

De la Gambie aux Alpes suisses

Deux systèmes de santé que tout oppose

Formé à Lausanne, j'ai été dix ans médecin-chef du Bijilo Medical Center (BMC) en Gambie, dont j'assure aujourd'hui encore la gestion à distance, parallèlement à ma pratique à Épalinges. De ce double ancrage, je tire ici une comparaison entre deux systèmes de santé que tout oppose, des moyens à la relation aux patient-es.

Par analogie, la Suisse est l'un des plus petits pays d'Europe continentale, tandis que la Gambie est le plus petit pays d'Afrique continentale, avec une superficie de 11 300 km² et une population de 2,8 millions d'habitant-es. L'anglais y est la langue officielle. La Gambie a accédé à l'indépendance du Royaume-Uni en 1965. Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans et plus est de 60 %, et 70 % de la population vit en milieu rural.

Système de santé gambien : portrait-robot

Contrairement à la Suisse, le système de santé gambien est organisé selon une structure pyramidale rigide et centralisée, à trois niveaux, gérée par le ministère de la Santé : niveau primaire : 492 postes de santé villageois ; niveau secondaire : 38 centres de santé et plus de 13 dispensaires ; niveau tertiaire : 4 hôpitaux de référence répartis sur le territoire. Ces structures publiques sont complétées par une douzaine d'établissements privés et non gouvernementaux. Les ressources humaines sont très limitées, comme dans la plupart des contextes à faibles moyens : la Gambie compte 1 médecin pour 10 000 habitant-es, contre environ 45 pour 10 000 en Suisse.

À cela s'ajoutent des contraintes logistiques tant pour les patient-es que pour les établissements : approvisionnement limité en médicaments et consommables, difficultés à acquérir et à entretenir les équipements diagnostiques, accès restreint à l'information et système d'orientation fragile.

Selon les données de l'OMS, le personnel du système de santé gambien se compose de 180 médecins généralistes, 117 spécialistes, 1 500 sages-femmes et infirmiers ou infirmières, et 1 500 agent-es de santé communautaire. Les médecins qualifié-es étant si rares, les soins cliniques, le tri et la gestion des établissements reposent largement sur le personnel infirmier, contrairement à la Suisse.

Le Bijilo Medical Center, un établissement représentatif

Le Bijilo Medical Center (BMC) est un établissement non gouvernemental représentatif en Gambie. Fondé en 2002, il est situé dans une communauté périurbaine. Il dispose de 30 lits d'hospitalisation, occupés à environ 80 %, de deux salles de consultation accueillant 30 à 60 patient-es par jour, d'une unité de maternité et d'accouchement, et d'une petite unité chirurgicale où sont pratiquées appendicectomies, excisions de masses et césariennes. L'effectif de 38 personnes comprend 3 médecins, 11 infirmiers et infirmières et plusieurs membres du personnel de soutien. Le BMC assure une prise en charge 24 h/24, 7 j/7.

J'ai étudié la médecine à l'Université de Lausanne et obtenu le titre FMH de médecine interne. À ce jour, parallèlement à ma pratique suisse, je reste activement impliqué dans la gestion clinique et administrative du BMC.

Les médecins, des « guérisseurs »*

En Gambie, les médecins jouissent d'un profond respect de la part de la population comme des malades. Beaucoup voient leur médecin comme un guérisseur savant, doté du pouvoir « mystique » d'extraire la maladie du corps, comme on retire une épine de la peau. Avec une telle attente, je voyais en moyenne 40 patient-es par jour, de 8 h à 18 h, du lundi au samedi.

Les difficultés cliniques commencent dès l'anamnèse. Le vocabulaire médical doit être adapté à un faible niveau de scolarisation et à des descriptions de la maladie souvent non scientifiques. Des tabous culturels peuvent limiter la divulgation d'informations essentielles. Ainsi, beaucoup de femmes refusent d'indiquer le nombre d'enfants qu'elles ont mis au monde, par crainte que compter ses enfants ne provoque la mort prématurée de certains. La plupart des malades ont déjà consulté des guérisseurs traditionnels, d'où des présentations souvent tardives.

Fait intéressant, les prénoms peuvent receler des indices cliniques : une personne nommée Sainey ou Awa est probablement jumelle ; les prénoms Filli ou Suntu désignent vraisemblablement l'enfant d'une mère ayant connu plusieurs grossesses non viables. Le langage corporel est lui aussi riche et utile au diagnostic.

Le stéthoscope reste tout-puissant

L'examen physique peut être entravé par un matériel non certifié ou obsolète. Tensiomètres, thermomètres et balances peuvent manquer ou être défectueux. Le ou la clinicien-ne dépend alors de ses compétences de base : inspecter, palper, ausculter. Le stéthoscope reste tout-puissant. Je me souviens d'avoir tenté de caractériser des souffles cardiaques ou des crépitations pulmonaires tandis qu'un générateur électrique rugissait à trente mètres de la salle de consultation. Dans certaines cultures, on ne mesure la taille d'une personne que quand elle est décédée : demander à une personne vivante sa taille pour calculer son IMC peut donc se heurter à une réticence.

La décision clinique repose ainsi, pour une large part, sur l'anamnèse et l'examen physique. Comme les patient-es paient généralement de leur poche, il faut considérer les multiples contraintes au moment de choisir les examens destinés à confirmer un diagnostic. Des tests simples (formule sanguine complète, bandelette urinaire, test de grossesse ou frottis sanguin) sont souvent indisponibles, faute de réactifs, à cause de microscopes hors d'usage, de coupures de courant ou d'un personnel de laboratoire insuffisant.

Contrairement à la Suisse, où la LAMal ou la LAA couvrent les frais médicaux, la facture, en Gambie, revient directement au ou à la patient-e. L'imagerie (radiographie thoracique, échographie, scanner) pose d'autres obstacles, en raison de son coût élevé et d'une logistique défectueuse. Je me souviens d'une imagerie cérébrale, pour une suspicion d'hydrocéphalie chez un adolescent de 14 ans, dont le coût équivalait au salaire mensuel de son père, professeur de mathématiques au secondaire.

Le traitement exige une bonne connaissance de la Liste des médicaments essentiels de l'OMS et des disponibilités locales. Les ruptures de stock sont fréquentes. La large disponibilité d'antibiotiques et d'autres médicaments en vente libre constitue une difficulté supplémentaire, la vente informelle pouvant substituer un médicament prescrit sans connaître le contexte clinique.

« Time is muscle » : un sens très différent

L'orientation des malades est un autre obstacle majeur. Le système d'urgence suisse (Rega, SMUR, etc.) atteint en quelques minutes jusqu'aux villages les plus reculés. En Gambie, organiser un transfert en ambulance d'un centre primaire vers un centre tertiaire prend des heures, et non des minutes, malgré les efforts d'organisations comme Riders for Health. Des notions telles que « time is muscle » ou le délai porte-aiguille y revêtent un sens très différent. La médecine suisse bénéficie d'une équité géographique et d'un

accès rapide aux hôpitaux régionaux ou cantonaux ; la médecine gambienne, non.

La charge administrative, elle, est inversée. En Suisse, on consacre un temps considérable aux formulaires d'assurance, aux justifications de procédures, aux lettres de référence, aux demandes d'avis spécialisé et aux obligations réglementaires. En Gambie, ces tâches administratives sont minimales.

La formation médicale continue est obligatoire dans les deux pays : assurée par la FMH en Suisse et par le Gambia Medical and Dental Council en Gambie. Le corps médical suisse bénéficie de programmes structurés et bien financés. En Gambie, il fait face à de multiples obstacles : faible débit internet, lourde charge clinique, absence de financement local et fortes obligations sociales et familiales. Les occasions de discuter des cas entre collègues ou lors de réunions multidisciplinaires, tels les « tumor boards », y sont rares.

Ce que les systèmes bien dotés peuvent apprendre

Cette double expérience met en lumière les forces du système suisse : accessibilité, sécurité, continuité et solide formation continue. Elle montre aussi ce que les systèmes bien dotés peuvent apprendre des contextes à ressources limitées : créativité clinique, recours judicieux aux examens paracliniques, capacité d'adaptation, refus de la polymédication et profondeur de la relation entre soignant-e et patient-e.

En accord avec les tendances mondiales, les médecins d'origine étrangère apportent des perspectives essentielles, susceptibles de soutenir et d'enrichir le paysage sanitaire suisse.

**Cette contribution recourt au langage épïcène. Quelques termes sont laissés au masculin lorsque celui-ci préserve la lisibilité ou le sens de l'image («guérisseur»)*

Musa Touray
Spécialiste en médecine interne générale