

Andreas PREGERNIG
Marc SENGLLET
Leandro SANZ
Omar NOURY
Clément GHOSN



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**
FACULTÉ DE MÉDECINE

Rapport de stage IMC

UNE FONDATION POUR LES JEUNES MÈRES COLOMBIENNES : grandir avec son enfant



Carthagène, Colombie, mai-juin 2014

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	3
2.	LA COLOMBIE.....	3
	2.1 Généralités.....	3
	2.2 La santé.....	5
	2.3 Le système de santé.....	6
3.	CARTHAGÈNE.....	6
	3.1 Généralités.....	6
	3.2 Santé locale.....	7
4.	LA FONDATION	8
5.	PARCOURS D'UNE MÈRE	11
6.	NOS ACTIVITÉS.....	13
	6.1 Le projet initial.....	13
	6.2 Programme d'hygiène des mains	13
	• Présentations.....	14
	• Chorégraphies.....	15
	• Collaboration avec les HUG	16
	6.3 Volontariat	17
	• CIDI.....	17
	• Centre médical.....	18
	• Physiothérapie	19
7.	IMPACT POSSIBLE	20
8.	CONCLUSION	22
9.	REMERCIEMENTS.....	23

1. INTRODUCTION

Le médecin d'aujourd'hui devrait posséder une vision globale de la santé et non uniquement la vision parfois étroite présentée aux étudiants durant leur cursus universitaire. Le projet d'immersion en communauté offre aux étudiants la possibilité de développer leur volet psychosocial ainsi que la notion de médecine humanitaire, loin de la bulle médicale privilégiée que l'on trouve à Genève. C'est dans ce cadre que notre groupe a pris la décision d'aller en Colombie pour effectuer notre projet. L'Amérique Latine est la partie du monde qui a d'abord attiré notre attention, puis nos choix se sont progressivement focalisés sur la Colombie, bien qu'il soit difficile de choisir parmi tant de pays offrant chacun des expériences riches et variées. En plus de son important patrimoine culturel et historique, ce pays est sorti d'une sombre période de narcotrafic, de violence et d'insécurité générale qui est malheureusement source de la mauvaise réputation dont il souffre aujourd'hui.

Actuellement, il s'agit d'un pays en plein essor économique, et dont la sécurité s'est fortement accrue, en comparaison avec le reste du continent. Suite à des recherches sur la situation sanitaire colombienne, nous avons été interpellés par la spectaculaire diminution de la mortalité infantile ces vingt dernières années. Nous sommes alors entrés en contact avec la Fondation Juan Felipe Gomez Escobar, structure qui œuvre directement contre cette problématique dans la ville de Carthagène et au sein de laquelle nous avons évolué durant notre stage.

Cette destination n'ayant jamais été choisie par d'autres groupes d'étudiants, il était difficile pour nous de se projeter dans la réalité de la vie locale en se basant sur des récits d'expériences passées. C'est donc la tête pleine d'interrogations, d'appréhensions mais surtout de réjouissance, que nous nous sommes lancés dans cette aventure.

2. LA COLOMBIE

2.1 Généralités

La république de Colombie est un pays dont la géographie, les paysages et le climat sont très variés et repartis sur 32 départements. C'est un pays hispanophone à l'instar de la majorité des autres pays d'Amérique latine. Elle se situe au nord-ouest de l'Amérique du sud entourée du Panama à l'ouest, du Venezuela et du Brésil à l'est ainsi que du Pérou et de l'Equateur au sud.

Sa superficie est de plus de 25 fois celle de la Suisse et ses 46 millions d'habitants font d'elle le troisième pays le plus peuplé d'Amérique latine derrière le Mexique et le Brésil.

C'est en 1499 que les espagnols colonisent une terre habitée par des autochtones (Muiscas, Quimbayas et Tayronas) qui sera, bien plus tard dans l'histoire, nommée Colombie (en hommage à Christophe Colomb). Les colons vont d'abord instaurer le Royaume de la Nouvelle Grenade dont la capitale est Bogota. Ce royaume regroupe les actuels pays du nord de l'Amérique du sud ; ce n'est qu'en 1819 qu'il déclarera son indépendance, suivi dix ans plus tard par le Venezuela et l'Equateur.

Une longue guerre, la guerre de Mille Jours, permettra au Panama de faire sécession un demi-siècle plus tard et laissera la Colombie dans ses frontières actuelles au début du XX^{ème} siècle¹.

L'indépendantiste et général Simon Bolivar, « El Libertador », a joué un rôle très important dans la prise d'indépendance des pays précités du protectorat espagnol. Il meurt en 1930 à Santa Marta, Colombie. On trouve aujourd'hui dans une majorité de villes du pays une place ou un parc comportant une statue à son effigie².

La Colombie est un pays étonnant par sa pluriethnicité qui a vu le jour grâce aux mélanges entre les différentes populations qui l'ont traversé et y ont ainsi laissé leur marque à jamais. Les principales tribus qu'on y retrouve sont les indigènes, les européens et leurs esclaves africains. La dernière vague d'immigration fut celle du XX^{ème} siècle constituée par des Européens et des Moyen Orientaux, essentiellement des Libanais et Syriens. La population d'aujourd'hui est le résultat d'un « melting pot » duquel résulte un grand patrimoine culturel³.

La Colombie se divise en 5 régions naturelles :

- la région des Caraïbes comprenant plusieurs grandes villes comme Barranquilla, Cartagena et Santa Marta.
- la région Pacifique avec Cali comme ville principale
- la région des Andes qui est la plus peuplée du pays comprenant Bogota, Medellin, Bucaramanga, etc.
- l'Orénoqui dont l'activité principale est l'élevage
- l'Amazonie

Ces régions sont très différentes les unes des autres par leurs paysages, leurs ethnies et leurs dialectes, leurs activités économiques, leur musique et leur gastronomie.

Le climat de la Colombie est de type tropical avec des températures assez stables toute l'année. Elles peuvent tout de même varier en fonction de la région à cause des différences d'altitudes. Par exemple, la température moyenne est de 26°C à Barranquilla (côte) contre 14°C seulement à Bogota (2600m).

La Colombie a vécu une récession économique sévère en 1999 et s'en est sortie difficilement mais avec succès puisqu'aujourd'hui elle se place au 4^{ème} rang des économies d'Amérique latine. Un succès prometteur pour un avenir ambitieux : la banque HSBC estime que la Colombie a les moyens de devenir une des principales économies mondiales d'ici 2050⁴.

L'économie colombienne se base principalement sur les ressources naturelles dont elle dispose sur son vaste territoire. Les plantations de café, d'orchidées et autres fleurs, ses émeraudes célèbres mondialement ou encore le charbon et le pétrole.

La Colombie a plutôt mauvaise presse en raison d'un passé sombre entaché par le narcotrafic, les crimes organisés, les enlèvements, l'insécurité générale et les conflits armés entre différents partis politiques ou plus tard entre la guérilla, les paramilitaires et l'armée nationale. Les années 60 ont marqué le début de longs affrontements entre l'armée colombienne, les insurgés de gauche (guérilleros) et les paramilitaires (d'extrême droite). Ce conflit sera exacerbé par le narcotrafic dans les années 80⁵.

¹ Nicolás del Castillo Mathieu, « La primera vision de las costas Colombianas, Repaso de Historia », *Revista Credencial*, mars 1992

² Pierre Vayssière, Simon Bolivar : Le rêve américain, Paris, Biographie Payot, 2008

³ Familia y Comunidad – Ritmos de Colombia. Colombiaaprende.edu.co

⁴ « World Economic Outlook Database », International Monetary Fund

⁵ El narcotrafico en Colombia,

<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/narcotraficolombia.htm>

La sécurité s'améliore et le trafic de drogue recule avec l'arrivée au pouvoir d'Alvaro Uribe Velvez en 2002 qui va d'une part engager des processus de paix et d'autre part renforcer la défense nationale. Le deuxième mandat d'Uribe a pris fin en 2010 où Juan Manuel Santos a pris le relais de la réconciliation nationale avec deux mandats jusqu'en 2018.

En ce qui concerne la gastronomie, elle n'est pas aussi réputée que celle d'autres pays d'Amérique latine. Elle s'apparente beaucoup avec la cuisine mexicaine en s'inspirant de la cuisine espagnole et celle des indigènes. C'est une cuisine qui peut paraître étonnante par la diversité et la quantité de féculents dans un seul plat⁶. Le café colombien est l'un des meilleurs du monde et bénéficie d'une renommée incontestée. Les fruits que l'on trouve en Colombie sont extrêmement variés et exotiques : un vrai régal!

La musique et la danse ont une place privilégiée dans la culture colombienne à l'instar du reste des pays d'Amérique du Sud. Les styles musicaux typiques colombiens sont le bambuco, la cumbia et le vallenato. La salsa est aussi très ancrée en Colombie, à tel point que la capitale mondiale de la salsa est Cali.

2.2 La santé

L'espérance de vie à la naissance était de 79 ans en 2012⁷, et elle continue d'augmenter jour après jour. Cette augmentation est en partie due à une amélioration de l'accès aux soins, mais surtout à une grande diminution de la mortalité infantile. En effet, la Colombie présentait un énorme taux de mortalité infantile, environ 40 pour 1000 naissances dans les années 1990, contre 24 pour 1000 en 2001⁸, et 18 pour 1000 aujourd'hui⁹. La mortalité infantile demeure un problème de santé important en Colombie, et le nombre de jeunes mères est en hausse. Environ 19.5% des adolescentes sont enceintes où ont déjà eu un enfant¹⁰. On estime qu'environ 96% de la population est couverte par le système de soins colombien (2012)¹¹, cependant il persiste évidemment des inégalités et les personnes démunies des zones principalement rurales souffrent d'une pauvre qualité ainsi que d'un médiocre accès aux soins. La Colombie est aussi une destination majeure de tourisme médical en Amérique Latine. Cela est dû à la haute qualité des professionnels de la santé exerçant sur place, ainsi que du nombre et de la qualité des infrastructures (surtout dans les villes telles que Bogotá, Medellín et Cali).

Les problèmes de santé majeurs en Colombie sont les maladies tropicales, la malnutrition, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires, les morts violentes (homicides), les accidents de la rue et le VIH¹².

⁶ Cultura Colombiana, <http://www.colombia.travel/es/turista-internacional/colombia/cultura>

⁷ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html

⁸ <http://fsfb.org.co/sites/default/files/tendenciasdelasaludencolombia2009.pdf>

⁹ <http://www.who.int/countries/col/en/>

¹⁰ <http://periodico.sena.edu.co/descargables/SITUACIÓN%20ACTUAL%20DEL%20EMBARAZO%20ADOLESCENTE%20EN%20COLOMBIA.pdf>

¹¹ <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/ministra-dice-cobertura-en-salud-fue-96>

¹² <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Análisis%20de%20situación%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

2.3 Le système de santé

Il est structuré de la manière suivante¹³:

- Au sommet se situe l'Etat. Les organismes entrant en jeu sont surtout: le Ministère de la Santé et Protection Sociale ainsi que la Commission de Régulation en Santé (CRES).
- Les assureurs, comme par exemple les EPS (cf. plus bas).
- Les prestataires, qui sont les divers hôpitaux, cliniques, laboratoires et autres.

Le système de santé en Colombie fut changé drastiquement en 1993 avec la "Loi 100"¹⁴. Cette loi stipule qu'à tout citoyen est fourni un paquet de bénéfice aux soins. Le système d'assurance de santé nationale se divise en deux régimes distincts:

- le régime contributoire (CR), qui couvre les travailleurs et familles possédant un salaire mensuel au-dessus d'un seuil minimum défini.
- le régime subsidiaire (SR), qui quant à lui couvre une population définie comme étant la plus pauvre.

Tous les Colombiens font partie d'un des deux régimes, et ont donc accès à un paquet de bénéfices. Le paquet fourni par le régime CR est le POS (Plan Obligatorio de Salud), et celui du SR est le POSS (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado). Le POS inclut tous les niveaux de soins, tandis que le POSS uniquement les soins de base ainsi que certaines maladies catastrophiques, alors que la majorité des soins hospitaliers n'est pas couverte.

La personne appartenant donc à l'un des deux régimes choisit alors son assureur, connu sous l'acronyme de EPS (Entidad Promotora de Salud) pour les personnes appartenant au CR et ARS (Administradora del Regimen Subsidiado) pour celles du SR. Il existe environ 21 EPS et 43 ARS. L'assureur se charge alors de contracter les divers services médicaux nécessaires à l'assuré à l'aide d'un réseau d'institutions privées ou publiques qu'il possède¹⁵.

3. CARTHAGÈNE

3.1 Généralités

La ville de Carthagène fut fondée en 1533 par le conquistador espagnol Pedro de Heredia, mais la présence des peuples autochtones dans la baie de Carthagène remonte à quatre millénaires avant J-C. Pendant près de trois siècles, cette ville représentait un point stratégique pour l'empire espagnol. Il s'agissait de l'axe d'entrée et de sortie pour l'économie et le commerce entre l'Amérique du Sud et l'Europe. Son port constituait un centre actif pour le transit d'or et la traite d'esclave, majoritairement en provenance d'Afrique¹⁶.

Après ces trois siècles de domination espagnole, l'anti-impérialiste Simon Bolivar libéra la ville en 1813 qui devint la Carthagène moderne.

¹³ <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/wrtj/Estructura%20General%20del%20Sistema%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20colombiano.htm>

¹⁴ http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/REGIMENES/REG_SEGURIDAD_SOCIAL/REG_SEGURIDAD_SOCIAL.htm

¹⁵ *Colombia's Universal Health Insurance System*, Ursula Giedon and Manuela Villar Uribe

¹⁶ Dominique Auzias, *Colombie*, Nouvelles éd. de l'Université 2009

En 2014, la ville de Carthagène compte environ un million d'habitants et sa particularité historique a un impact encore présent aujourd'hui. En effet, les proportions entre les ethnies sont différentes de la moyenne colombienne. Le pourcentage de descendants d'origine africaine ainsi que d'amérindiens y est plus important par rapport au reste du pays.

Carthagène se situe sur la côte nord dans la région des Caraïbes. Elle est la capitale du département de Bolivar. Comme dans beaucoup de villes de la côte colombienne, elle est grossièrement divisée en deux. Les quartiers nord, près de la mer, sont plus riches et plus développés. C'est dans ces quartiers que l'on trouve la vieille ville avec ses fortifications, mais aussi la péninsule de Bocagrande qui ressemble à Miami avec ses buildings et ses centres commerciaux. Ce quartier concentre les installations touristiques et commerciales de la ville. Plus l'on descend dans les quartiers sud, plus la pauvreté augmente, de manière croissante.

Carthagène possède l'un des plus grands ports du pays qui lui permet d'exercer l'une de ses deux principales activités économiques, l'industrie maritime. L'autre source de revenu est le tourisme, cette ville étant un des pôles majeurs du tourisme en Colombie avec plus d'un million de voyageurs par année¹⁷. Cette branche est fortement développée grâce à sa sécurité et ses liaisons directes vers Miami ou Madrid.

3.2 Santé locale

La situation sanitaire dans la ville de Carthagène est malheureusement pauvre et l'accès aux soins difficile. Cette combinaison est le résultat d'infrastructures sous-standard, de la pauvreté, des inégalités sociales étendues ainsi que de politiques de santé inadaptées. La ville présentait un des taux de mortalité infantile les plus alarmants du pays (48.4 décès pour 1000 naissances en 2001), mais ce dernier a favorablement diminué de 81% grâce aux actions de la JuanFe¹⁸. Un tel taux de mortalité infantile (surtout de causes infectieuses) laisse paraître des failles dans les programmes de préventions en place dans la ville. En 2005, 60% des habitants étaient couverts par une assurance santé¹⁹, ce qui est supérieur à la moyenne nationale, mais toutefois inférieur à d'autres villes comme Bogotá. La cause principale de décès à Carthagène est l'hypertension artérielle, suivie de l'infarctus aigu du myocarde, de la pneumonie bactérienne et des armes à feu²⁰.

¹⁷ Dominique Auzias, *Colombie*, Nouvelles éd. de l'Université, 2009

¹⁸ *Executive Summary*, rédigé en 2011, à l'occasion des 10 ans de la Fondation Juan Felipe Gomez Escobar

¹⁹ *Salud Pública y Situación Hospitalaria en Cartagena*, Joaquín Viloria De La Hoz, Cartagena de Indias, Novembre de 2005

²⁰ DADIS, Oficina de Planeación

4. LA FONDATION ²¹

La structure qui nous a accueillis lors de notre stage d'IMC est la Fondation Juan Felipe Gomez Escobar. C'est une organisation à but non-lucratif créée en 2001 par Catalina Escobar. Ses activités ont commencé en 2002 et ses buts principaux sont de combattre la mortalité infantile et d'aider au développement ainsi qu'à l'éducation des mères adolescentes.

La fondatrice, Catalina Escobar, était à l'époque une femme d'affaires possédant une société de trading. C'est lors d'un travail en tant que bénévole dans une maternité de Carthagène qu'elle fut surprise et révoltée de voir

mourir des bébés car leur mère (adolescente pour la plupart) n'était pas en mesure de fournir l'argent nécessaire pour un traitement qui aurait permis de sauver l'enfant.

C'est en constatant cette pauvreté et cette impuissance qu'elle se décida à liquider sa société afin de se consacrer à aider les mères adolescentes et les enfants les plus démunis de Carthagène. Elle créa alors cette Fondation, Juan Felipe Gomez Escobar, du nom de son dernier fils, décédé dans un accident domestique.

La Fondation a été établie à Carthagène car lors de sa création, cette ville comptait un taux de mortalité infantile très important (près du double de la moyenne nationale). De plus, elle possédait le plus haut taux de pauvreté au niveau national (68% de la population vivant sous le seuil de pauvreté) ; ainsi qu'un taux impressionnant de grossesses chez les adolescentes (30% des accouchements ayant lieu chez des femmes âgées de moins de 19 ans).

La Fondation est organisée en différentes unités :

- Le parrainage de berceaux : ce programme a pour but de sauver des bébés de moins d'un an, venant de familles vivant dans des conditions d'extrême pauvreté et qui sont à risque de mourir de maladies jugées évitables à l'aide d'une prise en charge médicale adéquate. Il est constitué d'une unité de soins intensifs en néonatalogie, qui a été offerte à l'hôpital Rafael Calvo par la Fondation, ainsi que d'un suivi médical gratuit des nouveau-nés au centre médical de la fondation par la suite. Depuis 2008, ce programme s'est particulièrement attelé à combattre les infections respiratoires aiguës ainsi que les maladies diarrhéiques aiguës.
- Le Centre Médical Juan Felipe : il a été créé en 2005, afin de faire face au manque de soins dont souffrait une grande partie de la population venant de milieux défavorisés de Carthagène. Cet établissement assure un suivi ainsi que des soins continus pour les bébés en offrant des consultations de pédiatrie, physiothérapie, nutrition, vaccination et logopédie. Le centre possède également un service de soutien psychosocial pour les mères.
- Le programme des mères adolescentes et le programme de suivi des mères adolescentes: ces deux dernières unités ont pour but de permettre aux mères d'acquérir des compétences professionnelles et/ou d'étudier ; puis de spécialiser ces connaissances dans le but d'être indépendantes financièrement. Un support psychosocial est présent tout au long de ces programmes.



²¹ Executive Summary, rédigé en 2011, à l'occasion des 10 ans de la Fondation Juan Felipe Gomez Escobar

La Fondation a également mis en place pour ces jeunes mères la possibilité d'obtenir un micro-crédit afin de leur offrir la possibilité de fonder leur propre magasin ou échoppe.

D'un point de vue plus large, la Fondation œuvre afin de réaliser les objectifs de développement du millénaire fixés par l'ONU, comme par exemple la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle ; mais également l'éducation primaire pour tous et l'élimination de l'extrême pauvreté entre autres.

Pour ce qui est de l'organisation de la Fondation, elle compte 112 employés répartis sur plusieurs sites (Carthagène, Bogota, Miami et Madrid). Les sites autres que Carthagène s'occupent d'une partie de l'administratif, ainsi que de la coordination et de la levée de fonds. Son conseil d'administration se compose de membres influents issus aussi bien du secteur public que privé (par exemple d'anciens ministres ou maires et différents directeurs de grandes entreprises). Beaucoup d'accords et de partenariats ont été établis entre la Fondation et différentes institutions et organisations œuvrant dans le même sens ; on peut citer comme exemple l'Agence nationale de lutte contre la pauvreté extrême.

La Fondation enregistre de très bons résultats, le programme de soins intensifs en néonatalogie a accueilli plus de 3000 bébés (sur une période allant de 2002 à 2011) dont 98% ont pu être sauvés. L'hôpital Rafael Calvo, qui bénéficie de cette unité de soins intensifs, a réussi à diminuer de 65% son taux de mortalité infantile rien que sur la période 2002-2005. A ce jour, presque 2500 adolescentes ont pu profiter des programmes offerts par la Fondation; et 76% de celles qui y sont passées sont actuellement en emploi ou en études. Ces dernières sont tout de même tenues de prendre rendez-vous chaque semaine avec un conseiller psychosocial de la Fondation afin d'assurer leur suivi et de les assister en cas de problème. En tout, plus de 20 millions de dollars ont été investis par la Fondation, que ce soit en ressources médicales, en infrastructures ou en support logistique.

Au vu des nombreux prix reçus par la Fondation, on peut juger de la reconnaissance et du prestige dont elle jouit. Parmi ceux-ci, on peut citer par exemple la médaille de "Great Official" remise en 2004 par le conseil du district de Carthagène, ou encore la "Croix d'Argent de l'Ordre National du Mérite" remise en 2011 par le président colombien Juan Manuel Santos. Il n'y a pas que la Fondation qui s'est vue récompensée pour son travail, mais également sa fondatrice Catalina Escobar. Elle a par exemple été nommée dame d'honneur de l'ordre souverain de Malte, et a fait également partie du "Top 10 CNN Heroes" lors du classement 2012²². Et plus récemment encore, elle a été conviée par UBS à participer à son forum annuel de la philanthropie en novembre 2013.

En 2011, la Fondation a inauguré son Centre Social, un bâtiment tout neuf situé dans le quartier excentré de Ternera à Carthagène. Cette nouvelle infrastructure de 13'000m² a permis de regrouper les différentes unités de la Fondation en un seul lieu. Le Centre Médical Juan Felipe ainsi que les programmes pour les mères adolescentes sont donc à présent au même endroit; l'unité de parrainage des berceaux restant quant à elle au sein de l'hôpital Rafael Calvo. Lors de la création de ce nouveau complexe, la Fondation a également porté son attention sur l'aspect écologique et ce Centre Social est donc le premier projet en Colombie à remplir les standards "Green Buildings" et "LEED" (pour Leadership in Energy and Environmental Design).

C'est dans ce bâtiment que nous avons effectué notre stage et nous allons donc à présent développer son organisation.

²² <http://edition.cnn.com/SPECIALS/cnn.heroes/2012.heroes/catalina.escobar.html>

Il se situe dans un des nombreux quartiers pauvres de la ville. Tout de suite derrière la porte grillagée, où un garde armé contrôle les entrées, se trouve la salle d'attente en plein air du Centre Médical. Ce dernier propose des consultations dans différents domaines:

- Médecine générale
- Pédiatrie
- Gynécologie
- Physiothérapie
- Logopédie
- Nutrition
- Vaccinologie
- Développement & croissance

Une pharmacie délivrant gratuitement les médicaments prescrits lors des consultations est également présente sur le site.

Les mères qui, avec ou sans leur bébé, attendent leur consultation sont aussi bien des bénéficiaires des programmes offerts par la Fondation que des "externes" qui ne viennent que pour les soins (comme par exemple des mères dont l'enfant est passé par le programme de parrainage de berceaux). Au premier étage, au-dessus des salles de consultations, se trouvent tous les bureaux administratifs.

Si on avance dans le Centre, on arrive dans une grande cafétéria située à côté de la garderie où les adolescentes peuvent venir déposer leur bébé pendant la journée. Celle-ci est appelée "CIDI" pour *Centro Integral de Desarrollo Infantil*.

Dans la deuxième partie du centre se répartissent sur deux étages toutes les salles de cours, appelées les "salons". C'est dans ces salons que prennent place les programmes de formation pour les mères adolescentes. Les jeunes filles qui intègrent ces programmes ont le choix entre diverses formations proposées:

- Cuisine
- Logistique
- Bijouterie
- Beauté et Esthétique
- Service hôtelier

Les différents salons regroupent aussi bien des classes où a lieu un enseignement purement théorique que d'autres qui sont dédiées à la pratique. Les horaires des cours sont de 8:00 à 16:00, de 3 à 4 jours par semaine. La plupart des mères laissent leur bébé au CIDI pendant leurs cours et les récupèrent à 10:00 pour le goûter ainsi que



pour le repas de midi, servi à la cafétéria par un service de restauration externe à la Fondation.

Au milieu de toutes ces salles de cours se trouvent également plusieurs bureaux où sont présents des psychologues et des assistants sociaux afin d'offrir un soutien psychosocial aux mères.

Ce qui nous a le plus frappé dans cette Fondation est l'aspect multidisciplinaire qu'elle propose. On le retrouve aussi bien dans l'organisation du Centre Médical que dans le choix des formations proposées pour les mères, et également dans tout l'aspect pratique et organisationnel qui a été mis en place pour faciliter le déroulement de toutes les activités. C'est vraiment la combinaison des volets social et médical qui nous a le plus impressionné. La Fondation ne s'arrête pas à l'aspect purement médical mais se préoccupe des mères et de leur enfant dans une vision bien plus large de leur santé; en englobant les aspects financier, éducationnel, social, psychologique et relationnel.

5. PARCOURS D'UNE MÈRE

Outre ses rôles médicaux ou éducationnels, la fondation JuanFe est surtout une infrastructure communautaire, ce qui constitue un lieu d'accueil idéal pour un stage IMC. Cette composante sociale et humaine s'explique par le fait qu'avant de traiter des données et des statistiques, le centre accueille des trajectoires humaines, individuelles, portant chacune leur passé, leur histoire, leur souffrance mais aussi leur espoir d'aller de l'avant. Ces humanités, dans toute leur complexité, nous interdisent de décrire cette fondation uniquement avec des faits, des chiffres, des dates. C'est pourquoi nous avons choisi de retracer ici le parcours-type d'une adolescente au sein de la JuanFe, en nous basant sur plusieurs récits, observations, visites effectuées au fil de notre stage, afin d'illustrer de manière plus vivante le fonctionnement des différentes structures d'accueil.

Natalia²³ a 18 ans. Elle a toujours habité dans le quartier "Nelson Mandela", une des zones les plus précaires et dangereuses de Carthagène. Retranché dans les banlieues industrielles du sud de la ville, ce bidonville de 40'000 habitants²⁴, s'étend sur une zone marécageuse qui rend les sols difficilement praticables à la construction. Pour y pallier, les habitants ont empilé sur la boue des couches d'ordures ménagères jusqu'à la création d'un sol à peu près solide, qu'ils recouvrent ensuite d'une couche de terre. Chaque famille y possède une maison, construite le plus souvent par le père de famille, avec des fines planches de bois contreplaqué en guise de murs, et de la tôle ondulée - ou parfois de simples sacs plastiques - pour le toit. Le sol, de simple terre, présente un risque sanitaire important, en raison des déchets qui gisent encore juste dessous et constituent un vrai nid de micro-organismes. Ces habitations commencent toujours de manière très sommaire, avec une seule pièce, et elles sont étoffées, améliorées, agrandies, isolées, colmatées, au fil des années, des nouveaux matériaux trouvés et des naissances dans la famille.

Natalia, elle, jouit d'une situation particulière: elle vit seule avec son enfant, dans un petit taudis de quatre murs et un toit, adjacente à la maison de ses parents, que son père l'a aidé à bâtir. Cela lui confère un certain degré d'indépendance.

La fondation, elle en a appris l'existence il y a trois ans, lorsqu'une de ses amies y avait été acceptée, ce qui lui avait permis de subvenir aux besoins élémentaires de son petit garçon et même de trouver par la suite un emploi dans un salon de coiffure. Elle était devenue un exemple pour toute sa rue.

Quand Natalia est tombée enceinte, à 15 ans, son petit ami a très vite commencé à prendre ses distances avec elle ; venant d'un autre quartier, il appartient à une "bande" rivale du frère de Natalia, et a craint que les choses ne tournent mal avec l'arrivée du bébé.

Elle a alors décidé de s'inscrire à la fondation Juan Felipe et tenter sa chance, même si elle savait qu'ils n'acceptent que très peu de candidates, et que les conditions d'entrée sont très strictes.

Après avoir rempli les questionnaires et formulaires qui permettent d'évaluer en détail la situation de la jeune fille, l'attente de la réponse durant les derniers mois de grossesse a été longue, et elle était alors face à l'inconnu: en cas de refus, s'occuper de l'enfant tout en continuant l'école secondaire aurait été impossible, sans parler des frais médicaux et de la nourriture du bébé.

Mais elle a été appelée à se rendre à la fondation pour la journée des entretiens, durant laquelle toutes les filles retenues après un premier filtre de sélection sont entendues durant une interview avec les

²³ Prénom fictif

²⁴ <http://www.semana.com/gente/articulo/barrio-nelson-mandela-en-cartagena/367608-3>

responsables du centre. Au terme de ce filtre qui se doit drastique, seule une soixantaine de jeunes mères ou adolescentes enceintes obtiennent le sésame tant espéré. Natalia a eu cette chance, alors que des centaines d'autres se sont vu refuser la précieuse aide.

La fondation cible un problème sociétal essentiel en Colombie, mais les moyens dont elle dispose sont bien loin de parvenir à répondre à la demande et à l'ampleur du phénomène de la maternité juvénile.

A son entrée dans la fondation, Natalia a découvert la prise en charge en trois phases des jeunes filles: elle a tout d'abord été intégrée dans le programme MA (Madres Adolescentes Primigestantes), qui délivre une formation centrée sur un domaine de compétence technique que chaque jeune fille choisit dès le départ, parmi: cuisine, beauté, logistique et bijouterie. Elle a opté pour la filière de cuisine, on lui a remis son uniforme correspondant, (un code couleur des uniformes identifie les filières), et elle a ainsi débuté sa routine journalière au sein du centre.

Quatre matins par semaine, elle se lève, prend un petit-déjeuner sommaire chez elle, revêt son uniforme, et quitte sa maison de bonne heure, ses affaires de cours dans le sac et son nourrisson sous le bras. Après un long trajet dans les bus communautaires particulièrement lents, elle arrive au centre, où elle est minutieusement identifiée par le garde au portail d'entrée sécurisé, et dépose sa fille au CIDI, la garderie du centre où le bébé sera pris en charge toute la journée. Elle rejoint alors sa salle de classe où les leçons débutent à 8h précises, alternant entre le domaine de prédilection des étudiantes (cuisine ici), ou d'autres compétences et apprentissages tels que l'informatique, l'anglais, l'éducation sexuelle, etc.

A 10h, la pause accompagnée d'une pâtisserie et d'un jus de fruits (faits à la boulangerie du centre) leur permet d'aller rejoindre brièvement leur nouveau-né au CIDI, avant de reprendre pour deux heures de cours. A midi, le repas est pris en commun dans la grande cafétéria du centre, et est gratuit, comme tous les autres services que la fondation offre. Les cours de l'après-midi poursuivent de 14h à 16h, puis après un goûter au centre, elle prend le chemin de la maison.

Cet horaire est seulement interrompu lorsqu'elle ou son bébé présente un problème de santé: elle se rend alors directement dans la salle d'attente du centre médical et pourra bénéficier le jour même d'une consultation de la spécialité nécessaire, ainsi que du traitement adéquat après un passage à la pharmacie.

Sans oublier également les différentes consultations obligatoires pour le suivi de l'enfant, en Vaccinologie, Nutrition, et Développement & Croissance, qui vont assurer à l'enfant une couverture immunologique optimale et une surveillance régulière de ses paramètres développementaux.

Ce programme, d'une durée de 6 mois, laisse ensuite place (pour les étudiantes les plus assidues et motivées) au programme ME (Madres En seguimiento), offrant un suivi pour une nouvelle période de 6 mois ainsi que des cours plus poussés dans une branche plus avancée de leur domaine (services hôteliers, esthétique & cosmétique, cuisine), favorisant le travail en équipe, dans le but de les amener vers la recherche d'un emploi. Le quotidien de ce deuxième module est très similaire au premier, mais les étudiantes ne viennent que trois fois par semaine au centre.

Enfin, après une année au sein du centre, Natalia a été finalement dirigée vers la troisième phase de prise en charge: OEE (Oficina Empleo y emprendimiento), dédiée à la recherche d'un emploi. Grâce à une surveillance exhaustive du marché de l'emploi, à des alliances existantes entre la fondation et différentes entreprises et à des bourses permettant aux filles de démarrer un commerce ou de poursuivre des études universitaires, la quasi-totalité des jeunes mères formées à la fondation parviennent à trouver un emploi stable et subvenir seules à leurs besoins dans un avenir proche. Natalia, elle, malgré sa formation de cuisinière terminée avec succès, désirait continuer des études universitaires et a pu obtenir grâce à ses bons résultats et son comportement exemplaire une bourse d'études à l'université afin d'intégrer la faculté de Psychologie. Loin de son projet de départ, c'est l'expérience au sein de la fondation qui lui a donné l'envie et la volonté de prouver qu'elle valait quelque chose, d'aller de l'avant et de poursuivre des études académiques. Elle débute en septembre

le semestre universitaire et a réussi à s'arranger avec une mère du quartier qui gardera son bébé la journée.

Elle est aujourd'hui consciente de la chance inespérée qu'elle a eu d'être accueillie par cette fondation qui a transformé sa vie et lui a donné les outils pour créer son propre projet d'avenir, aussi bien sur le plan familial que professionnel.

6. NOS ACTIVITÉS

6.1 Le projet initial

Lorsque nous sommes arrivés à la Fondation Juan Felipe, nous avons comme projet d'étudier le fonctionnement de cette structure afin de pouvoir apprécier leur impact sur la mortalité infantile dans la ville de Carthagène. Nous étions donc partis dans l'idée d'avoir un rôle surtout d'observation dans le but d'étudier les moyens mis en place par la Fondation pour combattre ce problème; et d'apprécier le fonctionnement d'une structure multidisciplinaire comme celle-ci.

Nous connaissions l'organisation de la Fondation et nous avons convenu avec les responsables que nous pourrions aller observer les différentes consultations du centre médical ainsi que le CIDI et surtout la prise en charge et l'éducation offertes aux mères adolescentes. Ce dernier point nous intéressait particulièrement; en effet, nous avons choisi d'effectuer notre stage dans cet établissement d'une part pour y étudier la réduction de la mortalité infantile mais également parce que cette Fondation présentait un volet social vraiment important et très développé.

C'est lors de notre premier jour, après une brève présentation de l'organisation de la structure qui nous accueillait, que nous avons appris que nos activités ne se limiteraient pas à celles mentionnées ci-dessus. Après nous avoir rapidement expliqué que le ministère de la santé avait mis en place une campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains dans les établissements de soins, la responsable sur place, Mme Anyi Luz, nous a fait part du projet auquel elle voulait qu'on s'attèle: mettre en place une campagne pour sensibiliser les mères adolescentes ainsi que tout le personnel au lavage des mains.

Cette initiative lancée au niveau national par le ministère de la santé demandait aux structures de soins de mettre en place un projet, mais n'imposait rien sur la mise en forme que devait prendre ce projet, ni ne donnait de quelconques directives concernant la réalisation et la mise en place.

La responsable nous a alors demandé si nous pouvions nous en charger.

6.2 Programme d'hygiène des mains

Contrairement aux autres activités que nous avons effectuées au sein de la fondation, pour lesquelles nous étions dispersés, le programme d'hygiène des mains a fait appel aux cinq membres de notre groupe. Il nous est d'abord venu l'idée d'effectuer des présentations de courte durée au sein de chacune des classes de la Fondation, mais également pour le personnel de la Fondation, non seulement médical mais aussi administratif et sanitaire.

• Présentations

L'idée était la suivante: préparer une présentation à l'aide de pancartes, qui soit facile à comprendre et exhaustive; mais assez courte afin de garantir une attention complète des adolescentes de la Fondation et pour ne pas trop déranger les divers professeurs que nous devons interrompre en plein cours. Le premier problème nous est apparu tout de suite: il nous fallait une présentation simple et facile à comprendre pour les filles entre 12 et 19 ans, mais nous devons aussi faire une présentation pour le personnel médical, et il fallait être dans ce cas plus précis dans nos informations. Nous avons donc décidé de préparer deux présentations: une pour les jeunes adolescentes et le personnel de la fondation non-médical, et une autre pour le personnel médical. La première devait être simple, sans jargon scientifique, allant droit au but; alors que la seconde se devait d'être plus précise et contenant tous les termes techniques adéquats. D'autant plus que nous enseignions une méthode de lavage des mains plus complète au personnel médical qu'aux adolescentes.

C'est alors qu'a commencé toute la préparation pour les présentations. Nous nous sommes répartis le temps de parole entre les cinq membres du groupe, chacun s'adressant au public sur une facette du lavage des mains. La présentation devait évidemment se faire en espagnol, et nous nous sommes donc tousentraidés afin que les personnes moins à l'aise dans la langue puissent quand même participer et interagir avec les adolescentes qui nous écoutaient. Une fois que nous jugions être prêts pour affronter les classes remplies d'adolescentes, nous avons d'abord montré le fruit de notre travail à Mme. Luz. Elle fut grandement satisfaite de la présentation à laquelle nous avions abouti, et nous sommes donc partis en direction de la première classe qui allait nous accueillir.

A l'arrivée dans la salle de cours, il a d'abord fallu instaurer le silence, ce qui, dans une classe remplie d'une vingtaine de jeunes adolescentes, est plus facile à dire qu'à faire. Une fois cette tâche accomplie, nous pouvions commencer notre présentation. Celle-ci se déroulait de la manière suivante: d'abord, quelques minutes de discussion sur des notions importantes concernant le lavage des mains. Sans utiliser des termes médicaux ou scientifiques, nous expliquions aux jeunes mamans pourquoi il est important de régulièrement se laver les mains, et nous discutons aussi de certaines maladies se transmettant par contact direct avec les mains. Il nous semblait important de leur donner des exemples simples et dont elles aient déjà entendu parler, c'est pourquoi sans parler de bactéries ou parasites nous parlions plutôt de diarrhée, grippe, vomissements, et autres. Ensuite vint la seconde partie de la présentation, à savoir l'enseignement des gestes à effectuer lors du lavage des mains. La présentation donnée aux jeunes mères ne parlait pas de gel ou de solution hydroalcoolique (cela étant réservé au personnel médical de la fondation). Pour les adolescentes, nous leur apprenions le lavage des mains à l'aide de savon et d'eau. Nous avons donc des pancartes détaillant précisément chaque geste à faire, et les faisons les uns après les autres en respectant chaque étape, et en expliquant bien leur utilité (quelle partie de la main cela désinfecte). Une fois fini, nous refaisons les gestes encore une fois mais cette fois de manière plus rapide. Ensuite nous laissons place aux questions, et une fois celles-ci répondues, la présentation était terminée et nous quitions la salle.

Nous avons donc répété cette présentation dans toutes les classes d'adolescentes, mais pas uniquement. En effet, nous l'avons également effectuée pour le personnel en charge du nettoyage mais aussi le personnel administratif de la Fondation. Il restait cependant une présentation à faire pour le personnel médical, qui comprenait non-seulement les médecins mais aussi les infirmières, la physiothérapeute, la pharmacienne, etc. Nous ne pouvions par contre pas nous permettre de leur présenter l'exposé simple et général qui avait été donné aux autres personnes: il fallait ici être plus précis. Nous avons donc modifié la présentation, pour qu'elle soit plus détaillée, plus scientifique, et donc mieux adaptée pour le personnel soignant. Les modifications comprenaient l'utilisation de jargon médical (nom des bactéries, maladies précises plutôt que des symptômes généraux) et aussi les moments dans lesquels il est le plus important de se laver/désinfecter les mains. Effectivement, les "moments primordiaux" variaient en fonction de l'auditeur de notre présentation. Pour les jeunes mamans, cela concernait surtout les moments de contact avec leur enfant. Pour le personnel de nettoyage, les gestes autour du lavage/ramassage de déchets. Et donc, pour le personnel médical, il s'agissait des instants axés autour du contact avec le patient. En plus de cela, une différence fondamentale entre ce que nous enseignions au personnel médical et aux filles était l'usage d'une solution hydroalcoolique à la place du savon et de l'eau. Les gestes à effectuer demeuraient par contre pratiquement les mêmes.



• Chorégraphies

Après avoir pu présenter notre exposé à la totalité de la fondation, il restait un léger problème: nous jugions qu'avec un seul passage, les gens oublieraient très vite ce dont nous leur avons parlé. Mais nous pensions aussi qu'effectuer une deuxième fois la même présentation serait trop rébarbatif. Il nous est alors venu l'idée originale de faire une danse! Mais une danse dans laquelle nous allions incorporer les gestes du lavage des mains. Pourquoi cette idée? Car il s'agissait de classes d'adolescentes, et pour capter leur attention il nous paraissait nécessaire de faire quelque chose d'amusant et d'original. D'autant plus que nous étions en Colombie, où la grande majorité des personnes possède la danse dans le sang. Mme. Luz fut très enthousiaste concernant notre idée, et nous avons donc préparé une chorégraphie simple incorporant toutes les étapes du lavage des mains. La musique choisie était la chanson de Shakira pour la coupe du monde de football 2014 ("Dare You"), connue de tous, et nous sommes donc repassés dans chaque classe mais effectuant cette fois notre danse. Si nous avons de légères appréhensions au début, celles-ci furent très vite dissipées après notre premier passage. En effet, le succès fut total. Non seulement nous avons l'attention de toutes les jeunes filles, mais elles étaient aussi très contentes de pouvoir participer en effectuant correctement tous les gestes du lavage des mains! Le but était donc accompli. Pour finir, à la veille de notre départ de la Fondation, nous avons invité tout le monde à participer à une grande danse du lavage des mains dans la cafétéria. Celle-ci s'est avérée être un grand succès, et saura garantir pour quelques temps en tout cas le souvenir du lavage des mains chez les jeunes mamans - du moins nous l'espérons.

• Collaboration avec les HUG

Un élément notoire et particulièrement crucial dans la réussite de ce projet a été notre collaboration à distance avec le Service de Prévention et de Contrôle des Infections (SPCI) à Genève.

En effet, il nous est rapidement apparu qu'une barrière importante pour l'apprentissage de l'hygiène des mains aux soignants serait la difficulté de se procurer des bouteilles de solution hydroalcoolique sur place. Nous étions en effet persuadés que la présence unique d'eau et de savon dans les cabinets médicaux était responsable de la mauvaise compliance du lavage des mains, au vu du rythme effréné des consultations. Le temps économisé (déplacement au lavabo, mouillage, séchage) par la solution hydroalcoolique pouvait selon nous être un facteur déterminant qui amènerait un changement durable des habitudes du personnel.

Dès lors, nous nous sommes renseignés pour essayer de nous procurer sur place la solution utilisée aux HUG et qui, nous le savions, s'était imposée dans le monde entier comme le produit le plus adapté aussi bien au niveau de la désinfection que du confort du soignant²⁵. Cependant, nous avons vite compris qu'il serait difficile de s'en procurer via les hôpitaux ou centres médicaux locaux, qui utilisaient encore majoritairement du savon et de l'eau, ou parfois un gel antibactérien qui ne répond pas aux standards de désinfection souhaités²⁶.

Nous avons alors décidé de contacter le professeur Didier Pittet, professeur de médecine et d'épidémiologie hospitalière à l'Université de Genève et directeur du programme de contrôle des infections aux HUG²⁷. Ayant déjà reçu des cours donnés par ce dernier concernant l'hygiène des mains et la prévention des maladies nosocomiales, nous savions qu'il avait réussi à mettre sur pied un programme mondial basé sur l'utilisation systématique des solutions hydroalcooliques au sein des hôpitaux²⁸, et qu'il était donc l'homme de la situation.

Répondant très promptement à nos emails, le Prof Pittet s'est réjoui de notre intérêt pour la problématique et a manifesté immédiatement sa volonté de nous aider dans la mesure de ses moyens.

Son premier soutien à notre projet fut de nous transmettre électroniquement une panoplie de documents et de directives officielles de l'OMS pour l'hygiène des mains, agrémentés de posters et affiches en espagnol. Mais surtout, il a su nous fournir le précieux liquide désinfectant: le SPCI nous a envoyé le lendemain un carton rempli de bouteilles de solution hydroalcoolique par voie express. Le doute subsistait toutefois quant à l'arrivée du carton à bon port, sachant qu'il existe de fortes restrictions sur l'envoi de produits alcoolisés et inflammables par voie aérienne. Cependant,



²⁵ Larson E., Girard R., Pessoa-Silva C.L., Boyce J., Donaldson L., Pittet D., "Skin reactions related to hand hygiene and selection of hand hygiene products", American Journal of Infection Control, 2007.

²⁶ Kramer A., Rudolph P., Kampf G., Pittet D., "Limited efficacy of alcohol-based hand gels", The Lancet, 27 avril 2002

²⁷ [http://www.hug-](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/maladies_infectieuses/documents/pr_didier_pittet.pdf)

[ge.ch/sites/interhug/files/structures/maladies_infectieuses/documents/pr_didier_pittet.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/maladies_infectieuses/documents/pr_didier_pittet.pdf)

²⁸ Surnommé le "Geneva Model" en référence à la ville où est né le projet. Cf. Pittet D., Donaldson L., "Clean Care is Safer Care: a worldwide priority", The Lancet, octobre 2005

après plus de 10 jours d'attente, alors que nous n'attendions plus son arrivée, le carton est enfin parvenu au secrétariat de la fondation et nous avons pu distribuer les flacons auprès de tout le personnel soignant du centre médical, qui se sont précipités sur les bouteilles. C'est ainsi grâce à une collaboration et une solidarité internationales que nous avons pu instaurer un protocole d'hygiène des mains rapide, sûr et adapté au sein du centre.

6.3 Volontariat

- CIDI

Une de nos principales actions en tant que volontaire fut de travailler au sein du CIDI. Entre les différentes interventions dans les classes sur l'hygiène des mains, ce fut l'endroit où trois membres du groupe passèrent la majeure partie de leur temps.

Malgré le tournus et la présence relativement marquée de volontaires dans la fondation, notre insertion en sein de l'équipe du CIDI fut quelque peu poussive. Peut-être s'agissait-il de notre genre ou de la barrière de la langue, mais les relations et la fluidité avec laquelle nous évoluions dans le CIDI mirent quelques jours à se mettre en place. Heureusement une des nourrices, Claudia, parlait un anglais presque parfait. Ce fut la personne qui nous a expliqué comment s'y prendre avec les enfants et qui nous a introduits auprès des autres nourrices. Grâce à elle, la glace fut brisée et les relations avec les femmes du CIDI ainsi que les enfants se développèrent très vite.

Notre rôle au sein du CIDI était assez simple : épauler le personnel. Il n'y a jamais assez de bras pour jouer avec les enfants ! Hormis ce rôle dans lequel nous nous plaisions, nous devons leur donner à manger deux fois par jour, avant que leur mère ne vienne les chercher à la pause de midi, puis à nouveau durant l'après-midi. Cette activité se révéla relativement périlleuse pour certains d'entre nous. Mais après quelques jours de pratique et d'explications, nous avons pu nourrir bon nombre d'enfants, même si certains demeuraient trop réticents.

D'un point de vue plus général, nous avons vraiment passé du bon temps à nous occuper des enfants, mais nous avons aussi appris à nous comporter avec eux, ce qui n'est pas inné. Hormis nos activités qui consistaient à nourrir et jouer avec les enfants, nous aurions apprécié nous investir plus dans le CIDI. Nous n'avons pas pu participer à toute la partie concernant le lavage et le bain des enfants. Tout comme le suivi sur le plus long terme, leur croissance ou leur prise de poids. Il s'agissait juste d'un manque de temps sur place, mais l'aperçu que nous avons eu des enfants et indirectement de la pédiatrie fut très instructif.

Durant notre passage au CIDI, nous avons développé une grande amitié avec Claudia, mais aussi avec un autre membre, Cindy. Cindy est passée dans la fondation en tant que mère avant d'intégrer le personnel du CIDI. Ce furent les deux personnes qui nous ont le plus apporté durant notre stage. Tout d'abord au sein même du CIDI, elles nous montraient, apprenaient et corrigeaient sur la manière de faire avec les enfants. De plus, elles nous ont permis de réaliser une interview et d'avoir un point de vue interne et subjectif de la fondation et tout ce qui en découle. C'est aussi elles qui ont fait le pont avec les filles de la



fondation. Nous pouvons dire que nous, européens et plus âgés, intimidions quelque peu ces jeunes filles. Grâce à Claudia et Cindy, nous avons pu gagner leur confiance et en apprendre plus sur leurs différentes histoires, souvent délicates. Ce fut là un des points forts de notre présence dans la fondation. Voir toutes ces filles qui se pressaient vers Claudia afin qu'elle puisse traduire et nous raconter leurs histoires, leur vécu personnel.

Sans oublier les liens tissés avec les enfants en bas âge. Cette fois-ci, pas de barrière de langue et malgré nos hésitations du début, notre affection auprès de ces petites choses se renforçait chaque jour. D'ailleurs, les séparations à la fin du stage furent émouvantes. Nous avons appris à nous comporter et à gérer les différents caractères que nous avons sous la main. Parfois gentils et joueurs, mais parfois aussi autoritaires, nous avons énormément appris sur les enfants et ce fut là une expérience humaine très enrichissante.

• Centre médical

Pour les deux membres de notre groupe disposant dès le départ de meilleures connaissances en langue espagnole, les activités quotidiennes à la fondation se sont déroulées au sein du centre médical Juan Felipe. Bien que notre contribution pratique au travail des soignants y fut moindre que pour les étudiants assignés au CIDI, l'occasion de pouvoir observer – et parfois participer à – de nombreuses consultations médicales dans différentes spécialités nous a permis d'affiner notre analyse de la situation sanitaire et des pratiques médicales en Colombie. La situation particulière de ce centre nous a aidé à acquérir une vision plus complète de l'offre de santé locale. Nous détaillons ici quelques éléments des consultations de médecine générale et de nutrition.

Pilier central de cette institution, la consultation de médecine générale est la seule à disposer toute la journée de deux cabinets actifs simultanément, et agit comme un centre de tri et de redistribution pour les autres spécialités du centre.

Recevant les jeunes mères mais également leurs nouveau-nés (bien qu'une consultation de pédiatrie existe aussi), les généralistes délivrent des consultations axées essentiellement sur le problème actuel, et sont chargés de faire la différence entre les cas mineurs qu'ils traitent directement, et les pathologies plus graves qu'ils redirigent vers les consultations spécialisées. La demande importante, causée à la fois par le grand nombre de personnes dans la fondation, mais aussi par la situation sanitaire souvent précaire de ces patients (bidonvilles construits sur des déchets, pas d'eau courante, ...), ainsi que la tendance à la surconsultation due à l'attrait de la gratuité, obligent les praticiens à réduire le temps de consultation au minimum nécessaire pour explorer la facette biomédicale, ce qui bien souvent délaisse la relation médecin-malade. A noter qu'en raison du fonctionnement sans rendez-vous du centre (les filles viennent directement de leurs cours au secrétariat du centre médical lorsqu'elles souhaitent consulter), la durée de consultation n'est pas calibrée, et celles-ci ne durent parfois que cinq petites minutes. Nous pensons par ailleurs que cette nécessité d'efficacité peut encourager un comportement plus paternaliste de la part des médecins, attitude que nous avons souvent observée.

Du point de vue de la technique médicale, la structure de l'entretien est très proche de ce que nous avons appris, avec une anamnèse actuelle axée sur un cône de questions, suivie par un examen physique et un bilan avec le patient accompagnant l'ordonnance. Le matériel utilisé est généralement moderne et adapté, les salles sont plutôt confortables, climatisées, et les consultations sont toutes consignées dans un registre informatisé commun à tous les médecins du centre, ainsi que dans le dossier papier du patient. Le fait que le médecin remplisse lui-même les deux dossiers nous a paru une perte de temps importante qui empiète sur la relation et le contact avec le patient (alors que les dossiers informatisés sont remplis par des assistants médicaux en Suisse). Le point qui nous a le plus frappé à notre arrivée était l'hygiène des mains chaotique et peu structurée des médecins, qui ne disposaient que d'eau et de savon situés dans une pièce attenante au cabinet. Ceci a grandement

motivé la création de notre programme de sensibilisation (cf chap. 6.2), qui contribuera peut-être à améliorer cet aspect.

Un autre contraste saisissant avec la Suisse est la surprescription d'antibiotique. S'il est vrai que « la compliance est tellement mauvaise ici, autant prescrire cinq antibiotiques, ils en prendront peut-être un »²⁹, on voit que les préoccupations de résistances bactériennes qui régissent nos guidelines européennes ne sont ici pas encore à l'ordre du jour (du moins pas dans ce centre).

En réalité, la consultation de médecine générale, en tant que filtre de premier niveau qui prend en charge rapidement les patients et évite la surcharge des spécialistes, possède ici un rôle très similaire à celui de son homologue en Suisse. Cependant, cette fonction nous est apparue d'autant plus flagrante au sein de ce petit monde médical très complet qu'est la fondation, où tous les acteurs du paysage de la santé sont présents le long d'un seul et même couloir et où leurs interactions deviennent bien plus visibles.

Nous avons également assisté aux consultations de nutrition, qui possèdent un rôle indispensable en raison de la mauvaise alimentation des classes précaires qui fréquentent le centre.

Avec un unique cabinet et une nutritionniste présente toute la journée (Dr. Nicxy Jimenez), il s'agit ici d'une consultation de second niveau, et les patients qui consultent y sont envoyés suite à une consultation de médecine générale ou - pour les bébés - d'un suivi obligatoire de développement (effectués par des infirmières en consultation de « Croissance & Développement »), lorsqu'un problème alimentaire a été identifié.

Pour l'essentiel, ce cabinet œuvre contre la fréquente malnutrition des nouveau-nés, qui sont souvent nourris avec des laits ou des aliments non-adaptés à leur âge, souvent par manque d'éducation maternelle des jeunes filles ou par souci financier. Ainsi, la nutritionniste prend le temps d'expliquer, à l'aide de dépliants interactifs, la nécessité d'une alimentation adaptée pour le bon développement de l'enfant. Paradoxalement, on y voit se développer des relations médecin-malade bien plus complexes qu'en médecine générale, peut-être car le temps n'est ici pas aussi limité. Les laits adaptés étant ensuite délivrés gratuitement à la pharmacie, les résultats obtenus sont généralement très bons et les bébés retrouvent après quelques mois un développement normal.

Moins fréquemment, la docteure s'occupe d'enfants avec des défauts métaboliques, nécessitant un suivi méticuleux, et reçoit aussi les jeunes mamans pour des problèmes de surpoids ou de malnutrition. En effet, les populations les plus pauvres devant se nourrir avec un budget limité, on voit aussi bien des poids trop faibles dus à une alimentation trop pauvre, que des poids élevés dus à une alimentation peu équilibrée (trop de féculents, qui sont bon marché). Dans ces cas-là, il est plus difficile d'obtenir des résultats significatifs mais la nutritionniste met en place des stratégies sur le long terme.

• Physiothérapie

C'est une semaine après notre arrivée à la fondation que Mme Luz, la coordinatrice de nos activités sur place, nous proposa d'assister et participer aux consultations de physiothérapie. Le cabinet étant trop petit pour nous accueillir les cinq en même temps et pour ne pas paraître trop intrusif dans la consultation, nous avons convenu d'un programme permettant à chacun des membres du groupe d'assister la physiothérapeute à raison de deux demi-journées par semaine. Nous avons ainsi pu observer certains cas que nous nous permettons de présenter ici :

Un jeune garçon de l'âge de deux ans entra dans le cabinet, il regarda Elida, la physiothérapeute, mais son expression ne changea pas. Il se dirigea vers les jouets qui étaient disposés dans le cabinet. Cet enfant était atteint du syndrome de Möbius, une maladie génétique très rare du chromosome 13. Le gène précis impliqué dans cette maladie n'est pas encore clairement identifié.

²⁹ Propos d'un médecin recueilli lors d'une consultation de médecine générale

Elvis présentait une paralysie faciale bilatérale et un faciès très particulier et typique de cette maladie qui provient entre autres du fait que leur mandibule est raccourcie. C'est sans expressions faciales qu'il s'amusa et lorsque la physiothérapeute commença à l'examiner, c'est sans expressions qu'il se mit à pleurer.

Sa démarche un peu particulière s'explique par le fait que ce syndrome est parfois associé à des problèmes de coordination, d'équilibre et au pied bot pour lequel le jeune Elvis s'est fait opérer.

Pour ce qui est de la prise en charge, la physiothérapeute le fit marcher, sauter et tourner sans ses chaussures. Quant à l'équilibre, il s'agissait d'entraîner l'enfant sur une sorte de tronc en mousse à trouver son point d'équilibre et s'y stabiliser.

Un enfant dans les bras de sa jeune mère constitue le second cas. L'enfant semblait à priori endormi mais en réalité il était juste immobile. Cet enfant avait une microcéphalie accompagnée d'une cécité unilatérale gauche et hypertonie spastique. Après quelques questions nous apprîmes que cet enfant était né avec une hydrocéphalie obstructive. Une opération chirurgicale à la naissance avait permis de traiter l'hydrocéphalie mais avait entraîné la cécité de l'œil gauche ainsi que la microcéphalie. L'explication donnée par la physiothérapeute pour expliquer cette complication est la suivante : La pression intracrânienne induite par l'obstruction a entravé le développement du cerveau. L'enfant était né avec un cerveau à volume réduit, le crâne se serait adapté à la taille du cerveau et les fontanelles ont disparues, ce qui a empêché l'expansion du crâne.

Le retard mental fut difficile à évaluer pendant la consultation car l'enfant était très apathique.

La prise en charge physiothérapeutique se focalise sur le travail de l'équilibre et de la posture.

Linda, une fillette de 6 mois d'apparence normale, se présenta au cabinet. Ce n'est qu'à l'amorce de son examen physique que nous avons remarqué que l'enfant était presque dans l'incapacité totale de bouger, de pleurer, de rire, tousser ou d'éternuer. Nous avons compris aisément qu'elle était hypotone à l'extrême.

Elle était en surpoids et des crépitements se faisaient entendre à chaque respiration. La prise en charge au cabinet consistait en l'apprentissage de certains exercices que la jeune mère devait impérativement reproduire chez elle avec son enfant tous les jours pour pouvoir espérer une amélioration de la qualité de vie de sa fille. On note ici l'importance de l'adhérence thérapeutique que la physiothérapeute soulignait à répétition au cours de la consultation.

La physiothérapeute expliqua qu'il fallait d'abord passer les mains sur le membre à raison de 30 répétitions pour stimuler le membre et le cerveau. Ensuite venait une étape qu'elle appelle le «Tapping» qui consistait à tirer légèrement sur articulation puis faire s'entrechoquer les deux parties afin de stimuler la proprioception. Le troisième exercice consistait à mobiliser ses membres par des mouvements passifs puis les garder en extension ou flexion entre 5 à 10 secondes. Finalement il fallait faire une très légère luxation des membres inférieurs pour renforcer les muscles stabilisateurs de ses articulations.

7. IMPACT POSSIBLE

Après la mise en évidence d'une problématique de santé et la mise en place de solutions concrètes pour tenter d'y remédier, il est indispensable de savoir estimer les impacts qu'un projet a eu sur la situation initiale, ainsi que reconnaître, le cas échéant, les problèmes subsistants.

A l'image des bilans réguliers effectués par la fondation Juan Felipe pour évaluer ses propres performances, nous estimons qu'il est crucial de détailler les possibles effets qu'a pu (ou pourra) apporter notre projet de stage au sein de celle-ci. Sans temps d'observation après notre passage, nous

ne pouvons malheureusement pas avancer de données quantitatives sur notre impact, mais seulement conjecturer les réussites ou échecs possibles de notre action.

Sur le plan du volontariat journalier au centre médical et au CIDI, nous sommes pleinement conscients que notre présence a d'avantage freiné l'efficacité des professionnels de la santé que renforcé les effectifs. En effet, notre rôle d'observateur dans les consultations médicales a nécessité de temps à autre quelques explications de la part des médecins qui tentaient pédagogiquement de nous faire participer ; quant à notre rôle d'auxiliaires avec les bébés du CIDI, s'il s'est parfois révélé utile (à l'heure du repas par exemple), nous n'avons dans l'ensemble pas été d'un soutien significatif pour les travailleuses.

Cependant, nous sommes convaincus que, loin d'être perdus, ces moments ont été primordiaux pour construire notre analyse et notre vision de la situation sanitaire ainsi que de la problématique étudiée. Le volontariat s'est donc révélé très enrichissant de notre côté. Mentionnons toutefois que la collaboration amicale et réussie qui a eu lieu encouragera peut-être à l'avenir d'avantage de projets de volontariat au sein de cette fondation, provenant notamment de notre faculté.

Le projet de lavage des mains, en revanche, visait dès le départ un changement concret dans les habitudes de l'ensemble des acteurs de la fondation.

Concernant notre action dans les classes, un point qui nous a marqué d'emblée est la réceptivité difficile des jeunes mères au sujet. Chargées d'histoires de vie tragiques, d'une situation familiale et financière souvent délicate, il est aisé de comprendre que l'hygiène des mains peut leur sembler un sujet de second plan. Cependant, la simplification des concepts exposés, la forme interactive de l'exposé et la distribution de feuillets explicatifs nous ont permis d'améliorer grandement l'intérêt porté et la mémorisation des points clés. Mais c'est surtout lors du deuxième passage avec la transcription des gestes en une danse que nous avons vu un vrai entrain de leur part, s'appliquant de leur plein gré à apprendre les pas, ancrés non plus dans le cadre scolaire mais ludique. Or, il est connu qu'on retient bien mieux ce qui nous marque émotionnellement et ce qui est présenté sous forme de jeu. Ceci nous porte donc à espérer un impact à long terme de notre passage auprès des filles. Il faut toutefois être prudent dans notre bilan et espérer que ce sujet d'une importance sérieuse n'a pas été pris comme un simple jeu et que les aspects sanitaires majeurs soient oubliés au profit de la danse.

Vis-à-vis du personnel médical, nous sommes bien plus optimistes quant à notre impact. Très réceptifs, ils se sont montrés intéressés et concernés par la problématique. Beaucoup ignoraient la séquence de gestes et les différents moments de lavage recommandés par l'OMS. Souvent découragés par le temps de lavage à l'eau et au savon ou utilisant un gel inadapté à l'antisepsie des mains, ils ont fait un bon accueil aux flacons de solution hydroalcoolique. Nous avons donc bon espoir que leur utilisation endiguera la transmission de germes par le corps du centre médical et réduira ainsi la morbidité au sein de la fondation. Il faut par contre émettre une réserve sur le ravitaillement après épuisement du produit. Feront-ils l'effort nécessaire pour s'en procurer auprès des contacts de l'OMS locaux ? Il est difficile d'en juger, mais sans étude rétrospective sur la diminution des infections nosocomiales au centre prouvant l'efficacité des flacons, il y a fort à parier pour que les vieilles habitudes reprennent le dessus.

Notre stage d'immersion nous a certes permis de dresser le portrait d'une problématique de santé majeure en Colombie et d'en analyser les rouages, mais il faut reconnaître que notre impact y aura été d'envergure limitée. Au vu des moyens minimes à notre disposition, nous pouvons toutefois espérer avoir fait réfléchir sur l'importance de l'hygiène des mains, et avoir proposé des solutions simples et peu coûteuses pour sauver des vies.

Les impacts réels, eux, ne pourraient être mesurés que par des relevés précis d'infections, de lavages de mains et de mortalité durant plusieurs mois, ce dont nous ne disposons (malheureusement) pas. Nous pouvons tout de même affirmer avoir apporté notre petite pierre à l'édifice, en espérant qu'elle le renforcera.

8. CONCLUSION

C'était donc la tête pleine d'interrogation et d'appréhension que nous nous sommes lancés dans cette aventure. Une tendance très positive ressort de notre groupe à propos de ce stage, il fut extrêmement enrichissant et il a entièrement comblé nos attentes respectives.

D'un point de vue général, la Colombie est un pays incroyablement riche et haut en couleur où de nombreuses ethnies cohabitent et les extrêmes se côtoient. Après une très brève période d'acclimatation, nous avons pu nous rendre compte de la prospérité du pays et de la générosité de sa population. Les blessures du passé liées au narcotrafic et la période d'insécurité sont désormais révolues et nous avons pu nous épanouir pleinement dans ce magnifique pays.

Après un mois de stage, nous avons eu un aperçu très complet des progrès ainsi que des solutions mises en place afin de diminuer la mortalité infantile à Carthagène. Nous avons aussi eu la chance d'évoluer au sein de la fondation Juan Felipe qui offre une palette de services très complets.

En ce qui concerne nos attentes, nous espérons participer un peu plus à des gestes médicaux. Même si nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer ces gestes, le gain relationnel et humain qui en ressort a largement comblé ce manque de pratique. Notre stage au sein de cette fondation nous a offert une vision plus globale de la médecine, une vision qui englobe et valorise la dimension psychosociale.

Ce dernier restera sans doute gravé dans nos mémoires au fil de notre carrière. Ces belles expériences de vie et d'humilité nous ont fait murir et feront de nous meilleurs médecins. Sans oublier les belles rencontres et les nombreux liens tissés avec les Colombiens qui ont enrichi notre passage au sein de la fondation et de ce pays.

Nous espérons que dans les années qui suivent, d'autres groupes choisiront de reprendre notre projet ou en tout cas de s'impliquer dans les structures mises en place pour aider les jeunes mères colombiennes. Il s'agit d'un monde complètement différent du nôtre, s'y plonger constitue une occasion unique d'élargir ses horizons et apporte une transcendante leçon d'humanité.



9. REMERCIEMENTS

Suite à cette belle aventure, nous souhaitons remercier bon nombre de personnes pour leur aide ou leur soutien.

Tout d'abord, la faculté de médecine ainsi que les responsables de l'unité d'immersion en médecine communautaire. Cette unité est un réel atout dans notre cursus. Il s'agit d'une occasion en or qui nous permet de sortir de notre « bulle » genevoise et de découvrir d'autres systèmes de santé, mais aussi d'autres cultures et d'autres mœurs.

Ensuite, le professeur Pittet et son réseau mondial d'hygiène des mains et de prévention des maladies nosocomiales. Bien que notre collaboration ne commença que peu de temps avant notre départ, nous voudrions lui faire part de notre reconnaissance pour son enthousiasme à soutenir notre projet. Les moyens techniques qu'il nous a apportés nous ont permis d'augmenter la qualité et l'impact de notre passage dans la fondation Juan Felipe.

Egalement, le personnel de la fondation qui nous a permis de vivre pleinement cette expérience et d'apprendre énormément durant notre stage. Grâce à leur grande diversité d'actions pour les filles du centre, nous avons pu voir différentes facettes des conditions de vie locales.

Et enfin, Magarita, propriétaire de la maison que nous avons loué pendant la durée du stage, mais surtout personne d'une extrême gentillesse et de confiance. Nous tenons tout particulièrement à la remercier pour tout ce dont elle a mis en œuvre pour que notre séjour se passe dans les meilleures conditions possibles. Elle nous a fait tomber amoureux de son pays natif, la Colombie.