hallal El Amine, coordinatrice nationale de Santé Sud au Liban, associe ses talents de gestionnaire à ses compétences en santé publique. Une complémentarité qui fait toute l'efficacité de son action.

Pour mettre en œuvre un projet de cette envergure, un bon management est essentiel afin de garantir qualité et rigueur: identifier les besoins, établir des objectifs qui y répondent et un calendrier des actions à mener, assurer un suivi serré... Au Liban, Santé Sud travaille depuis 1998

sur la thématique de l'enfance handicapée, ce qui nous permet de faire un état des lieux très précis et d'ainsi mieux cerner les besoins.

Un diagnostic précoce du handicap mental assure la réduction de son impact sur l'enfant, lui garantissant une meilleure qualité de vie et de plus fortes chances d'insertion. Or les professionnels libanais ont des compétences très inégales, les outils et méthodes d'évaluation ne sont pas uniformisés et la coordination entre les acteurs est parfois difficile. Aussi, l'un des résultats attendus par le projet est le renforcement des personnels qui travaillent auprès des enfants dans le diagnostic précoce et l'orientation vers une prise en charge adaptée.

Cela passe par des actions de formation pour les 37 centres

membres de l'UNAPIEI-Liban ainsi que l'introduction d'outils diagnostics standardisés adaptés au Liban, grâce au partenariat avec l'Université Saint Joseph et l'Université de Nice.

Le monitoring, qui permet des évaluations continues de la qualité des actions en fonction des résultats attendus, est particulièrement important pour anticiper les problèmes, puis réajuster les actions au fur et à mesure. Par exemple, dans la dernière formation, nous avons pris en compte les commentaires des participants pour modifier certaines interventions. Et les familles des enfants constatent un changement dans la prise en charge par nos professionnels... pour le mieux !

Promouvoir les droits économiques, sociaux et culturels des personnes qui vivent avec un handicap mental. Tel est l'objectif du programme que poursuit Santé Sud en Algérie, en Tunisie et au Liban. Rencontre de deux femmes de discipline, de pays et de profil différents sur l'amélioration des soins.



Reconnaître la singularité de la personne avec un « handicap mental »

Psychologue en France, référente technique bénévole en Tunisie, Sonia Hermellin croit en l'importance d'associer le jeune à son projet individualisé, entouré d'une équipe pluridisciplinaire.

En Tunisie, Santé Sud veille à la formation des personnels de centres pilotes de l'Union tunisienne d'aide aux insuffisants mentaux (UTAIM) en vue de l'insertion socio professionnelle d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes. Chacun a son histoire, sa pathologie, son trouble ou sa déficience, sa personnalité, ses désirs... Il faut reconnaître cette individualité, et travailler en équipe avec lui pour élaborer son projet. La dimension d'ouverture sociale est fondamentale.

La famille doit bien sûr être partie prenante, d'abord en acceptant le handicap du jeune, son désir d'autonomie et en soutenant sa démarche... L'important c'est que la parole circule et que les intervenants puissent se coordonner et construire ensemble, sans perdre de vue la singularité du jeune et ses motivations. Le « milieu

ordinaire » doit aussi être sensibilisé à l'intégration des personnes handicapées mentales. Par exemple, à l'Utaim de Gafsa, les jeunes, à l'atelier menuiserie, fabriquent des portes et fenêtres qu'ils apprennent ensuite à poser avec un artisan de la ville sur ses propres chantiers.

Avant, chacun travaillait dans son coin. Aujourd'hui, dans les centres de jour, médecin, orthophoniste, éducateur, moniteur d'atelier professionnel ou sportif, psychologue, directeur d'établissement... tous sont associés à la réflexion pour aider le jeune à réaliser son insertion dans le monde du travail, ou simplement son passage vers une plus grande autonomie sociale, qu'il s'agisse de se loger, de prendre le bus ou d'aller à la boulangerie seul...



Paludisme

Formation et partenariats avec les Africains

Le paludisme est un facteur majeur du sous-développement en Afrique. En plus des nombreux décès déplorés, les conséquences indélébiles du plasmodium dans le cerveau de nos enfants, même guéris, provoquent une incapacité à être créatif et à aller à l'école, chez 10 à 15 % d'entre eux qui ont souffert de neuropaludisme. Les décès dus au plasmodium représentent en Afrique au moins quatre tsunamis par an !

Développer les partenariats multisectoriels entre Africains

Le développement est une question de solidarité mais pas seulement ; il faut aussi croire aux partenariats, développer les compétences pour permettre à la nouvelle génération d'Africains d'imaginer son développement et d'apporter des solutions innovantes en intégrant les sciences et la technologie.

Dans une démarche globale de santé publique, nous travaillons avec 120 jeunes médecins de campagne, installés sur tout le territoire du Mali, comme relais pour récolter des papiers buvards avec l'ADN des parasites du paludisme. Grâce à ce dispositif, chaque année nous sommes capables de décrire au Plan national du lutte contre le paludisme (PNLP) et à ces médecins les niveaux de résistance aux médicaments là

où ils travaillent. Ces informations leur donnent la possibilité d'adapter la thérapeutique. Cette interaction entre université, recherche et médecins apporte une valeur ajoutée dans les décisions en santé publique. L'exemple le plus frappant est celui de la résistance à la chloroquine : les médecins de campagne fournissent les papiers buvards à l'université, qui étudie les mutations et transmet les résultats au ministère de la Santé qui à son tour informe l'OMS. Cette réaction en chaîne a permis le changement de combinaisons thérapeutiques au Mali et dans d'autres pays.

La formation, gage d'une prise en charge de qualité

Un enfant souffrant de paludisme grave peut guérir s'il est pris en charge efficacement à temps, sortir de son coma et aller à l'école.



© Association Reportages

On ne peut pas obtenir un tel impact sans la qualité de l'interaction avec les tradipraticiens, le partenariat, la formation et la confiance mutuelle.

Que ce soit avec Santé Sud ou avec les équipes américaines avec lesquelles nous travaillons, nous favorisons toujours le développement de la capacitation du local. Au Mali, 95 % des acteurs sur le terrain sont des Maliens formés et capables de résoudre des situations complexes. C'est ce transfert de compétences qui est essentiel pour la durabilité du développement.

Ogobara Doumbo, parasitologue, directeur du Centre de recherche et de formation sur le paludisme, Mali
Membre du CA de Santé Sud

News



Visites de médecins mongoles

Une délégation de médecins protagonistes du programme

d'Amélioration de la qualité des soins hospitaliers auprès des populations rurales du Sélengué en Mongolie a parcouru la France du 21 au 28 février 2010. Elles ont effectué une série de visites de structures sanitaires afin de mieux comprendre le système de santé en France et comparer et échanger les pratiques.

Prochaine AG

5 juin 2010 à la Mairie d'Aix-en-Provence
Réservez la date de la prochaine assemblée générale annuelle dès maintenant ! Attention : pour participer au vote, vous devez être adhérent de Santé Sud et à jour de votre cotisation.
Inscription : 04.91.95.63.45
ou contact@santesud.org

Nouvelle campagne de Santé Sud Santé Sud ne soigne pas les plus vulnérables.

Ce sont les professionnels locaux qui s'en chargent !

Santé Sud lance sa nouvelle campagne de sensibilisation qui illustre parfaitement sa devise « *agir sans remplacer* ». Sous diverses déclinaisons, la campagne sensibilise le public à l'importance de former les soignants dans les pays en développement plutôt que de dispenser les soins à leur place. N'hésitez pas à relayer le message auprès de votre entourage... Et merci de votre générosité !



Point rencontre « Santé mentale et interculturelité »

Mercredi 31 mars 2010 à 20 h

C'est une nouvelle formule de points rencontres que nous vous proposons autour de thématiques impliquant Santé Sud et d'autres acteurs de la solidarité internationale en région PACA. Le premier aura lieu le mercredi 31 mars 2010 à 20 h sur le thème de la santé mentale et de l'interculturelité à l'Espace Accueil aux Etrangers (22 rue Mathieu Stilatti, 13003 Marseille). Les panélistes, dont Marie Lépine, psychiatre, essaieront de savoir « Comment adapter sa pratique dans les sociétés traditionnelles ? »



Ce numéro vous a intéressé ?

Vous pouvez le télécharger sur le site www.santesud.org et l'envoyer à vos amis. Vous y trouverez également les précédents numéros.

Recevez des news par mail

Si vous ne recevez pas les annonces des événements de Santé Sud et ses publications par mail, c'est que... nous n'avons pas votre adresse mail.
Merci de l'envoyer à contact@santesud.org