



# Le barreau de la maladie

Daniel Goldschmidt, médecin du travail en Alsace, a eu une expérience de travail missionnaire au Cameroun (1981-1983) puis au Bénin (1987-1993) avec la mission mennonite. Il a mis en place, avec les églises locales de la région de Cotonou, des structures de santé qui, sous la responsabilité de personnels béninois, permettent aujourd'hui de soigner de nombreux patients.

Ce matin-là, je vais à la consultation du Centre Bethesda dans cette ville populaire d'Afrique de l'Ouest. Dispensaire de banlieue pauvre, installé dans des locaux de fortune, les gens s'y pressent depuis sa fondation en février 90 à la faveur de la libéralisation du régime politique. Auparavant, les initiatives privées n'étaient pas autorisées et le réseau des soins publics était censé répondre à la demande des populations. Aujourd'hui, le système de santé est exsangue.

## La maladie - un barreau au quotidien

Arrivé au Centre, je me fraie un chemin au milieu des malades rassemblés du portail jusqu'au porche et invite le premier patient à entrer avec moi. « Corps chaud le soir, maux de tête, fatigue » se plaint le jeune homme, nommé KODJO. Nombreux traitements, plusieurs essais infructueux de reprise de son travail de pêcheur sur le lac. L'examen physique et de laboratoire orientent vers un paludisme chronique. J'explique à KODJO l'importance de suivre TOUT le traitement prescrit aux doses « de cheval » indiquées.



Le parasite en effet devient de plus en plus résistant aux médicaments et il faut se rapprocher des doses dangereuses pour la santé pour éradiquer le parasite du sang du malade.

Appelons le patient suivant MENSAN. Cet homme d'âge mûr a tardé à consulter car il est loin de la ville. La toux traînante avec amaigrissement, une réponse incomplète aux antibiotiques conduisent à demander une radiographie thoracique. « Infiltrat des sommets », très évocateur de tuberculose. Le problème de médical devient rapidement social et économique : certes, les médicaments sont fournis, grâce aux aides internationales, pendant les 6 mois que dure le traitement ; mais qui prendra en charge les longs et coûteux trajets pendant une période aussi longue ? Comment assumer la subsistance du malade et de sa nombreuse famille ?

L'infirmier de pédiatrie m'interrompt ; il faut que je passe dès que possible voir un nourrisson admis en semi-coma après une diarrhée grave. Les parents l'ont certainement sauvé d'une mort certaine en le réhydratant par la bouche. L'état empirant, il faut poser une perfusion, vérifier qu'il n'y a pas d'autre maladie causale, genre méningite ou paludisme pernécieux. Les conséquences en cas de retard apporté au traitement seraient graves : déficience mentale, handicap moteur, etc.

De retour du bâtiment couvert de tôles dénommé pompeusement « pédiatrie », je fais un tour par la « maternité », ensemble de 3 pièces exigües où se déroule une activité comparable à un service de CHU en Europe. Je demande à la sage-femme comment s'est déroulé l'accouchement de jumeaux la nuit dernière. Rien à signaler. Ouf ! C'est chaque fois une gageure, car nous ne disposons pas d'un bloc opératoire sur place et une évacuation urgente comporte toujours un risque de décès de l'enfant et parfois de la mère.

## Un constat déprimant : la maladie, à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle

Le travail médical en Afrique donne parfois à nos yeux de privilégiés l'impression d'une galerie de miracles... ou de malheurs. C'est là un point de vue bien étriqué. Les exemples qui précèdent illustrent à une petite échelle que la santé reste, en ce début de 3<sup>e</sup> millénaire, un des facteurs décisifs de la liberté d'exister... pour une moitié de l'humanité. Les spécialistes ont tenté de forger des outils ou indices pour tenter d'appréhender la santé ou plutôt la maladie et ses



conséquences à l'échelle d'un pays ou d'une partie d'un continent. Les organismes internationaux les diffusent à nos oreilles habituées à l'occasion des diverses « Journées » : celle de la femme, de l'enfance, du sida, etc.

L'indice le plus connu est en fait le plus difficile à se représenter : *l'espérance de vie à la naissance* résume toutes les causes possibles de décès aux divers âges de la vie. La vaccination et l'appui aux services maternels et infantiles ont apporté dans de nombreux pays une amélioration certaine de la mortalité avant l'âge d'un an. Mais, les complications liées à une naissance font encore beaucoup de victimes dans les PED. En Afrique subsaharienne, les risques de décès pendant l'accouchement sont de 1 sur 13, contre 1 sur 4 100 dans les pays industrialisés.

Les diarrhées, le paludisme, les infections respiratoires, la tuberculose continuent leur prélèvement dans les couches fragilisées qui représentent une part croissante de la population : nourrissons de moins de 5 ans, femmes enceintes, sujets pauvres et mal nourris. Et puis, il y a le sida ! Peste des temps modernes, il recrute depuis une décennie 90% de ses victimes sur le sol africain et ampute la pyramide des âges de sa partie la plus dynamique et la mieux formée.

Ce tableau alarmant ne doit pas faire oublier les conséquences moins graves de la maladie. De nombreuses victimes des maux cités, qui ont pu échapper au décès, s'accrochent, souvent avec le sourire, de ce que nous appellerions des « handicaps ». Viennent à l'esprit ces images de lépreux ou « polio », amputés ou culs-de-jattes se traînant jusqu'aux voitures pour mendier leur subsistance aux carrefours des grandes villes africaines. La liste est longue de ces maladies quasiment éradiquées même de nos mémoires occidentales et qui continuent de sévir dans les pays pauvres : lèpre, poliomyélite, rhumatisme articulaire et ses atteintes cardiaques, cécités dues à des infections des yeux, déficits mentaux suite à des méningites, séquelles définitives d'accouchements difficiles...

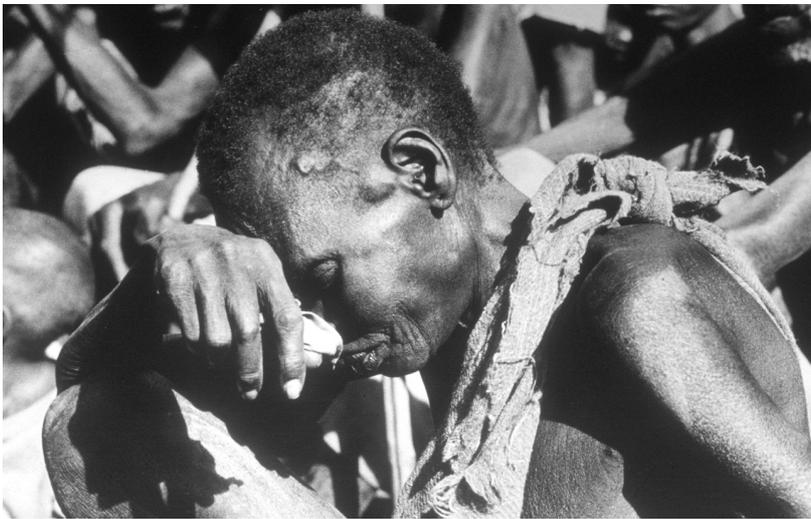
« Last but not least », les maladies les plus fréquentes, les grandes « endémies », notamment la tuberculose et les maladies dues à des parasites, ont des *conséquences non négligeables sur*

*l'activité humaine* ; le paludisme par exemple met « sur le flanc » chaque adulte environ 2 semaines par an en Afrique noire ! La tuberculose lorsqu'elle guérit sans séquelle écarte le malade de la vie active au moins 6 mois par an.

Ces chiffres impersonnels cachent une *souffrance* bien réelle et quotidienne, dont il nous est difficile de prendre la mesure. Un certain regard occidental sur les pays pauvres aurait tendance à clamer que finalement les habitants des pays pauvres sont plus proches de la nature et somme toute plus heureux que nous : le suicide y est pratiquement inconnu. Ne nous y trompons pas : **c'est la rage de vivre malgré les difficultés insurmontables qui est belle, pas la misère.**

## La santé, une fusée à plusieurs étages

A ce stade, il vaut la peine de faire un trop court détour par quelques tentatives d'explications ; notre réaction est en effet souvent d'impuissance teintée d'énervement : « Depuis des années qu'on les aide, comment se fait-il qu'ils n'ont pas décollé ? ». Cette réaction compréhensible est pourtant de courte vue ; elle méconnaît que le chemin du développement sanitaire, celui-là même par lequel les pays du Nord sont passés, est long et sinueux. Pour poursuivre dans le sens de l'image suggérée par l'expression « décoller », comparons la santé à une fusée à plusieurs étages :



**Le premier étage est l'existence même des soins.** C'était le problème de KODJO, notre premier patient. Les moyens de lutte contre le paludisme arrivent au bout de leur efficacité avec peu de perspectives de remplacement. Bien d'autres médicaments, traitements ou gestes chirurgicaux ne sont tout simplement pas disponibles aujourd'hui dans les pays pauvres. Cela illustre de manière caricaturale l'inégalité Nord-Sud : inégalité de fonds placés dans la recherche, inégalité du nombre de médecins, inégalité dans l'infrastructure de soins, dans l'équipement des hôpitaux, etc. Ce déséquilibre Nord-Sud se trouve encore aggravé entre villes et campagnes d'un même pays. Enfin, les guerres et guérillas ont annihilé des décennies d'efforts et des poches de régression dramatique sont apparues : disparition ou fuite des personnels de santé, mise à sac des hôpitaux et dispensaires, destruction des infrastructures de transport, épidémies qui relaient les massacres et déplacements de populations en un sinistre cortège. ... Dans certaines régions notamment d'Amérique du Sud, d'Amérique Centrale et d'Asie du Sud, ce sont les cataclysmes naturels qui noircissent le tableau.

De nombreux pays pauvres n'en sont heureusement pas là et pourtant la fusée ne décolle pas ; **il lui manque le deuxième étage, représentant l'accessibilité des soins.** Cette notion est facile à se représenter pour quiconque a connu une rage de dent un long week-end : même en France, il est alors difficile de trouver un dentiste ! L'exemple de MENSAH, le deuxième patient évoqué plus haut, illustre les deux conditions d'une bonne accessibilité des soins : *la distance géographique et le coût.* Les soins de santé de base proposent de rapprocher l'offre de soins du patient (par les agents villageois de santé, par les stratégies avancées de vaccination, de protection maternelle ou infantile, etc.). C'est effectivement une des conditions d'un dépistage des maladies et donc d'une prise en charge plus précoce. Mais, l'accessibilité financière n'est pas moins importante ; les programmes d'ajustement structurel, la dévaluation de la monnaie, l'envol des prix des médicaments rendent nombre de traitements théoriquement disponibles inaccessibles à la plupart des habitants des pays pauvres. Les traitements anti-sida fournissent un exemple poignant de ce fossé qui devient abîme : il faudra se résoudre à faire l'aumône aux pays pauvres qui ne pourront jamais se les « payer ».

**Enfin, le dernier étage de la fusée « santé » est représenté par la « couverture » effective (aspect quantitatif) et adéquate (aspect qualitatif) :** les populations cibles d'un problème de santé ont-elles effectivement reçu au moment opportun tous les soins adéquats de manière à être protégées efficacement ? Cette courte question résume en fait tout un programme ! Comme pour le nourrisson victime de diarrhée évoqué en début d'article, la guérison est souvent le fait d'une bonne éducation des parents (et singulièrement des mères) relayée par une prise en charge adéquate par des personnels de santé formés et dévoués. L'infirmier et la sage-femme sont, en Afrique, ces agents clés du développement sanitaire.

## Une question embarrassante

Mortalité précoce, maladies, handicaps, sont autant de chaînes qui entravent le « décollage » des pays pauvres. Ce sont autant de manières de conjuguer le mal développement. Dans la vision biblique de l'histoire humaine, ces entraves à la santé ne font pas partie du projet divin pour l'homme. En ce sens et en ce sens seulement, ils sont « péché ». A nous, chrétiens occidentaux, se pose cette difficile question : comment l'Evangile peut-il être « bonne nouvelle » pour la moitié malade de l'humanité ? Certainement en agissant chacun à notre place et selon nos compétences pour rendre **disponibles, accessibles, efficaces et adéquats** les soins dont nous bénéficions dans les pays développés.