

Rapport de Stage Humanitaire à l'Hôpital Régina Pacis de Lomé, Togo Juillet 2015

Mahaut BERTRAND & Justine ROUSSEL
Étudiantes en DCEM4
Faculté de médecine de Dijon, France



I. Introduction

II. Le Togo en Bref

III. L'association SOSVOL

IV. L'Hôpital Régina Pacis

A. Le stage

1. Organisation générale

2. Différents services

a) La Maternité

b) Service de Médecine Générale

c) Le laboratoire

d) La pharmacie

e) Le bureau de soins et de petite chirurgie

f) Le bureau VIH

3. Notre rôle au cours du stage

B. Nos recommandations

V. Système médical togolais

A. Pyramide de soin

B. Formation médicale et paramédicale

C. Prise en charge du coût de la santé

D. Entre Togo et France : des pratiques bien différentes

1. Pathologies variées

2. Omniprésence de Dieu

3. Rôle de la famille

4. Rapport au temps et notion d'urgence

5. Relation médecin-malade

VI. Immersion culturelle/vie au village

- A. Accueil inoubliable à Wonougba**
- B. Kpéssi et le lac Togo**
- C. Visite d'une pouponnière à Lomé**
- D. Un week-end à Wotikpo**
- E. Kara et ses fêtes traditionnelles**

VII. Conclusion

I. Introduction

Étudiantes en fin de 6ème année à la faculté de médecine de Dijon, il nous a été offert cet été la possibilité de réaliser un de nos stages hospitaliers à l'étranger. Nous avons voulu saisir cette opportunité afin d'appréhender une médecine et une culture différentes de la nôtre, et de découvrir les milieux associatif et humanitaire. Suite à de nombreuses recherches sur internet, nous sommes entrées en contact avec l'association togolaise SOSVOL qui propose des stages humanitaires dans différents domaines dont celui de la santé. Après plusieurs échanges à propos de nos objectifs et attentes de stage avec le directeur de l'association, nous avons décidé de nous envoler pour Lomé afin de réaliser un stage de 4 semaines au sein de l'hôpital de proximité Regina Pacis.

II. Le Togo en bref

Le Togo est un petit pays de l'Afrique de l'Ouest (56600 km², soient 1/10e de la France) situé dans le golfe du Bénin, entre le Ghana à l'Ouest, le Bénin à l'Est et le Burkina Faso au Nord.

Sa capitale est Lomé, peuplée d'environ 2 millions d'habitants et s'étendant sur des dizaines de kilomètres au bord de l'océan Atlantique. Elle est directement frontalière avec le Ghana.

La population se compose de plus de 6,2 millions d'habitants dont la moitié à moins de 15 ans et les trois quarts vivent en zone rurale. Elle se partage en plus de 40 ethnies, originaires des 4 coins de l'Afrique et donnant au Togo sa réputation de carrefour et son surnom d'« Afrique en miniature ». On le surnomme également « étoile de l'Afrique » grâce à la variété de ses paysages. En effet, le pays se compose de 5 régions bien différentes entre elles ; du sud vers le nord : la région Maritime, la région des plateaux, la région centrale, la région de Kara et la région des Savanes.

Le pays est devenu indépendant le 27 avril 1960, après de longues années passées sous mandat français. Le régime politique actuel est une république démocratique, dont le président est Mr Faure Essozimna Gnassingbe. Il succéda à son père Mr Eyadéma Gnassingbe lors de sa mort en 2005, après 40 ans de « règne ». Il a été réélu en mai 2015 pour la 3ème fois consécutive.

La langue officielle du Togo est le français, et les deux langues nationalement reconnues sont l'éwé, parlée majoritairement dans le sud du pays, et le kabyè dans le nord. Mais il existe en réalité des dizaines de dialectes.

La culture religieuse est traditionnellement très présente au sein de la population. Les Togolais sont pour majorité animistes (80%), puis chrétiens (18%), et enfin musulmans (2%).

Le Togo est un pays pauvre, dont 58,3% de la population vivent encore sous le seuil de la pauvreté.

La monnaie est le franc CFA (1 euro= 655, 95 francs CFA)



III. L'association SOSVOL

« La SOSVOL » est une association humanitaire apolitique à but non lucratif jeune et dynamique qui a vu le jour officiellement en 2008. Elle a été fondée par une dizaine d'étudiants togolais désireux d'apporter leur aide à la population locale en difficulté. Elle est aujourd'hui composée de 7 bénévoles locaux permanents dont le projet est d'agrandir encore « la famille », et de nombreux sympathisants. Le siège et le logement de l'association se trouvent dans la périphérie de Lomé, dans le quartier d'Adidogomé. C'est le point de ralliement de tous les bénévoles locaux et expatriés.

SOSVOL s'engage activement dans de nombreux domaines d'action : la santé, l'enfance, l'éducation, l'environnement et l'échange culturel à travers des missions de solidarité internationale comme les camps chantiers, les stages humanitaires, les missions de volontariat en groupe et les vacances solidaires. Par exemple : missions de soutien scolaire, construction de latrines, intégration familiale, aide aux champs, sur les marchés... De nombreux projets ont déjà été réalisés, et bien d'autres encore sont en recherche de financement. Tous sont issus d'une collaboration étroite avec les populations concernées. En effet, les besoins du village sont déterminés initialement par les habitants eux-mêmes en association avec le CVD (Comité Villageois du Développement). Ils sont ensuite mis en place et réalisés dans le cadre d'une mission par des volontaires locaux et expatriés, dans un esprit d'échange et de solidarité. Certaines missions sont également réalisées en partenariat avec d'autres associations. Pour exemple : rénovation d'une bibliothèque pour enfant au CHU de Lomé avec l'équipe lilloise d'orthophonistes Ortho 'go, consultations médicales ambulatoires au village en association avec Mission Humanitaire... Deux antennes françaises de SOSVOL ont été créées il y a quelques années : une dans la région Nord Pas-de-Calais et une en Alsace-Lorraine.

IV. L'hôpital Régina Pacis

L'établissement Regina Pacis (RP) est un hôpital catholique de proximité ou centre médico-social, dirigé de façon autonome par des sœurs. Il a été créé en 2003 par l'OCDI (Organisation pour la Charité et le Développement Intégral) du diocèse de Lomé.

Il est situé dans la banlieue de Lomé, dans le quartier d'Adidogomé, drainant ainsi une grande partie de la population défavorisée de la capitale.

A ses débuts, l'équipe se composait seulement de quelques infirmières, sages-femmes et accoucheuses, en plus des sœurs qui géraient l'administration. Aujourd'hui, l'équipe a bien grandi et se compose de 33 salariés.

C'est un petit hôpital, comprenant :

- un service de médecine générale avec trois salles de consultations, une chambre d'hospitalisation d'hommes, une de femmes et une d'enfants, chaque chambre contenant 4 à 5 lits. - un bureau de soins tenu par les infirmiers où ont lieu tous les soins de première nécessité.
- une salle de pansements et petite chirurgie.
- une maternité avec une salle de consultation, une salle d'accouchement, deux chambres de suites de couche (immédiates et précoces) et une salle d'échographie.
- une petite pharmacie,
- un laboratoire.

Il n'existe pas de service d'urgence à proprement parler. Un patient nécessitant des soins urgents sera directement dirigé vers le service concerné selon ses symptômes.

La directrice, sœur Christine, projette d'ouvrir également une salle de radiologie, qui est actuellement en cours de construction, ainsi qu'un bloc opératoire -pour pratiquer des césariennes essentiellement- qui lui, est encore en recherche de financement.



*Chambre d'hospitalisation
avec 2 lits médicalisés*

○ *Entretien avec la sœur Christine :*

« Ce centre à but non lucratif, a pour objectif de marquer la présence de l’Eglise catholique au sein de la population pauvre et de se rapprocher de la population en favorisant les soins curatif par l’éducation de la population et accordant les soins curatifs en cas de nécessité évidentes. [...] Aujourd’hui, l’hôpital roule sur ses propres fonds, [...] l’hôpital ne bénéficie d’aucun financement externe ni de subventions de la part l’Etat. Avec nos recettes ici de la pharmacie, du laboratoire et les maigres frais de consultations nous arrivons à joindre les deux bouts en payant les salaires du personnel. [...] Nous sommes à la recherche de partenaires qui peuvent nous aider à travers divers dons pour nous permettre d’augmenter le plateau technique et nous faire grandir le centre».

A. Le stage :

1. Organisation générale :

La journée de travail commence toujours à 7h du matin par une prière collective au sujet de l'épidémie d'Ebola suivie d'une lecture de l'évangile. Elles ont lieu dans le hall de réunion et tout le personnel est

tenu d'y participer. Une fois par mois, une messe est organisée dans le hall principal, animée par le père du district.



La salle de prière à l'étage

Le service de jour commence à 7h30 pour tout le personnel. Il se termine à 15h pour la maternité, le bureau des soins et le laboratoire; et à 17h30 pour le service de médecine générale. Là commence la garde, qui durera jusqu'au matin, 7h30. Toutes les nuits sont de garde soit l'assistant médical, soit le Dr Atitche, une accoucheuse ou une sage-femme et un infirmier. La permanence des soins est ainsi assurée 24h/24, 7 jours/7.

Le matin, l'affluence est en règle générale d'abondance moyenne, tous les patients pouvant normalement être vus avant 13h. L'après-midi est par contre très calme : on ne voit souvent qu'une dizaine de patients maximum, en consultation primaire/d'urgence ou avec les résultats d'examen complémentaires. Par ailleurs, les jours de pluie, personne ne se déplace à l'hôpital, hormis les véritables urgences.

2. Différents services :

a) La Maternité

La maternité se compose d'une salle de consultation, d'une salle d'accouchement et enfin d'une salle d'hospitalisation post-natale gérée par des sages-femmes et accoucheuses.



Salle de consultation

Les consultations prénatales obligatoires sont au nombre de quatre et respectent toujours les mêmes temps.

Premièrement, l'accoucheuse ou la sage-femme demande à la patiente son carnet de suivi et son prélèvement d'urine pour vérifier à la bandelette urinaire l'absence de sucre et d'albumine. Ensuite, elle calcule le terme et l'âge gestationnel et vérifie les antécédents de la patiente ainsi que la vaccination antitétanique. Une patiente enceinte doit recevoir 3 injections antitétaniques durant sa grossesse, et sera considérée comme immunisée à vie si elle en reçoit au moins cinq.

L'interrogatoire -en Ewé, la langue locale- reste très succinct et se restreint à la présence ou non de douleur ou pertes de sang anormales.

A l'examen physique, elles vérifient les conjonctives à la recherche d'une anémie, la hauteur utérine, les bruits de cœur fœtaux grâce à un stéthoscope obstétrical de Pinard, et enfin, le col utérin et les pertes par un toucher vaginal. S'il s'agit du premier rendez-vous prénatal, un examen bilatéral mammaire est systématique.

Enfin, la sage-femme rédige les prescriptions adaptées d'examens complémentaires et/ou médicamenteuses. A partir de 16 semaines

d'aménorrhée (SA), chaque patiente devra recevoir le traitement préventif du paludisme. L'ensemble de la consultation est reportée sur le carnet de suivi en français.

A la première consultation, un examen initial de grossesse est demandé comprenant les sérologies (VIH et Syphilis), la détermination du groupe sanguin, NFS (hémoglobine et globules blancs), Goutte Epaisse (visualisation du parasite responsable du paludisme au microscope), glycémie à jeun et bilan lipidique. Tout ce bilan est, bien sûr, à la charge de la patiente, et de ce fait, pas toujours réalisé intégralement.

Trois échographies obstétricales, une par trimestre, sont aussi demandées et peuvent être réalisées sur place, par un gynécologue, tous les jeudi après-midi. La plupart du temps, les femmes n'en réalisent qu'une seule, à partir de la 30ème SA.

En cas de grossesse compliquée ou à risque, les femmes sont dirigées vers un centre plus compétent. (CHU)

NB : l'interruption volontaire de grossesse est illégale au Togo.



Salle d'accouchement

Les accouchements sont réalisés par la sage-femme ou l'accoucheuse de garde dans des conditions relativement précaires. Ces-dernières sont seules pour s'occuper à la fois de la mère et de l'enfant et ont donc une énorme responsabilité. On compte environ 40 accouchements par mois et curieusement, ils arrivent essentiellement la nuit (pour une question de pudeur, paraît-il). De la salle de travail à la table d'accouchement, la femme est seule, le conjoint n'ayant pas la possibilité d'assister à l'accouchement. Il nous a semblé que les femmes - primipares et parfois très jeunes - ne reçoivent que très peu d'explication sur le déroulement de l'accouchement. La femme ne doit ni se plaindre, ni crier et « accepter sa souffrance afin de garder un maximum de ses forces pour le bien-être de l'enfant à naître » (accoucheuse). Il n'y a évidemment pas d'anesthésie péridurale. En cas d'urgence vitale la patiente est immédiatement référée au CHU, l'hôpital étant dépourvu de matériel et compétences de réanimation. Après la délivrance, les premiers soins sont donnés à l'enfant (toilette, soin du cordon, séchage) puis à la mère (tonus utérin, suture, toilette...). L'accoucheuse dépose alors le nouveau-né près de sa mère pour initier rapidement l'allaitement.

L'allaitement artificiel, pour des raisons économiques et culturelles, n'est jamais proposé. Les patientes et leur nouveau-né restent alors en théorie 48 à 72h hospitalisés pour surveillance étroite, mais dans la plupart des cas, le couple mère-enfant sort au bout de 24h. Tout le matériel nécessaire à l'accouchement et aux soins du bébé est entièrement à la charge de la patiente. Un accouchement coûte environ 3000 CFA soient 4.5 euros. Elle doit également apporter ses propres pagnes qui serviront de draps pour recouvrir la table d'accouchement, son lit de suites de couches, et pour envelopper son enfant.

Les consultations post-natales sont aussi obligatoires, ce sont des consultations rapides au cours desquelles l'accoucheuse surveille le tonus utérin, la fermeture du col, la couleur et l'odeur des pertes vaginales par un toucher vaginal.

L'examen du nourrisson est très primaire et en cas de doute, la sagefemme oriente la patiente chez un pédiatre.

Le service de maternité est aussi responsable des vaccinations, celles-ci se déroulent tous les mercredi matin sous la paillote sans rendez-vous. Les femmes arrivent toutes à 7h30, les accoucheuses récupèrent alors tous les carnets de vaccination et note le numéro de lot. Elles pèsent ensuite les enfants chacun leur tour, puis, après préparation de tous les vaccins, c'est le travail à la chaîne, elles piquent un à un les enfants. On entend alors des vagues de pleurs dans tout l'hôpital.



Paillote des vaccinations.

b) Le service de Médecine Générale

Le service de médecine générale à proprement parler est partagé entre trois salles de consultations et le service d'hospitalisation. Il est dirigé par deux médecins généralistes : Dr Trom, spécialisé en maladie infectieuse, travaillant encore à temps plein à plus de 74 ans, et Dr Atitche, jeune médecin généraliste en cours de spécialisation en médecine du travail.

Les consultations ont lieu tous les jours dès 7h30 et sont assurées par les deux médecins et l'assistante médicale de jour. Si des patients sont hospitalisés, la visite du service est effectuée à 7h30 par le Dr Atitché, l'assistante médicale et au moins un infirmier de l'équipe.

Le parcours de soin est très organisé, bien qu'il n'existe pas de système de rendez-vous. Suivons le parcours de Koffi, nouveau patient à Regina Pacis:

Koffi arrive dans la cour principale et se présente au bureau des entrées, afin de payer et d'obtenir un bon de consultation et son carnet de santé. En effet, les consultations sont payantes, et valent 500 francs CFA. Il se dirige ensuite sous la paillote principale afin que l'infirmier prenne ses constantes : température, poids et tension artérielle. S'il présente de la fièvre, l'infirmier lui prescrit systématiquement une injection intraveineuse de RESTRIVA, un puissant antipyrétique, ainsi qu'un test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme. Puis Koffi va attendre selon l'ordre d'arrivée des malades pour voir indifféremment le médecin ou bien l'assistant médical.

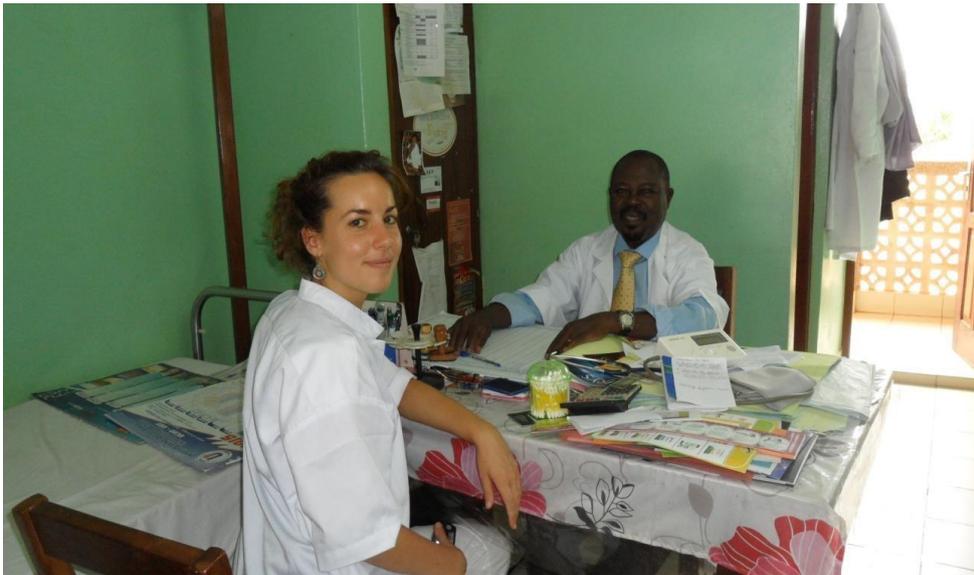
Les consultations sont en général très rapides. Le médecin recueille les symptômes, propose une hypothèse diagnostique, prescrit parfois des examens complémentaires, et rédige une ordonnance, le tout étant consigné dans le carnet de santé en français. L'examen somatique du malade est toujours très sommaire (couleur des conjonctives, palpation abdominale) voire absent.

Chaque patient doit apporter son pagne (grand morceau de tissu) pour pouvoir s'allonger sur la table de consultation, dans un souci d'hygiène. Le traitement est très souvent probabiliste, la certitude diagnostique étant peu recherchée. En effet, les examens coûtent chers et ne sont pas disponibles immédiatement. Il faut alors se rendre au CHU de Lomé, déjà débordé (et surnommé par les habitants « le mouiroir ») ou dans une autre structure privée pour pratiquer une simple radiologie ou un bilan sanguin plus complexe. Par exemple, les céphalées et la fièvre sont presque toujours traitées comme un accès palustre simple, les douleurs abdominales comme une parasitose digestive, les dermatoses comme des staphylococcies cutanées etc...

NB : 80% des consultations sont liées au paludisme.

Koffi ne sera hospitalisé que si son état de santé est très grave et nécessite une surveillance très rapprochée. En effet, le nombre de lits d'hospitalisation étant limité et coûteux, on ne garde les malades qu'en cas de nécessité absolue.

Après la consultation, Koffi se dirige vers le bureau des soins si des soins primaires immédiats lui ont été prescrits (injections, pansements, petite chirurgie...), vers le laboratoire s'il doit réaliser une prise de sang, ou vers la pharmacie s'il a besoin de médicaments. Il reviendra ensuite au bureau des soins afin que l'infirmier note la posologie et la fréquence des prises sur les boîtes, et/ou en salle de consultation apporter les résultats des examens au médecin. Et la boucle est bouclée, Koffi peut rentrer chez lui.



Dr Trom et Justine, en salle de consultation.

c) Le laboratoire

L'hôpital dispose d'un laboratoire tenu par trois laborantins. Tous les matins à partir de 7h30, les patients se succèdent pour leur prise de sang, goutte épaisse ou examen parasitologique des selles (EPS) prescrits par les médecins/assistants médicaux. Les analyses se font sur place, au microscope pour les EPS et à la machine automatique pour les NFS et la Biochimie. Sur place, les laborantins ont les moyens techniques d'analyser la NFS, la biochimie, la sérologie VIH, les GE, la sérologie syphilitique. Cependant pour l'ionogramme sanguin ou autres tests plus complexes, ils réfèrent au CHU. Toute l'équipe travaille en journée continue jusqu'à 15h, et transmet les résultats

manuscrits à l'accueil avant de quitter l'hôpital. Les patients peuvent alors venir chercher leurs résultats à partir de 14h.



L'équipe des laborantins : Jean-Claude, Gift et Philippe.

d) La Pharmacie

La pharmacie est tenue par un assistant en pharmacie et une sœur. Ils délivrent les médicaments aux patients ainsi que les gants et le matériel de soins demandé par prescription par les soigneurs. Par exemple, un test de diagnostic rapide du paludisme avec une paire de gant s'achète 100 CFA. Lors de la délivrance des médicaments, le patient ne reçoit aucune explication de l'ordonnance, ni sur la posologie, ni les contre-indications ou effets secondaires.

e) Bureau de soin et petite chirurgie

Le bureau de soins et la salle de petite chirurgie sont tenus par l'équipe des infirmiers. On y pratique les soins de première nécessité : injection d'antipyrétique, TDR du paludisme, pansements, sutures, nettoyage et désinfection des plaies... Ainsi que les soins prescrits par le personnel médical : injection d'antipaludique, antiémétique, pose de perfusion, vaccins...



Mahaut et l'équipe infirmière dans le bureau des soins.

f) Le bureau VIH

Au Togo, 2.4% environ de la population est séropositive pour le VIH, contre 0.23% en France. On comprend ainsi aisément les besoins très importants en matière de prestations de soins et de santé publique. C'est pourquoi, dans le service de médecine générale de Regina Pacis (RP), une salle de consultation est spécialement dédiée aux patients VIH. C'est là que sont entreposés tous les dossiers anonymes et que les médicaments antirétroviraux (ARV) sont stockés. Toutes ces consultations spécifiques sont gérées par l'assistante médicale.

Première étape dans la démarche de soins : le dépistage.

A l'hôpital RP, seuls les TDR (tests de diagnostic rapide) sont réalisés, à la charge du patient. En effet, ceux-ci sont beaucoup plus simples à réaliser (prélèvement d'une goutte de sang capillaire au bout du doigt) et à moindre coût comparé à la sérologie. Le résultat est disponible en moins de 15 minutes : antigène viral détecté ou non. De plus, la sensibilité de ce test est très bonne, proche de 100%. Ceci en fait un

bon test de dépistage, et permet de le prescrire aisément à la population. En France, le TDR est seulement prescrit dans le cas où il existe une exposition potentielle au VIH de plus de trois mois. Dans tous les autres cas, c'est la sérologie qui est utilisée.

Le dépistage est encouragé et assez largement prescrit par les médecins, mais les patients restent globalement réticents à réaliser ce test de manière spontanée. En effet, cette pathologie est, comme en Europe, responsable d'une importante stigmatisation. Sans être un véritable tabou, le patient n'en parle pas librement avec son médecin et encore moins avec sa famille. Nombreux sont ceux qui refusent le test, ou bien cachent le résultat à leurs proches, de peur d'être marginalisé.

La prise en charge :

Les résultats des TDR VIH sont déposés sous pli confidentiel dans les bureaux de consultation. Le patient est toujours reconvoqué dans l'après-midi pour la lecture du résultat. Si ce dernier se révèle positif, la prise en charge débute immédiatement après l'annonce du diagnostic.

Un bilan minimal à la charge du patient est prescrit de façon systématique : NFS, bilan rénal, bilan hépatique et taux de CD4 (Nb : les CD4 sont les globules blancs cibles du virus, responsables du déficit immunitaire lorsqu'un nombre trop important d'entre eux est détruit). Si le taux de CD4 est inférieur à 350/mm³, le dossier du patient peut alors passer devant un comité médical. Ce comité juge si le patient remplit les indications nécessaires pour bénéficier gratuitement du traitement adéquat (le critère principal étant le stade de la maladie). En effet les traitements ARV sont des médicaments extrêmement chers, et leur prescription est donc étroitement contrôlée. Si son dossier a été validé par le comité, le malade reviendra une fois par mois chercher ses 30 comprimés au bureau VIH. Ce système permet de suivre l'évolution de son état de santé régulièrement, s'assurer de la bonne observance du traitement et des mesures de prévention, mais aussi de limiter les reventes/redistributions des médicaments à l'extérieur des lieux de soins.

La prévention primaire :

Les patients restent globalement assez mal informés.

Du point de vue du grand public, des reportages télévisés concernant la prévention passent sur les ondes togolaises. Par exemple, nous avons vu des reportages, prônant souvent l'abstinence sexuelle des adolescents et jeunes adultes. Des panneaux d'information à l'entrée de certains villages sont aussi présents, encourageant le dépistage, ou là encore simplement l'abstinence des jeunes.

A l'hôpital RP, aucune affiche d'information sur le VIH n'est présente. La population est plutôt bien sensibilisée sur l'importance du dépistage, mais n'est que peu au courant des réels modes de transmission du virus. Nombreux sont ceux qui pensent que le simple fait de vivre ou de côtoyer une personne séropositive peut suffire à contracter la maladie. Par ailleurs, il est difficile d'évaluer l'utilisation des préservatifs. Compte tenu de la fréquence des grossesses précoces, on peut penser que son utilisation n'est que trop peu fréquente.

3. Notre rôle au cours de ce stage

Nous avons donc travaillé individuellement dans tous les services de l'hôpital, du lundi au vendredi, de 7h à 12h et de 15h à 17h, pendant un peu plus d'un mois.

Les deux premières semaines, nous avons tourné une semaine chacune à la maternité et dans le service de médecine générale. La troisième semaine nous avons découvert les autres services : le laboratoire, la pharmacie, la salle de soin, l'accueil et la prise de constantes. Et enfin la quatrième : nous tournions dans tout l'hôpital pour en apprendre le maximum. Nous nous partageons les services qui nécessitaient notre aide.

La première phase d'adaptation nous a permis de découvrir les manières de faire, le rôle de chacun, l'organisation de chaque service, la relation soignant-soigné et de rencontrer le personnel.

Au cours de cette première étape nous avons essentiellement observé, posé des questions, appris quelques mots en éwé, et trouvé notre place en fonction de chaque service et soignant. Puis petit à petit nous avons

participé, appris et échangé que ce soit avec le personnel ou avec les patients.

A la maternité, les consultations sont essentiellement en éwé. Il était assez difficile d'obtenir la traduction malgré nos demandes. Comme chaque consultation suit le même schéma, nous avons pu participer malgré la barrière de la langue. En pratique, notre rôle au début consistait à remplir les registres (rien n'est informatisé mais toutes les consultations sont enregistrées dans des cahiers d'archives). Puis, petit à petit nous remplissions le carnet de santé (en français), et parfois nous examinions les patientes. Au cours du stage nous avons gagné la confiance des accoucheuses et celles-ci nous laissaient examiner sans vérifier.

Pour les accouchements nous avons assisté à 2 ou 3 accouchements chacune seulement. Il est très difficile des trouver sa place. Le port de gant est obligatoire dans la salle, cependant, il faut être très vigilant et essayer de ne pas les changer trop souvent pour ne pas gâcher. Nous aidions l'accoucheuse au mieux, en lui apportant le matériel nécessaire. Nous pratiquons les premiers soins comme la toilette du nouveau-né à l'alcool.

En médecine, la phase d'observation a été plus courte, très vite nous avons appris à remplir les carnets de santé, participé à l'interrogatoire, lorsque celui-ci était en français, et à l'examen clinique. Nous prescrivions en accord avec l'assistant ou le médecin les examens complémentaires. Les traitements sont si différents de ceux habituellement prescrits en France, que l'apprentissage a été plus long pour la prescription. Nous avons eu la chance d'échanger et de poser beaucoup de questions sur les pratiques et le système médical togolais. En salle de soins, nous avons en général travaillé en binôme avec l'infirmier de garde. Nous avons observé les manières de poser une voie veineuse, faire une intramusculaire, un TDR, un pansement... Puis au cours du stage, nous avons pu le faire nous-même, en général, sous la surveillance d'un infirmier.



Sœur Christine, Sœur Alice, Sœur Estelle, Mahaut, Dr Trom, Justine, Philippe (chef du laboratoire)

- *Entretien avec Dr Atitche, médecin généraliste en 3ème année de DES de médecine du travail :*

Que pensez-vous des échanges de stagiaires afro-européens dans les hôpitaux?

" Quand vous dites échange, il y a un petit problème, car ça se fait toujours dans un seul sens. Les togolais viennent plutôt travailler en France mais ce n'est pas dans un cadre de formation, de stage [...] par manque de bourse et de moyen. Donc, néanmoins je pense que c'est une très bonne chose parce que, par vos questions, moi, en tant que médecin, [...] ça m'a permis de revoir certaines choses, [...] ça nous a permis de nous améliorer. De par vos recommandations que vous allez faire au niveau de la direction, ça nous permettra de réorganiser le centre, de régler les problèmes qu'on peut régler un tant soit peu. [...] Moi je souhaite que ça continue, vous pouvez encourager vos camarades à venir, c'est une bonne chose, sauf que, moi ce que je déplore, c'est que le contact avec vous soit rompu après votre départ. Il faut que vous voyiez en quelle mesure vous pouvez

aider l'hôpital Regina Pacis, pour que nous puissions nous améliorer."

Pouvez-vous nous dire quelques mots sur l'association que vous avez créée : BEAO (Bien-être Aux Orphelins)?

Oui, absolument. Je suis dans le bureau exécutif de l'association BEAO que nous avons créée ensemble avec certains confrères médecins, des infirmiers, des assistants médicaux, des ingénieurs de laboratoire, des assistants sociaux... Pourquoi? BEAO, c'est une association à but non lucratif, apolitique, qui a pour but essentiel le bien-être de l'enfant sur tous les plans, donc social, la santé... des orphelins, mais également des enfants victimes de violence, et bien sûr des enfants démunis. Donc, nos actions communautaires sont à deux niveaux, à Lomé, et à l'intérieur du pays. A Lomé, nous tissons des partenariats avec des orphelinats, [...] où l'on fait des activités curatives et préventives [...], on nous appelle s'il y a un problème de santé, [...] et on procède aux vaccinations, au déparasitage des enfants, et autres activités nécessaires, comme le lavage des mains. Ça c'est à Lomé, maintenant, à l'intérieur du pays, nous faisons des consultations foraines [...] qui permet d'aller vers ces populations (Ndlr: rurales) et de les soigner gratuitement.[...] C'est dans ce cadre-là que nous avons eu, heureusement, un partenariat avec une association française, depuis 2 ans, nous avons commencé en 2014, qui s'appelle Karavan Bordelaise. [...] Franchement, nous exhortons ceux qui sont intéressés par cette association, à nous contacter via notre page Facebook."



De gauche à droite : Justine, Dr Atitche, Mahaut.

B. Nos recommandations

Au terme du stage, nous nous sommes entretenues avec la directrice pour discuter de l'ensemble du stage qui, de manière générale, avait été vraiment enrichissant. Au cours de cette rencontre, Sœur Christine était désireuse de savoir si nous avions quelques recommandations professionnelles à apporter afin d'améliorer les soins délivrés aux patients.

Enfin, nous avons retenu deux points importants :

1. L'Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique ne nous a pas semblé suffisamment présente tout au long du parcours de santé.

En effet, lors d'une consultation médicale, les diagnostics (souvent probabilistes) sont peu mentionnés au patient, ainsi que les mesures de prévention ou d'hygiène simples (telles que découvrir l'enfant quand il a de la fièvre, le lavage des mains...). De plus, il nous a semblé que la prescription des médicaments ou des examens complémentaires est trop souvent donnée au patient sans lui expliquer les effets principaux ou secondaires de ces prescriptions. Nous avons trouvé que, d'une

manière générale, les patients étaient peu informés de leur état de santé, de leur diagnostic et des traitements à suivre - à l'exception du Paludisme, tellement courant au Togo, que les habitants connaissent bien les symptômes et la gravité.

Tout ceci a pour conséquence un manque de compréhension et de ce fait d'observance des patients. En effet, souvent le patient ignore l'importance d'un tel traitement ou examen complémentaire mais est bien conscient de son prix élevé. Il va donc préférer soit négliger les symptômes s'ils sont supportables, soit avoir affaire à des médecines parallèles, ou soit acheter des médicaments de contrebande sur le marché, moins cher. Ceci retarde la prise en charge hospitalière et peut avoir des conséquences graves dans certains cas.

Ce manque d'éducation thérapeutique peut être pallié relativement facilement. En effet, il ne s'agit pas d'un manque de moyen matériel ou financier mais plutôt d'un manque d'information du personnel et peut être d'organisation. Nous avons réfléchi à plusieurs moyens pour remédier à ce manque :

- Réunion avec l'ensemble du personnel : expliquer l'importance de la notion d'éducation thérapeutique, et les bénéfices qu'apporterait cette démarche pour la prise en charge du patient. Expliquer que chacun a son rôle dans les limites de ses compétences professionnelles.
- Lors de la consultation médicale : expliquer les symptômes, les hypothèses diagnostics, la maladie, les traitements qui en découlent, de manière simple adaptée aux patients et vérifier la compréhension. Expliquer les risques de transmission, l'évolution probable de la maladie, la posologie et la durée du traitement ; l'importance des examens complémentaires ou de la vaccination.
- A la pharmacie : lors de la délivrance, réexpliquer les effets principaux et secondaires, la fréquence et la durée des prises.
- A la maternité : préparation à l'accouchement. Organiser des cours avec les patientes primipares pour informer du

déroulement de l'accouchement, les signes d'alerte, l'importance de l'échographie, la respiration, apprendre à pousser au bon moment...

- D'une manière générale, dans tous les services : expliquer les gestes de soins et rassurer.

Actuellement les affiches d'information à l'hôpital sont essentiellement relatives au Paludisme. Pourquoi ne pas afficher des affiches de campagnes d'information au VIH, à la contraception... ? Bien entendu, c'est une démarche au long cours, qui nécessite l'implication de chacun.

2. Risques infectieux

Le deuxième point important auquel nous avons pensé est la diminution des risques de transmission infectieuse par des mesures d'hygiène fondamentales.

Nous avons remarqué tout au long de notre stage plusieurs situations à risque infectieux élevé. Ce risque pourrait être évité par des mesures relativement simples :

Un exemple fondamental : le lavage des mains n'est pas un geste régulier ni systématique. Dans chaque salle de consultation ou de soin, il y a la possibilité de se laver les mains au savon, cependant, cette mesure n'est pas toujours réalisée entre deux examens cliniques ou deux soins infirmiers. La solution hydro alcoolique est très peu utilisée car cette pratique est plus onéreuse que le lavage simple.

De plus, nous avons noté que le personnel utilise de l'eau courante pour désinfecter la peau avant de réaliser un vaccin à la place d'alcool. Beaucoup de geste à risque sont réalisés sans gants. Or, il n'est pas rare qu'un infirmier ou un laborantin se pique avec une aiguille usagée. Aussi, les boîtes à aiguilles existent sous forme de carton. (Les boîtes à aiguilles sécurisées étant hors de prix pour l'hôpital). Cependant, les cartons sont grand ouverts et débordants d'aiguilles usagées. Au

laboratoire, il s'agit même d'une simple poubelle. Le personnel, pour diminuer le risque de se faire piquer, préfère recapuchonner les aiguilles usagées (geste qui se fait en général sans gants).

Nous avons alors réfléchi à quelques solutions :

Il serait pertinent d'utiliser en salle de soin, à la maternité et au laboratoire, des cartons à aiguille fermés avec juste un trou pour rentrer les aiguilles et aller vider les cartons régulièrement lorsqu'ils sont au $\frac{3}{4}$ rempli. Ainsi, le personnel ne serait pas obligé de recapuchonner les aiguilles usagées, et le risque de se piquer serait diminué.

Pour la désinfection de la peau avant le vaccin, et l'utilisation des gants, s'il s'agit d'un problème financier, il serait intéressant dans la mesure du possible, de vérifier le coût des bouteilles d'alcool désinfectantes et des boîtes de gants et les comparer au coût des soins liés aux complications infectieuses secondaires aux vaccinations. Et enfin, pourquoi ne pas sensibiliser davantage le personnel sur les questions de transmission infectieuse et l'importance de la prévention primaire.

V. Le système médical togolais : entre traditions et modernité

A. La pyramide de santé

Le système médical togolais est organisé en pyramide. Au niveau le plus basique, on trouve les dispensaires dans les villages. Ce sont des centres de tout premier recours où souvent seule une infirmière est présente. On ne peut y soigner que des pathologies courantes et non graves, car peu de matériel et de médicaments sont à disposition. Parfois, des consultations foraines avec distribution de soins, de médicaments et de conseils de prévention y sont organisées par le biais d'associations. Les accouchements peuvent également

avoir lieu là-bas, dans des conditions meilleures qu'à domicile, mais toujours précaires.

Au 1er étage, on retrouve les CMS (Centres Médico-Sociaux), comme l'hôpital RP. Ce sont des établissements de santé de proximité, où l'on traite les pathologies générales à faible niveau de gravité. Ces centres drainent une grande partie de la population et sont donc en première ligne des actions de prévention et de santé publique. Ils peuvent être publics, aidés par une contribution financière de l'état, ou bien privés, roulant sur leurs propres fonds.

Au niveau intermédiaire se situent les Centres Hospitaliers Préfectoraux et Régionaux. On peut y prendre en charge des pathologies plus spécifiques, nécessitant plus de matériel et un niveau de compétence plus élevé. Ils sont souvent équipés d'un centre d'imagerie et d'un laboratoire plus développés que dans les CMS.

Au dernier étage, se trouvent les CHU (Centres Hospitalo-universitaires). Ces hôpitaux publics peuvent à priori gérer n'importe quel type de situation médicale ou chirurgicale. C'est le dernier niveau de recours dans le parcours de soin. Ils ont également une mission de formation des jeunes professionnels de santé. Le problème majoritaire des CHU est l'affluence énorme des patients, dépassant les capacités d'accueil et l'offre de personnel soignant qualifié.

Aussi, comme en France, il existe un réseau ambulatoire de médecins généralistes et spécialistes libéraux, mais beaucoup moins développé.

Par exemple : il n'existe quasiment aucun ophtalmologue libéral.

Enfin, en parallèle de ce réseau de soins, des médecins "de contrebande" n'ayant que peu, voire aucune, formation médicale exercent de façon illégale, échappant souvent au contrôle des autorités.

- *Entretien avec Dr Atitche, médecin généraliste en 3ème année de DES de médecine du travail :*

Pouvez-vous nous parler des principaux problèmes rencontrés dans la pratique médicale au Togo?

" Ça va être compliqué! Je vais essayer d'en donner quelques-uns. [...] D'abord si on prend le cadre réglementaire qui régit la pratique de la médecine, il y a ce qu'on appelle le code de la santé publique qui a été adopté [...] mais qui n'est pas appliqué à la lettre. Ça ne dépend pas des autorités mais il y a ce qu'on appelle la pratique illégale de la médecine qui est monnaie courante ici. Vous allez voir des gens qui sont formés sur le tas, qui n'ont pas fait d'études de médecine mais qui s'installent et qui consultent comme un médecin, et qui font du désordre. Vous convenez avec moi que la médecine ce n'est pas pour rien qu'on la fait en 7 ans! [...]

La deuxième chose c'est l'insuffisance des infrastructures hospitalières qui pose problème. [...] Il y a la pénurie des ressources humaines qualifiées en santé. J'ai appris qu'il y a plus de médecins togolais en France qu'au Togo! En région parisienne, le nombre de médecins togolais dépasse ce qu'on a ici.

La troisième chose c'est la rémunération insuffisante du personnel soignant. Le salaire du médecin togolais dans la fonction publique, ça ne fait même pas 500 euros.

Ce que je peux dire en dernier [...], c'est le manque de moyens des patients qui arrivent à l'hôpital. Vous l'aurez constaté, ici, la consultation est de 500 francs, ça ne fait même pas un euro, mais il y a des gens qui ne peuvent pas payer ça [...] donc il faut faire en sorte que, même avec le peu de moyens avec lesquels il vient, il faut quand même le satisfaire. Voilà ce que je peux dire essentiellement, sans oublier, l'insuffisance du plateau technique, à tous les niveaux"

B. La formation médicale et paramédicale

1. Les médecins

Sur tout le territoire togolais, une seule faculté enseigne actuellement la médecine et se situe à Lomé. Après l'obtention du baccalauréat, la réussite au concours d'entrée sélectif à la fin de la 1^{ère} année permet de poursuivre le cursus. Le numérus clausus est d'environ 80 actuellement. Il faut en tout sept ans d'études théoriques à

l'université pour devenir médecin généraliste et pouvoir exercer. Si les jeunes médecins désirent ensuite s'orienter vers une spécialité médicale ou chirurgicale, ils devront s'inscrire à la formation correspondante, qui durera en moyenne 4 ans, partagée entre cours théoriques et stages pratiques. Il n'existe pas de sélection comme les ECN pour les spécialités, probablement car toutes les branches sont en manque de médecins. En effet, seuls 80 nouveaux médecins environ sortent diplômés de l'université chaque année pour tout le Togo. De plus, parmi eux, de nombreux jeunes docteurs iront exercer dans d'autres pays d'Afrique ou d'Europe, offrant des conditions d'exercice et de vie plus attractives.

Tout le cursus est payant (environ 25000 CFA/an) mais il est possible de prétendre à une bourse, attribuée sur dossier, mais très difficile à obtenir et non suffisante en elle-même pour étudier et vivre à la capitale (environ 60 000 CFA/an). Cette voie reste donc la voie des privilégiés, pour une certaine classe sociale, dont les parents peuvent financer au moins une partie des études.

2. Les assistants médicaux

Pour pallier au manque de médecins, l'État a créé des écoles d'Assistants Médicaux. Le cursus se fait en trois ans après le baccalauréat. Les assistants médicaux assurent les consultations de médecine générale et les prescriptions de soins et de médicaments dans les CMS, au même titre que le médecin. Mais ils ne peuvent pas être responsables d'un service et sont moins bien rémunérés. Actuellement la formation a été arrêtée. C'est le seul pays où cette formation a existé.

Parallèlement, la même formation existe pour les assistants en pharmacie, en 3 ans.

3. Les infirmiers

Concernant la formation infirmière, le cursus est le même qu'en Europe. La formation se fait en trois ans après le baccalauréat. Il existe deux écoles : une à Lomé et une à Kara. Les infirmiers ont, par contre, plus de responsabilités que leurs collègues français. En effet, en plus des soins qu'ils doivent dispenser, ils jouent un rôle important dans l'orientation du patient dans le parcours de santé. Ils ont également un rôle de prescription des médicaments et des soins de base de façon autonome.

4. Les sages-femmes et accoucheuses

Pour devenir sage-femme, 3 ans d'étude après le baccalauréat sont nécessaires. Il faut également 3 ans de formation pour devenir accoucheuse, mais après l'obtention du brevet. Ce sont exclusivement des femmes. Elles aussi ont plus de responsabilités que leurs collègues français : elles suivent toute la grossesse, réalisent les accouchements seules, souvent sans pouvoir appeler de gynécologue si les choses tournent mal, et s'occupent de tout le suivi post-natal. L'accoucheuse n'est théoriquement formée que pour procéder aux accouchements, mais occupe souvent le même rôle que la sage-femme.

C. Prise en charge du coût de la santé :

Contrairement à la France, la santé au Togo n'est pas gratuite pour les malades. Il existe aussi une sécurité sociale mais celle-ci a un rôle bien différent : c'est un établissement de droit privé d'utilité publique placé sous le contrôle de l'Etat, dont la mission consiste à recouvrer des cotisations sociales, gérer ces cotisations sociales et payer des prestations sociales.

Tous les frais imminents liés à la santé du patient sont donc à sa charge : consultation, gants d'examen, seringues, médicaments, matériel de chirurgie, d'accouchement... Il peut souscrire à une assurance publique ou privée afin de se faire rembourser ses dépenses, mais alors, le prix de la consultation augmente proportionnellement à ce que rembourse l'assurance. Il y a encore quelques années, le

médecin pouvait vendre directement à son patient le matériel de base comme les gants, le matériel d'injection et de pansement. C'est aujourd'hui illégal, obligeant le patient à passer deux fois en consultation pour une même pathologie : une première fois pour obtenir la prescription du matériel nécessaire à l'examen ou aux soins primaires, puis une deuxième fois pour la consultation elle-même. Ceci crée des délais d'attente très long dans les salles de consultations, en particulier lorsque l'affluence est abondante, comme au CHU. Cette gestion du coût de la santé impose alors une pratique médicale adaptée au portefeuille du patient. Selon ce qu'il lui est possible de payer, on prescrira ou non des examens complémentaires utiles mais pas forcément nécessaires et des médicaments "de confort". Le choix de ces examens et de la marque des médicaments entre donc là aussi en ligne de compte, toujours selon leur coût. D'un côté, ceci permet une gestion économique de la santé et évite de prescrire trop largement des examens et des soins pas forcément primordiaux d'un point de vue diagnostique et thérapeutique. Cependant, ceci crée avant tout d'énormes disparités dans la prise en charge de la population. L'accès aux soins et la qualité de ceux-ci sont ainsi fortement réduits pour la population pauvre et/ou rurale, et les soins les plus chers sont alors délaissés - soins dentaires et des yeux principalement, mais aussi radiologie et analyses de laboratoire.

D. Entre Togo et France : des pratiques bien différentes

Au Togo comme en France, la pratique de la médecine obéit aux mêmes lois : code de la santé publique, recommandations de bonnes pratiques, serment d'Hippocrate... Cependant, de grandes différences sont à noter.

1. Des pathologies variées

Des milliers de kilomètres de terre et un océan nous séparant, nous ne rencontrons évidemment pas les mêmes maladies et épidémies. La médecine togolaise est donc tout naturellement

beaucoup plus portée sur les pathologies infectieuses et tropicales. L'exemple le plus flagrant étant la fréquence des accès de paludisme, presque comparable à nos épidémies de grippe, sauf que celui-là sévit toute l'année. Le paludisme est, dans ce pays comme dans tous les pays africains, un véritable problème de santé publique et des moyens financiers importants sont soulevés pour sa prise en charge : campagnes publicitaires à la télévision, à la radio, affiche, éducation de la population aux moyens de prévention, traitement antipaludique gratuit sous conditions...

2. L'omniprésence de Dieu

La population togolaise est très croyante et accorde à Dieu et à la religion une place primordiale dans tous les événements de la vie. Côté patient, le malade et sa famille vont très souvent aller en premier lieu implorer Dieu pour sa guérison, ou s'adonner à divers rites afin de recouvrer la santé, avant même d'aller consulter un médecin. Ces pratiques engendrent des retards parfois dramatiques dans la prise en charge médicale. Par ailleurs, la foi inébranlable de certains semble leur permettre de mieux accepter la maladie et la mort.

Côté médecin, malgré la rationalité qu'impose le métier, une grande place est aussi laissée au divin et à l'inexplicable, voire l'inévitable. Ceci a pour conséquence un fatalisme certain dans la pratique au quotidien. Les soignants s'en remettent très souvent à Dieu, empêchant peut-être parfois l'utilisation maximale des moyens et compétences médicales à disposition. Ces croyances donnent également un tout autre point de vue sur la notion de responsabilité médicale. Ainsi, lorsqu'un médecin perd un de ses patients ou ne parvient pas à traiter une pathologie, il ne lui sera que très rarement reproché, Dieu étant seul juge.

3. Le rôle de la famille

En Occident, le modèle familial se limite souvent au couple parental et à ses enfants. Au Togo et plus globalement en Afrique,

cette notion est beaucoup plus large. Lorsque l'on parle de "la famille", le terme inclut les parents et ses enfants, mais aussi les tantes, les oncles, les cousins et les cousines, et parfois même des voisins ou amis.

On accorde à la famille la première place dans la vie quotidienne, celle-ci devant toujours être la priorité, devant le travail et les autres activités individualistes. Il faut toujours être solidaire avec tous les membres de sa famille, matériellement et moralement.

Souvent, les togolais vivent longtemps avec leurs parents, leurs frères et sœurs, et d'autres membres de leur famille plus "éloignés". A l'hôpital, il est fréquent que les patients consultent à plusieurs, en couple, avec leurs enfants mais aussi avec d'autres proches. Le problème de l'un d'entre eux concerne chaque autre membre, que ce soit financier ou moral.

Par ailleurs, bien des choses sont à régler "entre eux" : "chacun lave son linge sale en famille", ne laissant pas de place au médecin pour intervenir. Ainsi, dans certaines affaires de violence conjugale, viol intrafamilial, ou encore maltraitance des enfants, les signalements à la justice ne sont pas monnaie courante, le personnel soignant étant plutôt réticent à intervenir dans ses "affaires de famille".

4. Le rapport au temps et la notion d'urgence

"En Afrique on contrôle le temps tandis qu'en Europe, c'est le temps qui vous contrôle" a-t-on souvent entendu.

En effet, dans la vie comme à l'hôpital, le temps semble élastique. Bien que la directrice ne tolère aucun retard à la prière matinale, pour le reste de la journée, il semble que rien ne presse, même les jours de forte affluence. Les patients venant en consultation arrivent à toute heure de la journée sans rendez-vous, et donc parfois tous en même temps. Ils peuvent alors attendre longtemps pour voir un soignant, si celui-ci est occupé ailleurs, sans jamais se plaindre.

La notion d'urgence est ainsi assez relative. Il n'existe d'ailleurs pas de service d'urgences à RP. L'hôpital dispose d'une ambulance, mais qui est extrêmement rarement utilisée.

Dans des situations graves nécessitant une prise en charge immédiate, il nous semblait que la prise de décisions était relativement longue. De notre point de vue, les soins commencent alors parfois de façon retardée et dans tous les cas, on prend le temps de faire chaque chose. Un problème à la fois est géré. On ne palpe pas vraiment le stress de l'action chez les soignants, même dans un contexte délicat ou urgent, mais peut-être est-ce une façon de prendre un certain recul sur la situation.

5. La relation médecin-malade

Dans notre société occidentale, la relation médecin-patient évolue depuis plusieurs années pour se rapprocher du modèle "informatif". Dans ce modèle, la décision médicale est partagée, mais à la fin, le patient est seul décideur. Le médecin a alors un rôle primordial d'information et de conseil : il doit donner à son patient tous les éléments nécessaires à ce-dernier pour prendre les décisions concernant sa santé, tout en l'aidant dans cette démarche.

Au Togo, la relation médecin-patient tend beaucoup plus vers le modèle "paternaliste". Le médecin possède les connaissances scientifiques et l'expérience médicale, et c'est donc à lui de prendre les décisions qu'il juge bonnes pour la santé de son patient. Ce-dernier est ainsi très peu actif dans sa prise en charge : il suit les recommandations du médecin à qui il a accordé sa confiance mais n'émet pas d'avis, étant peu informé sur sa pathologie et les différentes possibilités thérapeutiques.

De plus, le médecin, ainsi que les autres membres du personnel soignant, apparaît très moralisateur. Si le malade consulte tard à l'hôpital, n'a pas suivi les recommandations du médecin ou tout simplement n'a pas pris les bonnes décisions pour sa santé, l'équipe soignante ne manquera pas de le sermonner, même dans des situations délicates ou s'il n'a pas été bien informé. Comme dans la vie quotidienne, les soins sont "à la dure". Il faut être courageux, endurer sa souffrance et ne pas se plaindre pour mieux faire face à la maladie. On n'accorde ainsi pas de place essentielle au tact et à l'empathie dans la prise en charge thérapeutique.

○ *Entretien avec Dr Trom, chef de service de médecine générale :*

Quelles sont les différences entre le système médical français et togolais ?

« Au Togo la population ne comprend rien, dû à un manque d'information. Par exemple la vaccination, la plupart des mères n'amènent pas les enfants. [...] Ou quand l'enfant tombe malade, au lieu de l'amener à temps, elles préfèrent aller chez les guérisseurs ou bien chez les pasteurs, alors qu'il fallait amener l'enfant à l'hôpital. [...] Ici Il y a beaucoup de clinique sauvage, par des personnes qui pratiquent à la maison, qui n'ont pas de diplôme, qui n'ont pas de formation, et quand ils voient que ça ne va pas mieux, ils viennent à l'hôpital mais trop tard. »

VI. Immersion culturelle/vie au village

A. L'accueil inoubliable de Wonougba

Dès le lendemain de notre arrivée à Lomé, un premier week-end d'excursion avait été organisé. Le samedi midi, nous avons emprunté les routes goudronnées puis les chemins de terre inondés en direction de Wonougba, petit village à 91 Km de Lomé, ne disposant ni d'eau courante ni d'électricité. Là-bas, quatre bénévoles de nationalités diverses mais avant tout « Sosvoliennes », réalisent une mission de soutien scolaire. Elles avaient organisé, avec les bénévoles togolais, un week-end d'échange culturel sous forme d'une journée européenne et d'une journée africaine. Notre accueil fut des plus chaleureux, malgré la pluie diluvienne, et le dépaysement total. Nous avons d'abord été

reçues dans la maison du chef pour les premières présentations, autour d'un -ou deux- verres du traditionnel Sodabi (eau de vie de palme). Puis nous avons passé la première après-midi à préparer le repas africain du soir, avec tous les autres bénévoles, devant notre maison d'accueil. Ce fut une première découverte de la cuisine locale pour nous : de la pâte de maïs (Djinkoumé) avec une sauce aux épinards et au sésame (Gboma), accompagnés de viande de bœuf et de poulet. Le tout était cuit sur un petit fourneau au charbon, qu'il fallait constamment ventiler. L'eau dont nous pouvions disposer était stockée dans des barriques en plastique, tirée du forage ou du puits, ou bien simplement recueillie du ciel lors des pluies. Pendant que notre mixture chauffait tranquillement dans sa marmite, la place fut évidemment à la danse africaine traditionnelle. Des musiciens, des danseuses et des villageois sont progressivement arrivés et ont pris place près du puits, entre notre maison et celle du chef. Le son des Djembés et les chants entraînants des villageois nous ont rapidement attirées. En un claquement de doigts, nous voilà au milieu de la foule à essayer de nous déhancher, sous les rires des enfants. Mais qu'importe ces gentilles moqueries, l'essentiel est d'être là, ensemble, citadins et villageois, européens et africains, et de vibrer au son de la musique. Lorsque le repas fut enfin prêt, nous sommes tous allés le partager devant la maison du chef sous un ciel noir, éclairés simplement par quelques lampes solaires. Après un dîner plus que copieux et des remerciements en toutes les langues, tout le monde alla se coucher. Nous avons alors passé notre première nuit au village, découvrant les joies du sommeil profond nous enveloppant presque instantanément, malgré l'inconfort supposé de nos paillasses posées au sol.

Le dimanche, nous avons été réveillées très tôt par les autres bénévoles qui s'activaient à la préparation de la journée européenne. Dès 7h, le paprikash slovaco-hongrois et le riz au lait commençaient à mijoter, et nous occupèrent toute la matinée. Nous avons encore une fois très bien mangé, protégés de la chaleur par la paillotte. L'après-midi fut joyeuse entre jeux culturels et danses de tous horizons, permettant de découvrir ou redécouvrir les pays de chacun. Elle se clôtura par notre baptême de danse traditionnelle africaine : une par une, nous avons été invitées à danser seule au milieu du cercle

chantant de villageois, au rythme des percussions. Cette première immersion, à travers la danse et avec l'aide de quelques mots d'Ewé, nous permet d'échanger pour la première fois avec des habitants du village et leurs enfants.

Nous avons quittés le village le lendemain matin, non sans une visite guidée de ce-dernier. Notre dernière étape fut l'école primaire où les bénévoles travaillaient en association avec les enseignants. Dans les salles, plus les élèves étaient jeunes, moins ils étaient disciplinés !

Lorsque nous entrions, ils chantaient -en Ewé- : « Au bout du travail, la réussite ». Mais d'après l'équipe, le niveau en primaire est très bas. Les élèves devront tous passer un examen à la fin du CEM2 pour poursuivre le cursus : le CEPD (Certificat d'Etude du Premier Degré). Cependant, très peu d'entre eux iront au collège, et encore au moins au lycée, bien que l'école soit théoriquement obligatoire jusqu'à 15 ans. Après deux heures de voyage en taxi-moto, puis en taxi-voiture plus que complète (7 personnes), nous étions de retour à Lomé, afin de commencer notre stage.



Bénévoles de SOSVOL, Wonougba.

B. Kpéssi et le lac Togo

Pour notre deuxième excursion hors de Lomé, nous avons choisi de nous rendre au village de Kpéssi, au bord du lac Togo, accompagnées de l'un des bénévoles locaux de SOSVOL. Nous avons profité de cette destination pour faire une étape afin de visiter la maison des esclaves, à Agbodrafo. Nous avons bénéficié d'une courte visite guidée de cette maison où étaient « logés », ou plutôt entreposés, les esclaves avant d'être envoyés par bateau en Amérique pour y être vendus. Nous avons pu voir la cave, une grande pièce souterraine au sol gravillonné et au plafond très bas, où l'on ne peut même pas se tenir debout. C'est là que les esclaves passaient plusieurs mois avant d'être embarqués. Aujourd'hui, la maison tient lieu de mémorial, et deviendra bientôt un musée.

La destination finale était donc Kpéssi. Nous avons été accueilli -bien sûr avec du Sodabi- par le président et le trésorier du CVD (Comité Villageois pour le Développement), qui travaillent depuis plusieurs années avec l'association SOSVOL. Ceux-ci ont pris le temps de nous parler de leurs actions (soutien scolaire, amélioration de la santé...) puis de nous faire visiter le village. Nous avons en outre découvert le dispensaire du village et avons été surprise de constater à quel point il était bien tenu, malgré les faibles moyens mis à disposition. De petite taille, il se constitue d'une salle de consultation, une chambre avec quelques lits recouverts de moustiquaires, une salle d'accouchement et une pharmacie stockant seulement quelques médicaments basiques.

A la fin de notre séjour au Togo, c'est d'ailleurs au dispensaire de Kpéssi que nous avons choisi de faire don des médicaments et autres matériels de soins que nous avons apportés de France.



Dispensaire de Kpéssi.

C. Visite d'une pouponnière à Lomé

Dans nos valises pour le Togo, entre la moustiquaire et le stéthoscope, nous avons prévu la place pour divers dons à l'association : fournitures scolaires, téléphone et vêtements pour enfants. Les membres de l'association nous avaient alors proposé de faire don du matériel scolaire à divers écoles selon les besoins qu'ils rencontreraient à l'avenir. Concernant les vêtements de bébé, nous nous sommes rendues directement à la pouponnière Sainte-Claire de Lomé, et en avons profité pour la visiter.

La pouponnière est un orphelinat accueillant des enfants de 0 à 3 ans. C'est un établissement catholique tenu par des sœurs, qui a fêté ses 50 ans en 2009. Les jeunes orphelins sont recueillis soit directement à l'hôpital où ils ont été abandonnés à la naissance, soit à la gendarmerie s'ils ont été abandonnés ailleurs et que les parents n'ont pas été retrouvés après enquête. Ils sont ensuite accompagnés jusqu'à la pouponnière par les services sociaux. Ils devront rester dans cet établissement au moins un an après leur arrivée, avant de pouvoir être candidat à l'adoption. Une quarantaine d'enfants vit actuellement à la

pouponnière de façon permanente. En attendant de leur trouver une nouvelle famille, ils sont choyés par une petite dizaine de sœurs, elle-même gouvernées par la « grande sœur » (la directrice), très à cheval sur la propreté de son orphelinat. Les repas se prennent en collectivité et les nuits sont passées dans les dortoirs, les enfants étant tout de même séparés en classes d'âge. En plus des chambres et cantines, ils disposent de grands espaces de jeux intérieurs et extérieurs, indispensables à leur bon développement. Lors de cette courte visite, nous avons pu voir les conditions de vie de ces petits résidents et poser des questions sur l'organisation de l'orphelinat, mais nous n'avons par contre pas été autorisées à passer de temps avec les enfants.



De gauche à droite : Justine, Éric (notre tuteur de stage), Mahaut et Narcisse (directeur exécutif de SOSVOL)

D. Kara et ses fêtes traditionnelles

A la fin de notre stage à l'hôpital, nous avons organisé quelques jours d'excursion dans le nord du pays, accompagnées de notre tuteur de stage, Éric. Un vendredi matin à l'aube, nous sommes partis tous les trois en bus, en direction de Kara. C'est dans cette région que se déroulent chaque année les fêtes traditionnelles appelées « Evala », auxquelles assiste le président de la République, natif de cette terre. Le premier jour, nous avons eu la chance d'assister de près aux luttes. Les luttes sont des combats singuliers entre les jeunes hommes de différents villages, visant à affirmer leur virilité et leur passage à l'âge

adulte. Le gagnant, celui qui a réussi à mettre son adversaire dos à terre, reçoit les honneurs.



Les jours suivants, dans le village de Pya-Konda, près de Kara, nous avons été reçues par la famille d'un ami d'Éric. C'est grâce à ces contacts privilégiés que nous avons pu vivre de façon encore plus authentique les traditions de la région. Avec eux, nous avons aussi assisté aux « Kondona » et « Akpéma ».

« Kondona » est une fête pour célébrer le passage du garçon à l'homme, et a lieu tous les cinq ans. Les intéressés marchent pendant trois jours à travers les villages et la forêt sacrée, avec une sorte de hache et de gong. Après trois jours, ils rentrent au foyer familial et reçoivent tous les honneurs. L'ami d'Éric, natif de Pya-Konda, avait lui fait son « Kondona » quelques années auparavant, ainsi que son cousin. En leur honneur, nous avons été invitées par leur famille à l'abattage de deux moutons et deux poules dans le respect des traditions, que nous avons dégustés tout de suite après.



Pour les jeunes filles, la fête traditionnelle célébrant le passage à l'état de femme s'appelle « Akpéma ». Pendant une journée, elles marchent nues, rasées et le crâne colorée de rouge pour rejoindre la forêt sacrée. Lors de ces deux fêtes, tous les villageois encouragent les jeunes par des chants très joyeux, mais les futurs hommes et femmes doivent rester impassibles et concentrés.

VII. Conclusion

Grâce à toute l'équipe de l'association SOSVOL et l'ensemble du personnel de l'hôpital Régina Pacis nous avons passé un séjour inoubliable. Comme nous l'avions espéré et malgré les quelques difficultés dues probablement aux différences culturelles, le stage a été pour nous très enrichissant d'un point de vue personnel et professionnel. Nous recommandons à tous de vivre une telle expérience aussi extraordinaire. Nous sommes évidemment très enthousiastes à l'idée de repartir au Togo avec l'association SOSVOL pour de nouveaux projets humanitaires.