

Un programme-pilote



Pour comprendre tout l'intérêt et l'importance du projet de Santé Sud en Mongolie, il faut le replacer dans son contexte : celui d'un pays déstabilisé par l'effondrement du système soviétique qui a entraîné une désorganisation des services sanitaires et sociaux, avec des répercussions graves sur la santé individuelle, puis d'un pays engagé dans un processus de démocratisation et de modernisation que certaines ONG ont accompagné. Parmi elles, Santé Sud, présente en Mongolie depuis 1994. Elle y mène son 4ème projet.

Un premier projet, de 1994 à 1999, avait permis d'améliorer la qualité des soins dans les structures sanitaires de l'Uvurkhangai et plus particulièrement à l'Hôpital Régional d'Arvarkheer, à travers des actions de formation, d'équipement et de réhabilitation en partenariat avec le Ministère de la Santé.

Un second projet, en 2000-2001, avait porté sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, dans le principal établissement d'accueil, à Batsumber, en partenariat avec l'association Buyant Uils, une association mongole d'aide aux personnes handicapées sans ressources et sans familles.

Enfin, Santé Sud a mené de 2003 à 2006 un programme d'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations du Sélengué. Cette Province, frontalière de la Russie, se trouve au Nord de la Mongolie. Elle est traversée par la voie de chemin de fer du Transsibérien. Sa capitale est Sukhbaatar.

La province du Sélengué compte 20 sums qui correspondent à nos départements. Chacun d'eux a son gouverneur, son école, son hôpital qui est, en réalité, un gros centre de santé.

La province compte également deux hôpitaux de district et l'hôpital régional de Sukhbaatar.

Ce système est en voie de restructuration et le projet conduit par Santé Sud de 2003 à 2006 visait à repositionner ces hôpitaux de sum sur la première ligne de soins, c'est à dire sur les soins de santé primaires, renforcés du fait de leur médicalisation par la pratique d'une médecine de famille. Il a été mené avec les 20 hôpitaux de première ligne, dits «hôpitaux de sum», et comportait trois volets :

- La définition et la mise en œuvre de projets d'établissement,
- La formation du personnel médical et para-médical,
- La fourniture de matériels et d'équipements.

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 au niveau, cette fois, des trois hôpitaux de référence du Sélengué : Sukhbaatar, Hotol et Zuunghara.

Cette nouvelle « tranche » qui démarre le 1^{er} mars sera menée sur trois ans.

Un état sanitaire préoccupant, une démocratisation rapide

Dès 1990, on assiste en Mongolie, pays de nomades éleveurs, à un exode rural et à une augmentation considérable du chômage, de la pauvreté, de l'alcoolisme. Plus d'un tiers de la population vit dans la pauvreté, principalement dans les banlieues d'Oulan Bator et dans les zones rurales.

Les conditions climatiques hivernales sont extrêmement rudes, avec des températures proches des -40°C .

Le dzud de l'hiver 2000-2001 - catastrophe naturelle avec des neiges si importantes qu'elles empêchent le bétail d'accéder à l'herbe pour se nourrir - a tué plus de six millions de têtes de bétail et renforcé encore l'exode rural et la pauvreté.

D'autre part, la Mongolie, immense pays (trois fois la France), très peu peuplé (2,5 millions d'habitants), a des réseaux de communication difficiles

et insuffisants : les routes et les pistes sont en mauvais état, les réseaux téléphoniques se développent mais incomplètement. Le problème de l'accès à l'eau potable reste une priorité dans tout le pays.

La population mongole est jeune : un tiers de la population a moins de 15 ans. L'espérance de vie en Mongolie est d'environ 65 ans.

Dans le domaine de la santé, les principaux problèmes sont liés :

- à la pauvreté (alcoolisme, dépression, violences, enfants des rues),
- à l'accès à la nourriture, aux traditions alimentaires

(alimentation trop salée, trop grasse, trop riche en viande, trop pauvre en légumes et en fruits, et de qualité douteuse ; plus de 10% des enfants mongols souffrent de malnutrition),

- aux infections (maladies sexuellement transmissibles, hépatite C, tuberculose),

- aux accidents de la voie publique,

- aux problèmes de l'accès aux soins pour les populations

les plus vulnérables : les zones rurales ont été délaissées au profit des villes ; bien que la grande majorité de la population bénéficie de l'assurance maladie, les personnes doivent généralement payer pour se soigner, en particulier pour l'achat de médicaments souvent de mauvaise qualité ; et on assiste au développement rapide d'un système de soins privatisé et payant. Les principales causes de mortalité chez l'adulte



D.R.

sont les maladies cardiovasculaires, les cancers (du foie principalement) et les accidents. La couverture vaccinale est très bonne (près de 98% de la population). D'autre part, la médecine traditionnelle (très développée en Mongolie) et la médecine occidentale cohabitent très bien. Il y a d'ailleurs deux universités de Médecine en Mongolie : l'une traditionnelle (privée) et l'autre occidentale (publique).

L'aide internationale au développement, les ONG, accompagnent cette profonde, rapide et difficile transition vers la démocratie.

Sylvie Germain

Elle prévoit :

- Le renforcement des compétences de 12 « facilitateurs » mongols, véritable « corps de spécialistes » de la démarche de projet en milieu hospitalier,
- L'accompagnement des hôpitaux de référence dans l'élaboration de leur projet,
- La formation des cadres en management et gestion

hospitalière, ainsi que la formation du personnel en soins médicaux et soins hospitaliers,

- L'optimisation de la prise en charge des patients allant de la première ligne à la référence, par une mise en réseau de toutes les structures de santé.

La force du projet de Santé Sud est qu'il s'appuie sur le système mongol et qu'il est mené en partenariat

avec le Centre National pour le Développement de la Santé (National Center of Health Development) qui est une branche du Ministère de la Santé et le gouvernorat de la province du Sélengué.

L'objectif est de reproduire la démarche dans d'autres provinces, en s'appuyant sur le réseau des « facilitateurs » mongols formés par Santé Sud.

Un nouveau métier : facilitateur

Un interview du Pr. Jacques TASSY

Médecin des Hôpitaux et professeur associé à la Faculté de Médecine de Marseille, le Professeur Jacques Tassy est membre de Santé Sud depuis 2001.

Il a mis au service de l'Association - pour laquelle il a réalisé 10 missions - sa connaissance des pays en développement et ses compétences en matière de santé publique. Il est le référent Technique de Santé Sud pour le Projet Mongolie. Il évoque la collaboration avec les professionnels mongols.

Dans la démarche de projet que vous avez menée en Mongolie, vous vous êtes appuyés sur une équipe de professionnels mongols, baptisés « facilitateurs ». de quoi s'agit-il ?

Facilitateur, c'est un rôle très précis. Sachant que nous allions amener les équipes des 20 hôpitaux ruraux dits « de première ligne » de la Province du Sélengué à entreprendre une démarche bien particulière et très nouvelle pour eux, nous voulions qu'elles soient guidées, que leurs guides soient des mongols et que ceux-ci puissent ensuite faire la même chose ailleurs.

On a demandé à nos partenaires mongols de désigner huit médecins de santé publique : six appartenaient au Centre National pour le Développement de la Santé (National Center of Health Development : NCHD) et deux à la Direction Régionale de la Santé du Sélengué.

Nous leur avons dispensé une formation sur la démarche de projet, sous forme de plusieurs modules animés par des experts français - membres bénévoles de Santé Sud - pour les préparer à leur tâche : piloter le travail d'élaboration du projet des 20 hôpitaux.

Le rôle des facilitateurs était d'accompagner la démarche de projet en expliquant au fur et à mesure les différentes étapes :

- étude de l'environnement externe,
- étude de l'environnement interne,
- inventaire des problèmes à résoudre,
- choix des résultats à atteindre,
- activités à mettre en œuvre pour atteindre ces résultats,
- moyens nécessaires pour mettre en œuvre ces activités.

Les étapes devaient être dévoilées l'une après l'autre afin que les équipes (très intéressées par les moyens !) ne soient pas tentées de brûler les étapes.



Les facilitateurs travaillaient par binômes, et se rendaient une fois par mois dans chaque hôpital afin de superviser le travail accompli et expliquer le travail à venir.

Ils se sont bien approprié la démarche et cela s'est très bien passé.

Dans chaque hôpital, une dizaine d'agents - pratiquement tous des femmes - se sont ainsi réunis régulièrement. Tout le monde s'est impliqué dans la définition et la résolution des problèmes, différents d'un centre à l'autre, et ce sont 20 projets spécifiques qui ont ainsi été élaborés. Avec une contrainte commune qui liait tout le monde : le bailleur (la Communauté Européenne), l'opérateur (Santé Sud) et le partenaire (le NCHD) : il s'agissait de développer la médecine de famille et les soins de santé primaires.

Le projet a ainsi été élaboré par les gens eux-mêmes et par les superviseurs qui étaient à la fois concepteurs et accompagnateurs de la démarche.

Nous parlons de « facilitateur », mais cela va bien au-delà, c'est une véritable compétence de pilote de projet qu'ils ont développée. C'est un nouveau métier - un métier de spécialiste - qui est en passe de naître.

Dans la seconde phase de notre projet Mongolie quatre nouveaux facilitateurs s'ajouteront aux huit



existants. C'est au total une équipe de 12 personnes qui sera ainsi formée à un métier d'avant-garde, qu'ils pourront exercer dans d'autres régions ou qu'ils pourront transmettre à d'autres.

Le projet s'est-il heurté à des réticences ?

Lorsque nous avons présenté le projet à nos partenaires, ils ont vraiment senti qu'il y avait là quelque chose de nouveau.

C'était une approche inédite, notamment dans sa composante participative, peu présente dans les habitudes héritées de l'ancien système politique très centralisateur.

Notre appréhension concernait les médecins-chefs qui pouvaient craindre de perdre un peu de leur pouvoir, mais le projet les a intéressés : ils ont compris et, dans l'ensemble, ils ont vraiment joué le jeu.

Dans ce contexte, les facilitateurs représentaient le pouvoir central. Nous, ce qu'on voulait, c'était que les équipes travaillent ensemble, en toute indépendance et en toute liberté.

Les agents hospitaliers n'ont compris que progressivement le but du projet. Au final les gens ont été vraiment très contents, ils ont dit : « C'est la première fois qu'on peut s'exprimer sur nos conditions de travail et sur nos besoins ! Il faut le faire ailleurs, dans les écoles, partout... ! »

Quels sont à votre avis les principaux facteurs du succès de cette action ?

D'abord le fait qu'elle soit inscrite dans « le système », que ce soit une activité officialisée. Ensuite la mise en place de facilitateurs qui présentaient les deux qualités essentielles pour cette fonction : une bonne maîtrise technique et un certain ascendant.

Ce que nous avons apporté à notre partenaire, le NCHD, et aux facilitateurs, c'est une démarche nouvelle, en d'autres termes, « de l'avant-garde ».

Buhuu, Coordinatrice



PORTRAIT

Buhuu veut dire en mongol « la solidité », et effectivement, on peut compter sur elle ! Elle a formé avec Sylvie Germain, médecin coordinateur français, le « duo de choc » qui a mené à bien la première étape du projet « Sélengué ». D'abord Interprète, elle est devenue Coordinatrice Administrative pour la deuxième phase du projet. Elle en assure la continuité après le départ de Sylvie Germain dont la mission a pris fin en 2006.

Au moment de l'effondrement du bloc soviétique en 1990, Buhuu a 15 ans. Elle est l'aînée de cinq enfants. Sa famille est originaire du Gobi Altaï (au Sud -Ouest de la Mongolie), mais pour assurer l'avenir de leurs enfants, les parents de Buhuu viennent s'installer dans la capitale mongole, Oulan Bator, en 1980. Le père et la mère sont médecins. Buhuu se destine à la médecine, mais en 1992, elle décide de se tourner vers les langues étrangères. Elle pressent déjà tous les débouchés que pourrait donner le métier d'interprète dans un pays en plein bouleversement qui vient de s'ouvrir à la démocratie et au reste du monde. Buhuu choisit la langue française, pressentant qu'à l'avenir les interprètes francophones seront moins nombreux et plus recherchés : sens de la stratégie et des relations humaines ! Mais aussi une personnalité chaleureuse, dotée d'intelligence et de tact, ce qui lui permet d'évoluer partout avec aisance. Un atout précieux pour Santé Sud qu'elle représente en Mongolie.

Le propre des démarches de développement est que l'on introduit une nouvelle rationalité dans la rationalité du partenaire, donc de l'irrationalité dans sa rationalité ! Mais il ne faut pas vouloir imposer

son « produit » tel quel, car s'il n'y a pas de transformation, il n'y a pas d'appropriation. La transformation partielle du produit, c'est le prix de l'appropriation !

Du sentiment de manque... à la dynamique de

Tous les professionnels de l'aide au développement vous le diront : ce qu'ils entendent le plus souvent dans les pays d'intervention est un discours sur le manque « manque de matériel, manque de médicaments, manque de personnel... » et, ce que l'on attend d'eux en priorité ce sont, bien souvent, des équipements.

Tous les bénéficiaires de l'aide au développement vous le diront : ce qu'ils reçoivent est bien souvent un matériel inadapté aux besoins, qui ne peut fonctionner dans les conditions locales, mal ou pas utilisé, ne pouvant être entretenu...

La déception est réciproque.

Aussi, pour Santé Sud, la fourniture d'équipement n'est jamais un préalable, mais une conséquence, un aboutissement et ne va jamais sans une étude des besoins des patients et une formation du personnel.

La Mongolie n'échappait pas à la règle. L'étude anthropologique réalisée en Mongolie, en avril 2006, par Aline Mercan et Ashley Ouvrier, pour apprécier les résultats des actions menées, illustre le problème de l'aide matérielle et combien son inscription dans un projet global la rend plus pertinente. Mais elle illustre aussi ce qu'est une dynamique de changement.



Formation sous forme de jeux de rôle

L'étude met en lumière deux éléments de contexte qui - lors de l'enquête effectuée dans six des 20 hôpitaux de sum concernés - sont apparus comme déterminants :

- La prégnance de la culture hiérarchique,
- L'importance du « discours sur le manque » : là où le manque est criant (médicaments injectables, médecin-chef), les discours sont quasi obsessionnels sur cette carence. Patients comme soignants développent des demandes qui vont des plus légitimes (le chauffage, une voiture qui fonctionne, davantage de personnel) à d'autres moins prioritaires en termes médico-sanitaires (des journaux, un nouveau parquet, la télé, une salle de gym pour maigrir...).

Ces deux éléments se retrouvent dans les résultats de l'enquête :

La fourniture de matériels apparaît en effet comme l'élément le plus significatif du programme de Santé Sud. Ce matériel a souvent « permis de reprendre une activité médicale, de répondre à des besoins de base et d'améliorer l'organisation des soins » :

« Avant j'allais chercher l'eau au fleuve, je devais casser la glace l'hiver et puis on lavait le linge sale dans le fleuve avec les gens qui boivent cette eau plus loin. Avec les puits, tout a changé »... « Avant pour la stérilisation, il fallait toujours faire bouillir l'eau, maintenant, on a l'autoclave ».

changement



L'hôpital de Sant



Livraison de literie

A l'amélioration des conditions de travail et de soins s'ajoute aussi l'apport symbolique de ces matériels neufs, rendant à un bâtiment délabré un vrai statut d'hôpital de sum :

« Presque tout le matériel de l'hôpital vient de Santé Sud, maintenant on est fiers d'accueillir les gens dans de bonnes conditions »... « Avant on utilisait une seule aiguille pour les injections que l'on faisait bouillir, j'avais honte. Avec le matériel jetable, je me sens à l'aise avec les patients ».

Mais l'apport de matériel s'est fait sur la base de la demande des hôpitaux à partir d'une analyse participative de leur environnement spécifique. Ainsi Bayangol avait besoin de matériel de réanimation du fait de la proximité de la route d'Oulan Bator, avec de

fréquents accidents. A Zuunburen, les soignants ont effectué des commandes de vélos afin de faciliter les trajets de nuit pour les appels urgents. Les professionnels de santé ont ainsi eu l'occasion de réfléchir à leurs besoins spécifiques au lieu de recevoir un matériel stéréotypé.

La dynamique relationnelle créée par la participation à la définition d'un projet apparaît aussi comme une vraie révolution, dans une culture très hiérarchique :

« Tout le monde participait, chacun décrivait ses besoins mais prenait aussi conscience de ceux des autres. A la fin, on passait des nuits blanches pour écrire le projet »... « Grâce au projet, on a appris à travailler en équipe, donc à chaque fois qu'on a un problème, on a pris l'habitude de discuter »... « C'est la première fois que tout le monde participait, cela a amélioré les relations dans l'équipe, tout le monde s'exprime »... « La hiérarchie est un grand mur, une barrière. Le projet Santé Sud a permis d'améliorer un peu cet état de fait ».

Elle a aussi parfois modifié chez certains soignants leur perception de la médecine :

« Je ne savais pas qu'il fallait connaître les conditions de vie des patients pour pratiquer la médecine... ». « Avant, on pratiquait la médecine comme des inspecteurs de police, maintenant on s'intéresse vraiment aux gens ».

Ainsi, le projet a libéré la parole et l'écoute mais aussi dynamisé les réseaux aussi bien à l'échelon national que régional et local, en favorisant la communication à des niveaux où elle ne passait pas toujours, avec des effets induits intéressants :

- effet de contagion sur l'environnement : « Quand une administration se mobilise et essaie de s'améliorer, cela stimule et encourage toutes les administrations locales » ;
- amélioration de la communication entre le Ministère de la Santé et les hôpitaux de sum, par le biais des facilitateurs qui ont pris conscience des conditions de vie des soignants.

Des équipements indispensables

En 2005, les personnels des hôpitaux de sum ont reçu les équipements de base demandés dans leurs projets d'établissement, et dont ils manquaient cruellement : matériel

- infirmier (brancards, attelles...),
- médical (otoscope, stéthoscope, bandelettes...),

- gynécologique,
- de stérilisation (autoclave, distillateur d'eau...),
- de petite chirurgie (pinces, fils de suture...), aiguilles et seringues à usage unique,
- literie (draps, couvertures...),
- électroménager (machine à laver, cuisinière, réfrigérateur...).

Buhuu et Sylvie avaient étudié les demandes, préparé les devis, signé les contrats, accompagné la mise en place et la bonne utilisation des matériels. Grâce à leur savoir-faire avec les fournisseurs mongols - peu habitués aux lois du marché - tous les équipements ont été livrés dans les délais, tous les équipements défectueux remplacés ou réparés gratuitement.

En 2005-2006, Buhuu et Sylvie ont étudié la deuxième commande d'équipement, en fonction des priorités de chaque hôpital, ce qui a représenté des milliers de kilomètres à travers la steppe et la taïga, d'hôpital de sum en hôpital de sum, en jeep 4x4 russe, conduite par le chauffeur Naran. Dans cette commande, ont été inclus des travaux de réhabilitation jugés indispensables, comme des puits et des chauffages (le froid et le manque d'eau potable sont des problèmes majeurs en Mongolie).

Du mobilier, des motos pour les urgences ont notamment été livrés... Enfin, tous les hôpitaux de sum sont aujourd'hui dotés d'un extracteur d'oxygène et les personnels ont été formés à leur utilisation.