

RAFT : un remède contre l'isolement des soignants d'Afrique

Le Réseau en Afrique francophone pour la télémédecine, dirigé depuis Genève, permet de réaliser des enseignements et des consultations à distance. Il s'adresse aux professionnels de la santé, en ville comme dans la brousse

Il est 9 heures, jeudi matin. Comme toutes les semaines, plusieurs dizaines de terminauix disséminés dans l'Afrique francophone, certains en pleine brousse, se connectent à un serveur de l'Université de Genève. L'heure du cours de médecine à distance a sonné. Quelques centaines de personnes s'apprêtent à assister, depuis leur écran et en direct, à l'exposé donné par un médecin. Le sujet, ce jour-là, est intitulé «Complications urinaires de la bilharziose» et les orateurs sont le professeur Sérigne Magueye Gueye et le docteur Lamine Niang de l'Hôpital général de Grand Yoff à Dakar, Sénégal. L'image est bonne, le son aussi. Les diapositives venant appuyer le cours commencent à défiler. A la fin de la leçon, qui a duré une demi-heure, les auditeurs sont invités à poser des questions depuis leur clavier. La première vient de Madagascar, la suivante du Tchad. Le conférencier les lit et y

répond oralement. L'exposé est ensuite archivé et un lien Internet permet de le télécharger gratuitement à n'importe quel moment.

Cet enseignement à distance est le résultat le plus abouti du Réseau en Afrique francophone pour la télémédecine (RAFT), dirigé par Antoine Geissbuhler, professeur au Département de radiologie de la Faculté de médecine et au Service d'informatique médicale des Hôpitaux universitaires de Genève. Né en février 2000 et présent aujourd'hui dans pas moins de 14 pays*, le RAFT propose plus de 80 cours par année, dont 60% sont donnés depuis l'Afrique. Plus qu'un transfert de connaissances Nord-Sud, le RAFT est devenu une véritable plateforme d'échange Sud-Sud. Sur de nombreux sujets les compétences se trouvent d'ailleurs sur le continent noir: pathologies tropicales, affections touchant la mère et l'enfant, problèmes d'accès au soin liés à l'épidémie du sida...

Les maladies chroniques (cancer, diabète, obésité...) sont elles aussi régulièrement traitées, étant donné qu'elles font leur apparition en Afrique et que le personnel soignant ne sait pas toujours comment les prendre en charge.

Depuis le site Internet du RAFT, il est également possible de pratiquer des consultations à distance. Grâce à un logiciel libre mis au point par l'Univer-

sité de Bâle (iPath), un médecin peut publier des cas difficiles et solliciter un deuxième avis (quel que soit l'endroit où se trouve le spécialiste demandé). Ainsi, un chirurgien installé à Niamey, au Niger, a pu suivre et contrôler le rétablissement d'un de ses patients qu'il a opéré et qui est retourné à Zinder, à 800 kilomètres de là. Ce même dispositif permet à l'Hôpital de Zinder, qui dispose d'un scanner mais pas de radiologie, de faire interpréter les clichés par des spécialistes de la capitale.

DES MILLIERS DE KILOMÈTRES DE PISTE

C'est d'ailleurs l'un des grands problèmes des pays subsahariens: la quasi-totalité des médecins spécialistes sont installés dans les capitales, qui sont aussi les seuls lieux de formation. Tous les professionnels de la santé (médecins, mais aussi infirmiers, aides-soignants...) qui décident de pratiquer leur art en province, où vit encore la majorité de la population, sont certains de se retrouver isolés, séparés de la grande ville par des centaines, voire des milliers de kilomètres de mauvaises routes et privés d'infrastructures et de matériel modernes. Dans ces conditions, tenter de solliciter l'avis d'un collègue ayant une compétence qui fait défaut sur place, se tenir au courant de l'actualité sanitaire de la région et de l'avancée des connaissances médicales demande beaucoup d'efforts et exige un temps déjà trop précieux.

Le projet RAFT a pris forme en 2000 au Mali lorsque Antoine Geissbuhler a été interpellé par des étudiants à la faculté de Bamako: «Comment continuerons-nous à nous former lorsque nous serons loin de la capitale?» Certains d'entre eux s'étaient déjà lancés dans l'aventure Internet avec le projet Kenaya Blown (vestibule de la santé en langue bambara), une plateforme d'échange et d'apprentissage à l'adresse des professionnels

ANTOINE GEISSBUHLER



ANTOINE GEISSBUHLER

Le docteur Diakaridia Traore, médecin-chef de l'hôpital rural de Dimmbal



Hôpital rural de Dimmbal, un village du pays dogon au Mali où a été installée une antenne satellite permettant de suivre les enseignements à distance de médecine.

de la santé. «A cette époque, il était beaucoup question de la société de l'information qui allait changer la face du monde, se souvient Antoine Geissbuhler. J'étais justement en Afrique sur la demande du conseiller d'Etat genevois d'alors en charge de la Santé, Guy-Olivier Segond, pour trouver un moyen de mettre les technologies de l'information au service du développement.» Kenaya Blown est devenu RAFT, avec l'ambition de toucher tous les pays francophones d'Afrique. Le projet a ainsi pu bénéficier du soutien du Fonds de la solidarité internationale du canton de Genève et de la Fondation Eagle.

«La clé du succès de RAFT s'appelle Dudal, explique Antoine Geissbuhler. C'est un outil informatique, développé en collaboration avec Jean-Marc Naef de la Division informatique qui permet de transmettre du son et de l'image à travers une bande passante très faible. Grâce à Dudal, nous diffusons nos cours avec un débit ne dépassant pas 25 kbits/seconde, ce qui est dix à cent fois moins qu'une connexion ADSL.»

Ainsi, même si le serveur central du réseau est localisé à Genève, il est possible de participer aux cours du jeudi depuis la moindre connexion téléphonique, que ce soit dans un hôpital de district ou un café Internet au beau milieu de la brousse. Et ce en tant qu'auditeur, mais aussi en tant qu'enseignant, pour autant que l'on dispose d'une petite caméra.

Dans les faits, cependant, les personnes qui suivent les cours du jeudi se connectent surtout depuis des terminaux des hôpitaux des grandes villes. Ces derniers s'organisent d'ailleurs de manière à permettre au plus grand nombre

de leurs collaborateurs de suivre les leçons. Petit à petit, des liaisons plus périphériques apparaissent. Cette diffusion doit beaucoup au personnel actif sur place.

«Quand nous arrivons dans un nouveau pays, nous commençons par former une petite équipe, explique Antoine Geissbuhler. La personne la plus

importante que nous tentons de rallier à notre cause, et que nous appelons ensuite le «point focal», est une sommité locale, généralement un médecin qui a l'oreille des autorités nationales ou du moins du ministre de la Santé. C'est son autorité et son soutien qui rendent possible l'implantation du RAFT dans le pays. Par ailleurs, il nous faut aussi un coordinateur technique (pour tout ce qui concerne les outils informatiques de téléen-

seignement et de téléconsultation) et un coordinateur médical (pour identifier les besoins de formation et trouver des experts).»

Le but de l'équipe genevoise est de lancer le processus, de le soutenir financièrement durant quelque temps et, idéalement, de pouvoir se désengager après deux ou trois ans.

ABONNEMENT PROHIBITIF

Le grand défi, actuellement, est de connecter les hôpitaux régionaux, puis ceux de district et, un jour, la moindre commune, à Internet. Le problème, c'est que les fils du téléphone ne vont généralement pas si loin et qu'il est souvent nécessaire, pour des questions de débit, de recourir à une antenne satellite. «Nous avons mis en place deux sites pilotes, l'un dans l'hôpital de la commune rurale de Dimmbal, en pays dogon, et l'autre dans une commune du désert mauritanien, souligne Antoine

Geissbuhler. Mais les maux de l'Afrique ne sont pas faciles à surmonter.» En effet, l'abonnement mensuel par satellite à Internet est cher. Il coûtait 300 euros au début des années 2000, ce qu'un village pauvre ne peut pas se permettre, mais les experts prétendaient qu'en raison du développement fulgurant du Web, ces tarifs n'allaient pas tarder à chuter à 30 euros par mois. Cela s'est produit en Europe, mais pas en Afrique. Deux ans plus tard, le tarif a même triplé sur le continent noir. Cela est dû à une situation de monopole de la part des entreprises de télécommunication et au fait qu'en Afrique subsaharienne, la quasi-totalité des clients Internet est composée de compagnies pétrolières ou autres entreprises privées qui sont prêtes à payer très cher leur connexion.

Grâce à une technologie alternative (bande Ku), l'abonnement mensuel est actuellement revenu à 300 euros. A l'avenir, le médecin genevois compte sur d'autres avancées techniques et sur la probabilité que des satellites chinois ou indiens s'orientent vers l'Afrique pour voir enfin les prix baisser.

Ce problème est toutefois moins aigu pour des hôpitaux de villes plus importantes. Celui de Zinder au Niger, par exemple, s'est offert une parabole en mai 2007 et il suffirait d'éviter, grâce à elle, quatre transferts de patients vers la capitale, Niamey, par mois pour compenser le coût de la connexion. Sans compter le confort et la sécurité pour le patient qui n'a pas à voyager sur la longue route qui sépare les deux villes. ■

Anton Vos

*Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad, Tunisie.

<http://raft.hcuge.ch/>