

le Monde de Gynécologie Sans Frontières



N°4 • Mai 2016

GSF agit pour la santé des femmes en France et dans le monde

Le livre de la Jungle



2

Après des migrants de Calais,...



3

Instants de vies migrantes



8

5^{ème} journée Humanitaire



12

Festival Focus on French Cinema



15

Le mot du Président : Le livre de la Jungle



Claude Rosenthal - Président de GSF

À la fin de l'année 2015, une Sage Femme, Alexandra Duthé, lance un appel au secours. Elle est dans les camps de migrants du Nord et du Pas de Calais. Et ce qu'elle voit est insoutenable.

Les quelques centaines de femmes de ces camps sont cachées, à l'abri du regard des hommes. La Sage Femme va au devant d'elles. Le récit de leurs parcours n'est que souffrances et violences de toutes sortes.

Alertée GSF a mis en place sous l'impulsion du Dr Richard Matis, Vice Président Exécutif, le programme Caminor, à compter du 15 novembre 2015 : dépister les problèmes gynécologiques et obstétricaux, faciliter les relations et les transferts vers les hôpitaux de la région, traiter les pathologies bénignes, encadrer les souffrances psychologiques.

Tous les jours des bénévoles, gyné-

cologues et sages femmes donnent de leur temps pour venir en aide à ces femmes par période de 15 jours pour les plus éloignés en France, pour quelques heures par jour pour les professionnels de proximité.

Et jusqu'à ce jour, sans aucune aide financière de l'état. Seules des aides privées permettront d'acheter un véhicule et du matériel (type échographe portable) afin de porter secours à ces femmes en détresse dans le pays des droits de l'homme.

Parmi les témoignages celui de la Sage Femme Alexandra Duthé, les photos du jeune photographe Olivier Pain traduisent la Honte tandis que Serge Boyer, Secrétaire Général, nous dresse une galerie de portraits des acteurs de ces camps : le migrant, le passeur et l'interprète.

De nombreux bénévoles de Calais ont connu et travaillé dans le camp de

réfugiés Syriens de Zaatari en Jordanie. Ils croyaient avoir vu la misère du monde, ils n'avaient encore rien vu.

Une magnifique 5^{ème} journée humanitaire, le 11 Mars 2016. Mourir en accouchant : Le 5^{ème} objectif du Millénaire 1990-2015 n'a pas été atteint. Comment réussir l'objectif de développement durable pour 2030. Fabienne Richard, Présidente du GAMS Belgique nous parle de la place centrale et capitale de la Sage-Femme.

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) dans les pays en voie de développement. Comment est ce possible ? Jan Goosens, responsable de Walking Egg nous prouve que la FIV Low Coast fonctionne et qu'il est possible d'adapter économiquement l'AMP.

Richard Beddock, notre Vice Président nous démontre que tout n'est pas si simple et que de nouvelles complications

médicales apparaissent.

L'attitude médicale des Français face à l'AMP transparait au regard des 300 réponses obtenues à l'enquête réalisée dans le cadre de cette 5^{ème} Journée.

Cette belle journée s'est déroulée sous le parrainage attentif du comédien Olivier Sitruk, qui très engagé à nos côtés, s'est rendu dans les camps de la Jungle du Nord.

Jacques Lansac, ancien Président du CNGOF, administrateur GSF et Président actuel du Fonds pour la Santé des Femmes (FSF) nous expose la problématique de la religion et de l'humanitaire. Dense en émotion, dense en chaleur humaine ce 4^{ème} numéro du Monde vous invite à vous rapprocher de nous, pour mieux connaître encore Gynécologie Sans Frontières.

Un nouvel ambassadeur pour GSF



Olivier SITRUK, comédien de théâtre, de cinéma et de télévision s'est engagé durant l'été 2015 avec GSF.

Olivier Sitruk, contacté l'été dernier a été enthousiasmé à l'idée de devenir lui aussi Ambassadeur de GSF. Nos chemins devaient se croiser sur le terrain de l'Humanitaire car c'est un homme au grand cœur, un Humaniste.

Depuis cette date nous ne comptons plus les manifestations où il nous a témoigné par sa présence active et son engagement tout le soutien qu'il souhaitait apporter aux actions de GSF :

En novembre 2015 lors de deux soirées théâtrale et cinématographique, organisées au profit de GSF à Draguignan, sa ville natale, où il garde des liens forts il nous écrivait :

« Soigner et protéger le corps des femmes, c'est protéger et soigner l'Humanité. Transmettre, apprendre, guérir... »

« ... L'engagement efficace que Gynécologie Sans Frontières mène dans ses différentes actions en France et dans le Monde, l'absolue nécessité de leur présence, m'ont convaincu de m'engager auprès de vous. Ensemble, soutenons leurs actions. »

À la suite de la Journée Mondiale des Droits des Femmes du 8 mars, il nous a rejoint lors de la 5^{ème} Journée Humanitaire pour la santé des Femmes aux Diaconesses à Paris, et une nouvelle fois il a partagé, sans compter son temps, avec toute l'équipe de GSF nos projets.

Il a insisté pour nous accompagner fin mars 2016 dans les camps des migrants de Calais et de Grande Synthe, dans le Nord, lui enfant du Midi, pour apporter sur place son soutien aux « oubliés » et témoigner.

Serge BOYER
Secrétaire Général de GSF



Le livre de la Jungle

«Jungle», «bidonville», «landes», «hotspot», «camp», finalement quel nom doit-on donner à ce lieu?



«Migrants», «réfugiés», «exilés», «demandeurs d'asile», «sans papier», «clandestins», «nomades» quel est le bon terme pour désigner les habitants de cette «Jungle».

Aujourd'hui, je ne le sais toujours pas, peut-être est-ce parce ce lieu est innommable, et que ces hommes et ces femmes qui y survivent n'ont rien à voir avec les grands fauves qui peuplent la Jungle.

D'ailleurs, lorsque l'on parle de la «Jungle», on pourrait penser à une forêt exubérante mais si vous passez dans cette zone de Calais, vous n'y trouverez ni arbres, ni toucans, ni Baloo.

J'y ai rencontré des hommes et surtout des femmes, puisque nous sommes là avant tout pour elles, avec des histoires de vie. Ils transportent dans leurs «valises» les souvenirs de leur pays, de leur famille, de leur enfance, de la guerre, de la faim, des violences, de la barbarie, de la pauvreté, des injustices sociales...

D'ailleurs je dis «valises», c'est un abus de langage, car leur seule valise, c'est leur corps et c'est pour cela qu'ils portent plusieurs couches de vêtements.

Après un parcours migratoire marqué par les noyades de proches, des emprisonnements, des violences surtout celles liées au genre ne subsiste que l'espoir d'une vie meilleure. En quoi sera-t-elle meilleure? Je me le demande souvent.

Et pourtant je suis heureuse lorsque j'apprends que Safran, cette femme enceinte de 6 mois que nous avons rencontrée dans le dénuement le plus complet sur le camp de Chocques est passée en Angleterre.

De même, lorsque l'on m'informe que notre ami soudanais, médecin de formation, a réussi la traversée. Ses salutations du mercredi devant la caravane de Norrent Fontes vont me manquer.

Et puis, il y a Lamlam et Ephren, qui attendent leur premier enfant pour début Mars et qui tentent de passer encore, encore et encore...

4h de marche pour Lamlam chaque nuit à 37SA mais Ephren dit «I feel»

et oui, il sent que le rêve est à portée de main mais quand?

Et lorsque nous tentons de lui expliquer les risques pour sa femme et leur future fille, il nous répond avec beaucoup de fatalité «pray for us»

Pour eux, «avancer c'est mourir, reculer c'est mourir, alors mieux vaut avancer au risque de mourir»

Il y a aussi Soussou qui attend des jumeaux et qui ne veut surtout pas que les autres membres de la communauté sachent qu'elle est enceinte et puis Béza, au regard si triste. Depuis 5 mois que je la croise, son regard est toujours aussi triste, que cache-t-elle? Cela non plus je ne le sais pas et ne le saurai probablement jamais car ce que le voyage ne leur a pas pris, c'est la dignité...

Alors oui définitivement ces hommes et ces femmes que l'on voudrait nous faire prendre pour les grands fauves de la Jungle n'ont rien à voir avec des animaux sauvages.

Maintenant on nous parle de «hotspot», on voudrait donc nous faire croire qu'il y a les «bons» migrants et les «mauvais». Ceux qui peuvent prétendre à l'asile et ceux qui ne le peuvent pas, ceux qui fuient la guerre et ceux qui fuient la misère...

«Bons» ou «mauvais», ils ont tous leurs raisons de fuir.

Même s'il «en faut peu pour être heureux», qui pourrait endurer ces conditions de vie honteuse s'il n'avait pas une bonne raison?

Qui pourrait prendre le risque de perdre la vie s'il n'avait pas une bonne raison?

Qui pourrait vivre en errance pendant des mois voire des années s'il n'avait pas une bonne raison?

Qui pourrait affronter les plus grandes peurs s'il n'avait pas une bonne raison?

Qui pourrait abandonner ses racines, sa culture, son histoire s'il n'avait pas une bonne raison?

Existe-t-il aussi de «bons» enfants de migrants et de «mauvais» enfants de migrants? N'est-il pas vrai «qu'un enfant qui meurt, qu'il soit de n'importe où est un enfant qui meurt» et que la peine d'une mère, qu'importe ses origines et ses croyances, reste la peine d'une mère.

Comment pourrait-on reprocher à ces mères de vouloir protéger leurs petits en les mettant à l'abri des bombes?

Comment pourrait-on reprocher à ces mères de vouloir épargner leurs filles de pratiques ancestrales?

Comment pourrait-on reprocher à ces mères de vouloir un avenir pour leurs enfants?

Comment pourrait-on reprocher à ces futures mères de vouloir que les enfants qu'elles portent ne connaissent ni la faim ni la soif?

Comment pourrait-on reprocher à ces mères que leurs enfants puissent vivre dans un monde où la femme est l'égale de l'homme?

À Grande Synthe, nombreux sont les enfants, je n'en connais ni de «bons» ni de «mauvais» mais simplement des enfants qui répondent à nos sourires, qui acceptent nos friandises. Leurs espoirs, leurs rêves, c'est écrit sur les murs, sur les abris de fortune, partout vous verrez «We have a dream»

Maintenant que je connais la «Jungle» et ses habitants, moi aussi je veux écrire «I have a dream»

Le rêve que notre peuple et nos politiques se réveillent, le rêve que l'indifférence ne soit plus, le rêve que le racisme et la violence n'existent plus, le rêve que les états ne considèrent plus les personnes qui se présentent à leurs frontières comme des animaux, le rêve d'un «Happy End» pour Lamlam, Ephren, Soussou, Beza et tous ceux qui survivent dans les camps de la Honte.

Alexandra Duthé
Administrateur GSF





Auprès des migrants à Calais, l'intervention de Gynécologie sans frontières

La fenêtre de ma chambre donne sur la mer où passent, à intervalles réguliers, de grands ferrys pour l'Angleterre... Tout a commencé quand j'ai décidé que je ne pouvais plus vivre comme si de rien n'était. Comme si la Jungle de Calais et les autres camps du nord de la France – Grande-Synthe, Norrent-Fontes, Chocques... – étaient acceptables. J'ai regardé qui faisait quoi sur place et je suis tombé assez « naturellement » sur la petite ONG Gynécologie sans frontières. J'ai lancé une cagnotte en ligne pour soutenir son travail de terrain, et après plusieurs échanges de mails, je suis parti là-bas à leur rencontre pendant une petite semaine. Un voyage de cinq jours, une parenthèse, très loin des habitudes, des réflexes ordinaires et des façons de penser d'ici, où nous vivons, où je vis, bien loin du vrai théâtre où se joue notre avenir.

Dans le récit-journal-compte-rendu qui suit, j'ai essayé de décrire le plus simplement possible ce que j'ai vu, entendu et ressenti pour que celle ou celui qui lira puisse à son tour voir, entendre et ressentir quelque chose.

Lundi 8 février

Arrivée en début d'après-midi. Après avoir déposé notre collecte de vêtements, couvertures et chaussures à l'Auberge des Migrants, (...) direction la Jungle. Sur la route, longeant le port et l'accès aux bateaux partant pour l'Angleterre, des grillages, des rouleaux de barbelés, des caméras, des cars de CRS aux ronds-points... On est ailleurs, très loin. Même chose sur la portion d'autoroute qui surplombe le camp: une espèce de corridor à ciel ouvert entouré de grillages et de barbelés. Infranchissable... (...)

Un peu de mal à trouver, (...) J'attends... Je ne sais pas si j'ai peur. Je ne sais pas trop quoi penser. Je suis inquiet. Je ne sais tout simplement pas ce qui m'attend: comment sont les gens? Y a-t-il de la violence?... (...) Je décide d'entrer autrement, plus loin, ailleurs, en suivant peut-être une voiture... Je vois passer une camionnette de l'association, une caravane pour Calais qui manifestement se rend dans le camp. Je la suis. À l'intérieur, la route, qui n'en est pas une, est pleine de trous. J'avance un peu, mais me gare très vite. Derrière moi, une voiture qui m'indique la caravane de Liz où se trouvent mes contacts. Liz est une Anglaise connue de tous dans le camp, responsable du Women and Children center. Elle m'oriente vers le tout nouveau local de Gynécologie Sans Frontières.

Je les trouve enfin! Elles sont deux sages-femmes. Elles suivent une quinzaine de grossesses sur le camp, mais m'avouent qu'il leur est difficile d'entrer en relation avec les femmes, de savoir même où elles se trouvent, les relais d'infos par les uns et les autres ne semblent pas fonctionner très bien.

Une femme arrive accompagnée par quelqu'un de Médecins du monde. Elle est enceinte, mais ne sait pas depuis quand...

Ce sera la seule patiente de l'après-midi. Nous discutons un bon moment. J'apprends que 75% des membres des organisations sur place sont des femmes. Je croise effectivement très peu d'hommes parmi les bénévoles.

Elles me parlent de la question des traducteurs car c'est un vrai problème. (...) Je pars marcher pour voir. Je filme un peu. Je n'ai pas voulu prendre de caméra, simplement un petit appareil photo. Vers 16h, je rentre. Rendez-vous demain, 10h, chez Liz où ont lieu les consultations le mardi.

Mardi 9 février

Je descends déjeuner un peu tard. (...) Je m'assois à côté d'une jeune femme, seule elle aussi, qui engage tout de suite la conversation. C'est Eva. Elle fait une étude sur les mineurs isolés dans le camp. (...)

Du coup je repense aux événements de Cologne et aux commentaires qui en ont été faits et lui demande s'il y a eu des problèmes ici pour ces femmes avec les migrants de la Jungle. Réponse: non.

(...) Eva m'envoie une carte par mail, pour que je puisse me repérer dans le camp à travers les différentes communautés. Je m'étonne qu'on ne parle pas de morts ici. Elle me répond que les plus faibles sont morts avant d'arriver. (...)

Elle regrette le manque de coordination entre les différentes associations du camp. Elle est en retard. Moi pas. Mais nous y allons. Arrivé dans la Jungle, pas de gynécos chez Liz. Je les trouve à leur local, près de l'école, non loin de l'entrée. C'est un lieu tout nouveau qui vient tout juste d'être construit et fait partie d'un ensemble « en dur » (c'est-à-dire en bois): un « hall » d'accueil sur la longueur du bâtiment donnant sur trois petits box, dont le leur. Elles partagent donc ce lieu avec deux autres associations.

Si je les trouve ici, c'est qu'on a saccagé la caravane de Liz cette nuit... Pas question donc de faire les consultations là-bas. Il paraît que ce n'est pas la première fois. Que ça dégénère parfois le soir à cause de l'alcool.

Aujourd'hui, je retrouve notre sage-femme, Valérie, et Anne, médecin gynéco. (...) C'est surtout avec elles deux que je serai toute la semaine. (...) Nous parlons des viols, de ce que les femmes ont croisé sur leur chemin depuis le départ de leur pays, mais aussi des grossesses suivies par des maris heureux d'accompagner leurs



femmes. (...) Il pleut, il fait froid. Anne et Valérie partent en maraude du côté de chez Liz. Je les suis à distance.

(...) Nous croisons cette fois deux jeunes femmes de Médecins sans frontières. Discussion autour des questions d'information et de prévention du sida, des moyens de contraception, de dépistage, d'hygiène sexuelle, de prostitution. Où trouver les jeunes femmes prostituées? Car on sait qu'il y en a. Comment leur venir en aide? Plus généralement, comment atteindre les femmes qui ne se manifestent pas? Nous repartons.

Les femmes que croisent Anne et Valérie répondent systématiquement que tout va bien, qu'elles n'ont besoin de rien...

Il fait froid. Nous sommes transis. Rencontre avec Zimako, nigérien, qui s'occupe de l'École laïque du Chemin des dunes et qui a construit le local de GSF juste en face pour établir un lien entre l'école des enfants, celle des adultes et la santé des femmes, le tout formant un ensemble cohérent au milieu duquel, à l'extérieur, se trouve un espace de jeux pour les enfants. (...)

Nous partons manger quelque chose de chaud dans l'un des petits restaurants de la rue principale. J'ai l'impression de me retrouver dans

certaines échoppes du fin fond de l'Inde ou de la Turquie... Nous prenons tous les trois la même chose: haricots rouges froids avec oignons crus en entrée, riz aux raisins, galette de pain et thé (le tout pour 5€ chacun, avec un thé à 50c). L'ambiance est détendue, il fait chaud, la télé diffuse un concert, probablement indien ou pakistanais. Une Anglaise déroule une affiche: au centre, des enfants sourient. En haut, « nous ne sommes pas dangereux », en bas « nous sommes en danger ». Un homme la prend et fait le tour des tables pour la montrer.

(...)

Pour Eva, il est difficilement imaginable que des femmes seules aient pu arriver jusqu'ici sans se prostituer, meilleur moyen non seulement d'avoir de l'argent, mais d'être éventuellement protégées, étant entendu que, de toute façon, le viol est sur leur route depuis le début... Eva parle de la difficulté à obtenir des informations sur le long terme, les gens ne restant pas longtemps, ni côté réfugiés, ni côté associations.

(...)

Je vois beaucoup de photographes, reporters, journalistes, télé. (...) Il fait toujours froid. Ce petit moment de détente et de chaleur a fait du

bien, mais n'a pas suffi. Je vais voir la partie du camp où se trouve la consultation Jules Ferry et les containers installés non loin de là en décembre et où peu de gens veulent venir. Il faut dire qu'il s'agit de containers de chantier, posés là, en rang, les uns sur les autres, chauffés mais sans eau à l'intérieur. Comment peut-on imaginer un tel « accueil »? On sait pourtant depuis longtemps qu'un camp doit être pensé comme une ville, que les humains ne peuvent y être traités comme du bétail. En 2016, la France ne serait donc capable que de proposer un alignement de boîtes en métal fermées pour loger des familles ayant fui la guerre et qui ont tout perdu?

(...)

Plus loin, La Vie active dispose d'un très grand espace dans lequel se trouve la consultation Jules Ferry, elle-même fermée et exclusivement dédiée aux femmes seules. (...) De longues files d'hommes qui attendent pour obtenir un repas: ils entrent d'un côté d'un bâtiment et ressortent d'un autre, un sac à la main. C'est assez sordide. Pourtant, sur le papier, c'est plutôt épatant: lits d'hôpital, consultation dentiste, médecins, douches, etc. (...)

Je croise des photographes. C'est curieux comme la misère attire les regards. (...)



Mercredi 10 février

(...)

Je pense au projet d'une application de traduction dédiée aux langues du camp qu'on pourrait faire circuler sur tous les téléphones des réfugiés. A voir avec Langues O' et une école d'ingénieurs?

(...)

Je commence à m'habituer à l'endroit. Il ne pleut pas, le soleil est revenu. Des enfants font du vélo... Je marche beaucoup, j'arpente le camp pour essayer de me repérer et ça vient doucement. Je croise le quartier des «caravanes pour Calais», tout un coin constitué de caravanes données où sont regroupées les familles.(...) Les files se forment devant les lieux de distribution de vêtements.

Je croise des sourires, certains ont trouvé une veste, une paire de chaussures qui leur conviennent. Les gens se lavent aux points d'eau. Certains sont couverts, d'autres à ciel ouvert. On se lave la figure, les dents. Des miroirs sont accrochés aux murs. Il ne faut pas trop rester là. Les gens sont livrés à tous les regards, sans aucune intimité. Malgré l'afflux de bénévoles (de tous genres...), une déshumanisation est à l'oeuvre ici. Il est là le «problème».

La question n'est pas tellement celle de la faim ou des soins de première urgence. Tout est organisé pour que chacun puisse manger tous les jours, probablement plusieurs fois par jour. On peut se faire soigner les dents, on peut trouver un médecin, ce n'est pas trop compliqué. On peut également venir déposer plainte et raconter les violences qu'on a subies. Mais tout cela n'est que de la survie. On laisse survivre les gens, mais qui parmi nous pourrait vivre dans des conditions pareilles? La boue, le froid, la violence la nuit, les maux de tête à cause de la pollution du terrain (au bout de deux jours, ça y est, ça commence pour moi)...

Et puis j'entends qu'on parle du tout début mars, pas du tout de la fin mars comme je le pensais, pour l'évacuation et la démolition du camp.

Autrement dit, dans trois semaines... (...) **Il est 11h.** J'ai rendez-vous avec GSF à 14h à Norrent-Fontes où se trouve un petit camp de quelques dizaines (peut-être une centaine) de personnes. Un enfant arrête la voiture au moment où je repars.

Il me demande si j'ai des chaussures. C'est du moins ce que je comprends.

Il a l'air découragé. Il cherche ses mots. En fait, il veut des mouchoirs. Des mouchoirs et de l'eau. Je ne comprends pas pourquoi avant de le voir se diriger vers les toilettes... Très facile de tomber malade, moins facile de pouvoir faire face. **13h30.** Norrent-Fontes. La boue, la saleté, les femmes, les sourires, le calme, la cuisine qui se prépare... Deux terrains se font face: l'un, communal, où se trouve la cuisine et une structure en dur pour des femmes, l'autre, privé, où est établi le camp. Un grand fossé boueux entre les deux... Monique, l'infirmière à la retraite, qui connaît et embrasse tout le monde...

Les membres de Terres d'errance qui nous apprennent qu'une femme enceinte que nous nous apprêtons à aller voir dans un autre camp (le petit camp de Chocques) a réussi à passer en Angleterre la nuit de la tempête, il y a deux jours... Tout le monde est content quand il y a de la tempête car les détecteurs ne fonctionnent plus et les chiens ne sentent rien.

La femme enceinte de 8 mois qui va bien, mais tente chaque soir de passer avant la naissance de son enfant (ensuite, avec les cris, cela deviendra impossible).

Puis la pluie pour finir... **16h.** Départ pour Grande-Synthe, à presque une heure de là.(...) La route qu'Anne et Valérie ont à parcourir est assez importante puisqu'elles couvrent régulièrement un périmètre qui va de Calais à Dunkerque en passant par Norrent-Fontes, Chocques et un autre camp au-delà même de Dunkerque. Nous arrivons pour repartir... Il est 18h. En passant, nous avons longé le camp de Grande-Synthe situé juste à côté du magasin Décathlon, en pleine ville. L'ambiance a l'air beaucoup plus tendue ici. La police contrôle les entrées et sorties. Nous reviendrons demain. **Rendez-vous à 10h.**

Jeudi 11 février

(...)

9h. Départ pour Grande-Synthe. Contrairement à la Jungle de Calais, l'accès au camp de Grande-Synthe est contrôlé par les gendarmes.

Il m'a donc fallu dire pourquoi j'étais là et avec qui j'étais. Impossible d'entrer si vous n'avez pas d'ordre de mission ou si vous ne faites pas partie d'une association ou d'une ONG.



(...) Ici, pas de local, mais un camion prêté par la ville où elles (NLDR : GSF) peuvent faire leurs consultations.

La saleté que j'ai vue à Norrent-Fontes passe pour une blague ici. Grande-Synthe a les pieds dans la boue sur l'ensemble du camp.(...)On dirait qu'il vient d'y avoir un accident. On se croit arrivé après une catastrophe. On est comme sidéré. C'est le camp de Grande-Synthe...

Je rencontre aujourd'hui un nouveau médecin gynéco, Denis, qui travaille à l'hôpital de Roubaix et avec qui je parle longuement. Il revient d'Haïti où, depuis le tremblement de terre, il se rend régulièrement. Il me dit que, même là-bas, il n'a pas vu ça. Un tel abandon, de la boue partout et les enfants au milieu qui continuent pourtant de jouer.

Les plus chanceux ont trouvé des palettes dont ils se sont servis pour faire des chemins relativement secs. Beaucoup d'hommes ici aussi, mais des familles également. Beaucoup d'enfants, de femmes enceintes.(...)

Peu de mouvements **avant 11h.** Il est bien probable que les gens, qui n'ont sans doute pas dormi de la nuit s'ils ont essayé de gagner l'Angleterre (comme le tente chaque jour la plupart d'entre eux), n'ont sans doute pas non plus une envie folle d'affronter une nouvelle journée.

(...)

Plusieurs sentiments se bousculent. L'impression d'une attente, d'une suspension: personne n'imagine être là pour longtemps. Chacun attend le moment propice pour passer. L'impression aussi de faire du sur place, que rien ne bouge, que tout recommence chaque jour de la même façon. Des bénévoles qui se relaient. Des camions de nourriture et de vêtements. Médecins du monde. Médecins sans frontières. Gynécologie sans frontières. France terre d'asile. Le Secours catholique. Etc.

Cette société civile qui, malgré ses contradictions, maintient ces gens en vie, qui ne les abandonne pas, qui les soigne, qui chaque jour répond présent, qui sans doute ira jusqu'au bout. Ce n'est pas un pont aérien, mais c'est tout comme. C'est en tout cas ce à quoi ce flux continu, fait penser.

(...)

La vie est une toute petite chose qui ne tient à rien.

Anne raconte: «Elle est venue se faire soigner avec son mari. Ils étaient avec leurs deux enfants. Mais ils étaient six au départ. Trois d'entre eux se sont noyés en route...»

(...)

S'il y a une chose à comprendre, c'est que l'on n'est plus dans l'analyse, la réflexion, la problématisation des choses ici. On touche plutôt quelque chose du doigt et c'est, pour le moment du moins, sans doute beaucoup plus important. On ressent la fragilité, la finesse de l'existence – dans le sens d'une feuille de papier à cigarette, d'une lame de rasoir –, la possibilité qu'à tout moment tout bascule.

vendredi 12 février

(...)

10h15, Grande-Synthe. Je rentre sans difficultés cette fois, juste en montrant mon passeport que je reprends immédiatement et en disant simplement que je suis avec GSF. Je croise une femme de MSF que je vois parler arabe avec un groupe d'hommes. Je lui demande si elle sait s'il s'est passé quelque chose hier soir avec les CRS. «Rien. Ils font leur boulot, c'est normal», me dit-elle. Effectivement, on peut aussi prendre les choses comme ça...

(...)

Le camp n'est pas encore bien réveillé. Comme hier, ce n'est que vers **11h30** - midi que l'on va sentir du mouvement. Nous faisons un tour, le même qu'hier, vers «the Street of Hope», un coin désolé en lisière du stade de foot, avant de revenir vers le camion.

Plus de succès aujourd'hui qu'hier. Une femme vient en consultation avec son mari. Une autre, à qui l'on avait donné rendez-vous avant de partir, est là comme prévu.

- «No baby...»
- «???»
- «No baby...»
- «Oh... I'm sorry...»

Anne vient de comprendre que depuis la dernière fois, elle a fait une fausse

couche.
- «Help me...»

Elle a une toute petite voix, elle murmure à peine, elle voudrait sans doute pleurer, mais ça ne vient pas. Elle a l'air très faible. Anne et Valérie la conduisent à l'intérieur du camion. Un homme est emmené sur un brancard dans le camion de MSF situé juste à côté du nôtre. On attend une ambulance qui ne vient pas...

Comme hier, beaucoup de photographes, de journalistes, de télé, dont une chaîne canadienne.

Une forme spontanée d'entraide, que je n'ai pas vue hier, s'organise aujourd'hui. Un Irlandais, immense, déplie une table juste à côté de nous et installe un réchaud puis sort sa pâte à crêpes et ses confitures.

Il explique que ses oeufs sont frais, que personne ne sera malade avec ses crêpes. Il organise la queue qui commence à se former. Les gens patientent. Tout cela est très simple et fonctionne très bien.

Les enfants continuent de jouer dans la boue, à faire du vélo, à transporter de l'eau sur des brouettes. Une petite fille, qui nous tournait autour hier, est de nouveau là. Elle monte dans le camion. Elle cherche le contact. Elle nous sourit beaucoup et parle sa langue comme si nous la comprenions.

(...)

13h30. C'est l'heure du départ vers l'hôpital pour Valérie qui va accompagner l'une des patientes retrouvée ce matin. Anne et les autres partent pour la consultation Jules Ferry de Calais où on les attend pour 14h. Je les suis jusque là-bas et leur fais mes adieux.(...) Content de retourner bientôt à une vie «normale», je n'en suis pas moins triste aussi de quitter tout ça. Je me sentais au bon endroit.

Patrice Dubosc

Paris, le 18 février 2016

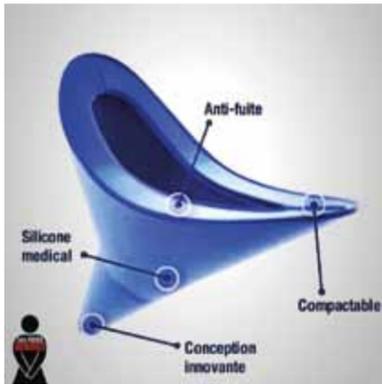
** Retrouvez l'intégralité du journal de Patrice Dubosc sur le site de GSF : <http://gynsf.org/presse-mission-camps/>*





Une idée originale : «Les filles debout»

par Baptiste Vial



Dans les camps de migrants, l'accès aux toilettes est une véritable problématique et une zone de vrais dangers, pour les femmes et les jeunes filles.

« Il y a quelques semaines, une jeune syrienne de 25 ans vivant dans la zone nord de la jungle de Calais, a avoué à une amie, qu'elle préférerait parfois uriner dans sa tente, de peur de sortir de celle-ci en pleine nuit dans le camp. « for these things, it would be easier to be a man ». Il est facile de comprendre qu'une femme s'isolant pour uriner est bien plus vulnérable physiquement

qu'un homme le faisant debout », écrit Baptiste Vial à l'origine du Projet.

Baptiste Vial propose une distribution d'urinoirs en silicone médical aux potentielles utilisatrices dans les camps et celles encore en transit. Pour cette opération qui serait dans un premier temps un « essai » il souhaite pouvoir donner à GSF, 2000 urinoirs. Cet urinoir est facile à utiliser même pour les femmes enceintes, qu'elles soient en robe longue ou en pantalon (seule la braguette est à défaire ou les boutons).

Cet objet pourrait être le moyen de remédier aux toilettes bondées, souillées, lointaines ou inexistantes. Le choix du silicone médical est le meilleur pour limiter les risques allergisants avec le contact de la peau et améliorer l'hygiène intime de la femme et des jeunes filles. Pour maintenir l'urinoir correctement, il suffit d'utiliser seulement le pouce et le majeur. Il s'adapte à toutes les morphologies.

Il se positionne comme un entonnoir en formant un joint entre lui et le corps, au niveau de l'entrejambe. Le joint formé avec le silicone et la peau

évite toute éclaboussure et le petit trou à l'extrémité du produit permet un écoulement rapide et efficace de l'urine.

Après chaque utilisation, il suffit de le rincer au robinet ou à l'aide d'une bouteille et de le nettoyer à l'eau claire avec du savon au minimum une fois par jour. Le laisser sécher après lavage est préférable, puis le plier en deux et le rouler dans le étui d'emballage d'origine ou dans n'importe quel sac plastique propre afin le ranger en toute quiétude. Il est extrêmement important que son utilisation soit totalement à usage individuel pour éviter la transmission de germe potentiellement infectieux et pathogène surtout dans les situations d'utilisation auxquelles elles seront confrontées.

L'urinoir sera distribué dans un emballage stérile.

GSF a décidé de donner une réponse favorable et de tester l'utilité de cet urinoir pour améliorer la sécurité et la tranquillité des migrantes.

Deux grands partenaires de GSF récompensés



Dr. Denis Mukwege

En 2008, il reçu le prix Olof Palme et le prix des droits de l'homme des Nations unies.

En 2009, il a obtenu le prix français des droits de l'homme, il a aussi été fait chevalier de l'Ordre national de la Légion d'honneur.

En 2010, il a obtenu le prix Van Goedart aux Pays-Bas.

Le 7 octobre 2013, il se voit décerner le grand prix de la fondation Chirac pour la prévention des conflits.



Maggie Barankitse

Le 27 février 2009, elle est faite chevalier de la Légion d'honneur par Rama Yade.

Le 24 novembre 2011, elle reçut le prix pour la prévention des conflits décerné annuellement par la Fondation Chirac.

Cette année, le 24 avril 2016, le premier prix Aurora pour l'éveil de l'humanité, lui a été décerné au nom des survivants du génocide arménien.

INAUGURATION DU SIÈGE SOCIAL

Le siège social de Gynécologie Sans Frontières est depuis début décembre 2015, dans ses nouveaux locaux, inaugurés le 2 décembre en présence, notamment de représentants du CNGOF, des élus locaux et régionaux, du président de l'Université de Nantes, ainsi que de quelques adhérents proches de GSF.

NOUVELLES COORDONNÉES :

2 bd De Launay
44100 NANTES
Tel : 09 81 79 31 04/09 81 05 52 24
Mail admin.gynsf@gmail.com





Pratiques Gynéco obstétricales : cultures et religions

Depuis la nuit des temps dans toutes les cultures la grossesse est vécue comme une bénédiction mais aussi comme source d'angoisse quant à son issue. Si la femme peut apporter à la communauté une nouvelle vie la mort de l'enfant, de la femme elle-même ou des deux peut être la conséquence de la grossesse.

De nombreux rites vont donc être utilisés pour protéger, la maman et l'enfant et préparer l'accouchement et les suites de couches.

Il faut connaître ces rites ces coutumes si on part en mission hors de l'héxagone mais aussi pour mieux prendre en charge les femmes de notre pays. En effet ces rites et coutumes s'adaptent mal à notre médecine occidentale et à ses protocoles.

Nous verrons d'abord les problèmes posés par les religions du livre (Juifs, Chrétiens, Musulmans) puis les problèmes posés par les religions et les cultures africaines ou asiatiques.

Pour les Juifs

Il y a un Dieu unique dispensateur de la vie et de la santé. Le coït est à éviter au premier trimestre de la grossesse mais encouragé au deux derniers trimestres car il fortifie l'enfant. La nourriture doit bien sûr être casher. Pendant le travail la femme doit avoir la tête couverte. Il n'y a pas de problème pour la péridurale, le forceps ou la césarienne. Le jour du Shabbat la femme ne peut utiliser les moyens de transport elle n'aura pas de visites et ne pourra rentrer chez elle. Elle ne peut non plus allumer le feu ou appeler la sage femme avec la sonnette. Il faudra donc laisser la porte de sa chambre ouverte. Le nom de l'enfant sera donné au 8^{ème} jour lors de la prière du mohel et la circoncision.

Pour les Chrétiens

La maternité est un don de Dieu. Les techniques d'assistance médicale à la procréation sont refusées. L'enfant doit être protégé dès le début de la grossesse, l'IVG est interdite et le diagnostic prénatal souvent refusé car il n'est acceptable que s'il débouche sur des soins à l'enfant à la naissance. Il est par contre refusé s'il conduit à une interruption de grossesse. Le dépistage des aneuploïdies n'est pas souhaité.

Il n'y a pas de demande particulière pour l'accouchement. La péridurale est encouragée et les extractions instrumentales ou la césarienne ne posent pas de problème. L'enfant sera baptisé très tôt après la naissance si sa vie est en danger. Normalement la femme enceinte ne peut communier pendant 40 jours après la naissance. La contraception naturelle est la seule acceptée. Les églises protestantes sont en général plus libérales en ce qui concerne l'AMP, le DPN ou les interruptions de Grossesse¹. Les témoins de Jéhovah sont très attachés à une lecture littérale de la bible et refusent en outre les transfusions sanguines ce qui accroît le risque de mortalité maternelle dans ce groupe (RRX43).²

Les Tsiganes Roms ou Gitans sont des chrétiens de l'église évangélique.

Les mariages mixtes sont peu tolérés d'où de nombreux problèmes de consanguinité. Les grossesses sont déclarées tardivement au 4^{ème} mois ou après. Elles sont peu ou pas suivies car considérées comme « naturelles ». On ne prononcera pas le nom de l'enfant avant la naissance car le prononcer risque d'entraîner un accouchement prématuré. La femme sera séparée de son mari pendant la grossesse et 15 jours après l'accouchement. L'accouchement est une affaire de femmes. L'homme n'y assistera pas et la jeune mère sera accompagnée de sa mère ou de sa belle mère. À la naissance l'enfant reçoit de sa mère un premier prénom. Il en recevra un second par son père lors de son baptême.

On lui fera des tatouages pour éloigner les esprits et les maladies. La période de réclusion sera terminée par un bain

Pour les Musulmans

La grossesse est aussi un don de Dieu. On ne l'annoncera qu'à partir du 4^{ème} mois et du jour où on perçoit les mouvements car c'est Dieu qui insuffle la vie. La femme enceinte ne doit pas sortir la nuit, aller à un enterrement, aller au hammam. Elle doit par contre satisfaire ses envies alimentaires, porter des amulettes, des talismans avec des passages du

Coran à la taille au bras, aux cheveux. Au 7^{ème} mois la cérémonie du Henné montre que l'enfant est sauvé.

Pendant le ramadan la femme enceinte est dispensée du jeûne mais elle devra après l'accouchement « rendre » les jours non jeunés en jeunant alors que toute la famille ne jeûne plus. De ce fait très souvent la femme musulmane préférera jeûner avec tout le monde pendant sa grossesse.

Lors de l'accouchement la femme refusera la présence d'un homme; Elle dénouera sa coiffure ce qui évite les nœuds au cordon. Elle refusera la césarienne surtout avant travail car la date de la naissance appartient à Dieu. Elle refusera parfois aussi la césarienne en travail car elle diminue le nombre possible de grossesses.

À la naissance la femme criera 3 fois pour un garçon et une fois pour une fille. Le père dira à l'oreille du nouveau né l'appel à la prière. On oindra le palais de l'enfant avec une datte mâchée ou un peu de miel pour préparer la tétée. Le placenta est considéré comme le double du fœtus et il faudra l'enterrer. Le cordon sera enterré près de l'école ou de la mosquée pour que l'enfant soit savant ou pieux. Le prénom sera donné à l'enfant par le père au 7^{ème} jour en même temps que la circoncision. La mère et l'enfant seront isolés pendant 40 jours. À ce moment là a lieu le rituel de purification au hammam avec reprise de la vie commune avec le mari.³

Dans les religions africaines

Comme dans les religions monothéistes la grossesse est un don de Dieu. La femme portera des amulettes, des talismans pour protéger sa grossesse. Elle fera des offrandes aux divinités, ne sortira pas la nuit, ne verra pas les morts, n'enjambera pas une liane pour éviter les nœuds au cordon. Elle continuera à travailler pour avoir de bons muscles pour accoucher. Elle suivra ses envies alimentaires mais évitera les œufs, le gibier. Dans certaines ethnies la géophagie avec ingestion d'argile, de kholin est pratiquée pour calmer les maux d'estomac, les vomissements.

Cette pratique entraîne des anémies ferriprives par effet chélateur mais aussi des infections par des parasites des occlusions.

La femme enceinte ne doit pas regarder les animaux car cela risque

de provoquer des malformations chez l'enfant: le lièvre un bec de lièvre, les poissons un enfant mou, le crabe ou le singe une mauvaise démarche, l'antilope une pneumonie.

Les rapports sexuels sont recommandés car ils nourrissent l'enfant. Les jumeaux sont vécus comme une bénédiction chez les Dogon à l'inverse de ce qui est vécu en centre Afrique, en Guyane ou le second jumeaux est comme la réincarnation d'un mort⁴.

Voir l'enfant à l'échographie peut être mal vécu car cela porte malheur.

Lors de l'accouchement la présence du mari n'est pas souhaitée: c'est une affaire de femmes. Elles aideront la parturiente par des massages, la déambulation. La femme doit accoucher en silence, masquer sa douleur pour ne pas déshonorer sa famille, attirer les mauvais esprits. On lui fera boire des breuvages réputés ocytotiques. L'accouchement se fait debout, accroupi ou à genoux.

La césarienne est souvent refusée car en pénétrant dans le corps on détruit le caractère sacré de la conception et si la naissance est difficile c'est de la faute de la femme qui a péché et a peut être commis l'adultère qu'elle doit confesser. Le placenta est considéré comme le frère du nouveau né il doit être enterré près de la maison ou à l'intérieur. Le cordon sera enterré avec un plan d'arbre qui grandira avec l'enfant.

Le nouveau né sera posé par terre pour remercier la terre nourricière. On massera son front pour lui donner de la chance. Il sera baigné pour le purifier et on lui donnera de l'eau à boire pour le garder en bonne santé. Un nom lui sera donné après une période de réclusion de 3J à 2 mois. L'allaitement se fera à J4 pour les filles et J5 pour les garçons car le Colostrum est considéré comme « poison ». Les rapports sont proscrits pendant l'allaitement.

En Asie

Il faut avoir un garçon pour assurer les cultes des ancêtres. Pour cela on fera des offrandes, on donnera un prénom masculin à une fille. Les interruptions de grossesses pour les fœtus « fille » sont fréquentes et ont

entraîné une profonde modification du sex ratio en Chine et en Inde (15 Garçons/100 filles)¹. La femme asiatique a une grande pudeur elle souhaitera garder des chaussettes lors de l'accouchement. Elle a une réticence pour le toucher vaginal et refuse souvent la péridurale. À la naissance l'enfant sera posé à terre mais peu de temps si c'est un garçon car il est de nature céleste! À la sortie on donnera le cordon à la mère car il est source de forces vitales. La femme reste à la chambre 3 jours. Le prénom est donné à l'enfant à un an lors d'une grande fête de famille.

Conclusion

Dans de nombreuses cultures ou religions, la grossesse est un événement heureux mais source d'angoisse. La femme enceinte est perçue comme fragile. La grossesse cachée dans les premiers mois pour ne pas attirer les mauvais esprits. Ces esprits attaquent la nuit. Il faut porter des amulettes des talismans pour se protéger respecter les interdits alimentaires ne pas enjamber tout ce qui rappelle le cordon. La femme enceinte doit rester active. Si la femme accouche dans un hôpital il faut connaître ces pratiques expliquer nos pratiques, s'adapter en acceptant les demandes compatibles avec la qualité des soins. Il faudra donc respecter l'esprit et discuter certains rituels. La médiation d'un ministre du culte pourra être utile en cas de blocage.

Jacques Lansac
Président d'honneur du CNGOF
Président du FSF
Administrateur GSF

¹ PISON G. Moins de naissance mais un garçon à tous prix : l'avortement sélectif des filles en Asie Population & Sociétés 2004;404:1-4.

² Singla AK, Lapinski RH, Berkowitz RL, Saphier CJ. Are women who are Jehovah's Witnesses at risk of maternal death? Am J Obstet Gynecol 2001 Oct;185(4):893-5

³ Jaloux S. Rituels et croyances en maternité. Mémoire de SF. Ecole de Tours 2001

⁴ CARLES G. grossesse accouchement et cultures approche transculturelle de l'obstétrique J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2014;43:275-280.



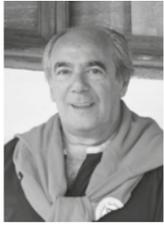
Fig 1: Jeune femme enceinte Village de Kolokani Mali



Fig 2: position d'accouchement au Nigeria



Fig 3 maternité assise Yoruba Nigéria



Galerias de portraits du XXI^{ème} siècle

Le migrant, le passeur, et l'interprète. Poussés par la misère, la violence, les persécutions religieuses, la guerre, leur vie est devenue un enfer, et leur avenir une impasse. Alors les migrants quittent la terre qui les a vus naître, ils prennent la route de l'exil, et leur vie se transforme soudainement en souvenir, caché aux tréfonds de leur corps. Ils quittent leur ville natale détruite, clandestinement, anonymement, misérablement. Partir pour survivre.

Au départ la plupart des migrants sont jeunes, ils ne sont ni pauvres ni mal portant, bien au contraire. Ils sont traversés par un sentiment de culpabilité de quitter, d'abandonner les leurs. Leur voyage coûte cher, souvent payé par ceux qui restent.

La famille s'est cotisée pour qu'ils aient une vie meilleure. Les vieux, les malades, vont rester et mourir sur leur terre natale. Les migrations sont tout d'abord une rupture des liens. Les migrants font des sauts de puces où à chaque détour les dangers guettent. Il y a ceux qui partent avec un projet et ceux qui partent sans projet, fuyant la guerre, les bombardements et la peur au quotidien.

Imaginez des «13 novembre» parisiens qui se renouvellent tous les jours depuis des mois, où seriez-vous? Comme eux, sur la route et frapperiez à notre porte. La migration est une démarche de deuils successifs. On abandonne les siens, sur le trajet tous les dangers rodent, et arrivés en Europe le rejet les guette encore.

C'est aussi souvent une fuite des cerveaux, des médecins, des cadres, des lettrés et des penseurs, des enseignants de ces pays, les appauvrissant encore plus.

Les réfugiés font des choix rationnels comme nous, dont celui du choix du pays d'accueil: L'Angleterre, l'Allemagne, plutôt que la France. Les migrations restent une rupture des liens familiaux, amicaux et d'appartenance à un groupe.

Mais dans ces temps modernes ils ont comme compagnon de route, fidèle fil d'Ariane... le téléphone portable qui les relie aux familles restées sous les bombes. Les migrants venant des pays africains sub-sahariens, Mali, Centre Afrique, Soudan, Erythrée meurent autant, si ce n'est plus, durant la traversée du Sahara que dans la Méditerranée.

Mais le comptage macabre du « naufrage » dans le désert est impossible.

Dans cette traversée du Sahara il se pratique une chasse aux migrants. Rackets, vols, assassinats, viols sont le quotidien surtout en Lybie. Les organisations de trafiquants et de djihadistes se partagent le business avec une brutalité comparable à celles des pires négriers d'autrefois. C'est moins visible et moins dérangeant que sur nos plages de Turquie et de Grèce mais il y a eu aussi des petits «Aylan» morts de soif dans le désert, effacés à tout jamais de la mémoire des hommes.

Ce sont des survivants, des rescapés qui arrivent en Europe, puis en France dans le Nord et le Pas de Calais pour rejoindre l'Angleterre: Terre promise!

Ces migrants arrivant en Europe nous montrent largement la faillite de nos politiques militaires et post coloniales, par exemple l'intervention de 2011 en Lybie. Les accueillir reviendrait à reconnaître cet échec et l'Europe n'y était pas prête jusqu'à cet été.

L'effondrement de la Lybie, Etat tampon qui a longtemps garanti notre bonne conscience laisse l'Afrique et l'Europe en contact direct. Alors nos dirigeants sont partis à la recherche du bouc émissaire et ils ont trouvés... les «passeurs». Les pauvres diables. Ils étaient des héros dans les années quarante lorsqu'ils aidaient les résistants, appelés également terroristes par d'autres, à quitter la France et passer en Espagne ou déjà... en Angleterre! Ce n'est pas que de la sémantique.

Les migrants se transforment en passeurs. C'est le migrant qui fait le passeur et non le passeur qui fait le migrant. Le passeur n'est pas la cause mais la conséquence des mouvements migratoires.

Nous mettons des barrières, des barbelés et des murs de plus en plus hauts, les frontières se ferment, mais les migrants sont comme un cours d'eau si on met un barrage... l'eau passe à côté. Devant l'éventualité d'une opération militaire contre les bateaux en Lybie, les passeurs changeront de route. Les voyages seront plus longs, plus dangereux et... plus chers. Et les gens continueront de partir. En admettant que l'on puisse les empêcher de partir, les laisser en Lybie serait encore plus terrible.

La France et les français ont la mémoire courte, et ceci nous le savions depuis longtemps. Le quart des français ont des parents ou des grands parents d'origine étrangère.

C'est la richesse du pluriculturalisme que l'on a voulu assassiner par une douce soirée de novembre à Paris. La migration est une fuite en avant, une démarche de deuils, nous

insistons. Nous nous trompons dans notre analyse d'europeens frileux, protectionnistes, poussés par les partis extrêmes et les échéances électorales.

Les larmes hypocrites de nos gouvernants, tous partis confondus, ne trompent plus personne.

Il existe malheureusement, encore trop souvent, une maltraitance psychologique supplémentaire lors de l'arrivée en France, et ce mauvais accueil est un facteur supplémentaire de dégradation de leur santé mentale et psychique. Les jeunes mineurs isolés ne sont pas rares, ayant perdu leurs parents ou famille en route ou étant partis seuls de leur pays. L'accueil social et médical de ces mineurs étrangers isolés comme pour tous les migrants, est indigne d'un pays comme le nôtre, le pays des Droits de l'Homme.

C'est une violence additionnelle qui doit également nous révolter, car ceux qui arrivent sont des survivants, ayant échappé à la soif dans le désert, à l'esclavage, au viol, au naufrage en Méditerranée. Parcours violents où leur seule richesse est leur corps d'enfants ayant grandi trop vite dans la guerre et l'effroi.

Il faut savoir soigner le corps mais aussi toujours écouter les réfugiés, car les troubles psychologiques sont majeurs.

Ces troubles sont une réaction normale face à une situation anormale. Ils ont besoin de raconter leur vie, leurs doutes, leurs peurs, leurs périples. La route vers l'exil est une route vers soi-même, vers sa propre liberté. «L'exil est une espèce de longue insomnie» disait V.Hugo.

C'est ici intervient un autre personnage clef dans ces camps de migrants: l'Interprète. C'est parfois un ancien réfugié, même si la traduction n'est pas toujours objective, et fidèle, l'interprète ou les interprètes, sont des passeurs de mots, de maux, des passeurs de cultures, des passeurs de sens et d'espoir.

Sans ces passeurs de maux, sans ces interprètes, nous les ONG nous serions aussi dépouillées et dénanties que les migrants.

Serge BOYER
Secrétaire Général de GSF

GSF EST PRÉSENT

Du Mercredi 25 au Vendredi 27 mai 2016 – GYNAZUR – 14^{ème} CONGRES INTERNATIONAL GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE ET REPRODUCTION DE LA COTE D'AZUR

Stand : Serge et Laetitia Boyer

Communication le 26 mai: Serge Boyer et la Gynécologie-Obstétrique dans la jungle de Calais

LIEU DU CONGRÈS

Nouveau Palais des congrès
JUAN LES PINS

Du Mercredi 25 au Vendredi 27 mai 2016 – 2^{ème} Journée Franco-Sénégalaises de Gynéco-Obstétrique – ASGO - SENEGAL - ASGO

Communication: Claude Rosenthal

LIEU DU CONGRÈS

KING FAHD PALACE
DAKAR - SENEGAL

Du Mercredi 25 au Vendredi 27 mai 2016 – SAINT MALO - 44^{èmes} Assises des Sages femmes

Stand : Claudine Burban

LIEU DU CONGRÈS

Centre des Congrès du Grand Large

Mercredi 22 juin 2016 – Journée Régionale du Collège de Gynécologie-obstétrique du Nord Pas de Calais-Picardie-Champagne

Communication : Denis Therby

Stand : Jacques Dubos

LIEU à préciser

Du Jeudi 6 au Samedi 8 octobre 2016 - Pau - 30^{èmes} Journées Infogyn

LIEU DU CONGRES

Palais Beaumont à Pau.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE GSF

Vendredi 9 septembre 2016 à Nantes,
Convocation adressée à partir du 9 août.

Pourront voter les adhérents ayant cotisés jusqu'au 8 août.

Pourront être candidats les adhérents ayant validés 6 mois d'adhésion, soit ayant cotisés avant le 9 mars.



LE RAID 4X4

La 6^{ème} Trans corrézienne, s'est déroulée du jeudi 5 mai au dimanche 8 mai et a suivi le parcours de la magnifique Dordogne. Emotions, Convivialité, Entraide, Partage, toutes les valeurs du Lions Club Brive Pays de Brive et de Gynécologie Sans Frontières ont été réunies.

Remerciements à tous nos partenaires et aux participants

Instantants de vies migrantes par Olivier Pain



Reportage pour GSF dans le camp de Norrent Fontes. Photographie prise en janvier 2016



« Parce qu'il y a une façon de regarder, d'aborder les gens. Il ne faut pas les voir comme des personnes pulvérisées. Ce sont juste des personnes avec qui on discute. Des humains. »



« 5^{ème} Journée Humanitaire



Une AMP mondialisée qui doit rester humaine

La mondialisation de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est un progrès majeur pour l'humanité qui doit permettre aux femmes de maîtriser leur fécondité.

Son développement doit rendre possible l'accès à la parentalité aux couples infertiles de tous les pays. En raison de l'hétérogénéité des lois, plus ou moins restrictives, qui régissent l'accès à l'AMP dans certains pays «développés», la demande d'accès à ces soins à l'étranger se développe «au profit» des pays aux lois moins restrictives. Cette offre de soins se matérialise par des cliniques privées, notamment situées en Europe et en Asie, ouvertes à tous ceux qui en ont les moyens.

Dans ces pays d'accueil la diversité des lois, des niveaux de politique de santé et de la qualité des soins déterminent de plus en plus régulièrement des complications sanitaires, humaines et éthiques inédites.

Si l'on espère que les couples locaux en demande d'AMP vont enfin pouvoir y accéder dans leur propre pays, force est de constater que ces structures privées ne sont à ce jour accessibles qu'aux plus riches, pérennisant une discrimination économique à l'accès à ces soins. L'apparition de techniques d'AMP à moindre coût (Cf. The walking Egg) constitue une évolution majeure et attendue qui va enfin catalyser la diffusion rapide de l'AMP dans les pays les moins avancés aux bénéfices de tous.

On espère que ce progrès fondamental va à terme mettre fin au «tourisme procréatique» et son flot de drames

humains personnels et familiaux, sociaux, sanitaires et économiques. Les structures d'AMP en France notamment prennent en charge avec grande difficulté ces femmes immigrées stériles, soulevant notamment la prise en charge économique de ces soins.

Dans le sondage que nous avons réalisé en ligne à l'occasion du colloque du 11 mars 2016 aux Diaconesses 59 % des personnes y ayant répondu se montrent hostiles à la prise en charge des soins d'AMP par l'Aide Médicale d'Etat.

Un autre versant de cette mondialisation concerne les «intermédiaires» de ces soins, ces derniers apparaissent comme des «bénéficiaires indirects» de l'AMP dans le sens où leur quête n'est pas orientée vers la filiation mais plutôt vers un gain économique. Du don de gamètes (dons d'ovocyte (DO), de spermatozoïdes) à la Gestation Pour Autrui (GPA), de nombreuses situations se présentent générant des complications inédites.

C'est précisément l'objectif de GSF que d'attirer l'attention sur le versant médical et humain de ce développement et tout particulièrement sur les risques encourus par ces intermédiaires. La transaction économique du don d'ovocyte ne doit pas faire oublier la lourdeur de cette prise en charge et de ses complications liées à la ponction ovarienne tant lors de la stimulation hormonale que lors du geste technique

de ponction et de son anesthésie.

La donneuse d'ovocyte est le plus souvent jeune, ce qui explique les bons voire excellents résultats des tentatives de Fécondations In Vitro (FIV) en termes de taux de grossesse. Les cliniques communiquent largement sur ces taux de grossesse dans cette ambiance économique concurrentielle. Par contre elles ne diffusent pas d'informations rigoureuses quant aux complications engendrées, peu fréquentes, certes, mais réelles pour ces donneuses : complications hémorragiques, thromboemboliques, anesthésiques.

Nous disposons en France du rapport de l'Agence de Biomédecine colligeant l'ensemble des 140 000 actes d'AMP réalisés en France en 2014. Il relève en 2014 plus de 400 événements indésirables dont 1 décès d'une femme de 32 ans, il s'agissait d'un infarctus chez une femme au terrain médical présumé normal. On ne dispose pas, en revanche, de rapports d'activité nationaux aussi rigoureux et accessibles au niveau international. Ils devraient pourtant exister pour donner une information claire et loyale à l'ensemble des femmes concernées.

Les mères porteuses sont elles aussi exposées médicalement en prenant le risque obstétrical de la grossesse (sur-risque vasculorénal de ces grossesses avec double don (spermatozoïde et ovocyte) et de l'accouchement.

On relève aussi le risque psychologique pour ces femmes de mener des grossesses... sans enfant à l'issue, qui constitue une expérience dissociative dont on ignore encore les conséquences à long terme.

Pour les bénéficiaires directes, ces grossesses obtenues présentent, elles aussi, des particularités quand elles surviennent chez des femmes âgées, notamment au delà de 45 ans, on craint le sur-risque sur les grossesses FIV avec DO.

Le dernier rapport de l'enquête sur la mortalité maternelle en France relève que la proportion de décès sur les grossesses obtenues par FIV est en progression et représente 6% des décès dans la dernière étude : ce taux a doublé depuis l'étude précédente... L'enquête ne comporte pas d'information qualitative et conclue à la nécessité de faire des études complémentaires.

Cette impression de sur-morbidité maternelle au cours de certaines grossesses issues de FIV DO chez les plus de 45 ans se retrouve de façon subjective lorsque l'on se confronte à la pratique d'autres maternités de type III accueillant de plus en plus de ces femmes, présentant des complications parfois gravissimes, qui n'auraient pu être encaissées en France au vu de nos critères d'accueil. Une enquête nationale doit être menée pour valider ou non cette impression...

Le risque périnatal est lui parfaitement documenté, il est lié au risque des grossesses multiples des FIV (15 à

20% de grossesses gémellaires, 1% de grossesse triples) dans le dernier rapport de l'ESHRE.

En conclusion on ne peut que déplorer l'absence totale d'évaluation internationale de ces pratiques transnationales qui séparent totalement la démarche d'obtention de la grossesse, de son suivi et de l'accouchement.

On ne peut plus admettre les dérives parfois constatées dans certains pays de la loi du marché de l'AMP

Peut-on continuer à ignorer l'histoire de cet enfant trisomique abandonné à sa mère porteuse Pattaramon Chanbua en Thaïlande en 2014 ?

Doit on accepter avec fatalisme qu'un fils de milliardaire Mitsutoki Shigeta, dans un délire de filiation, puisse s'offrir 9 enfants de 9 mères porteuses... ?

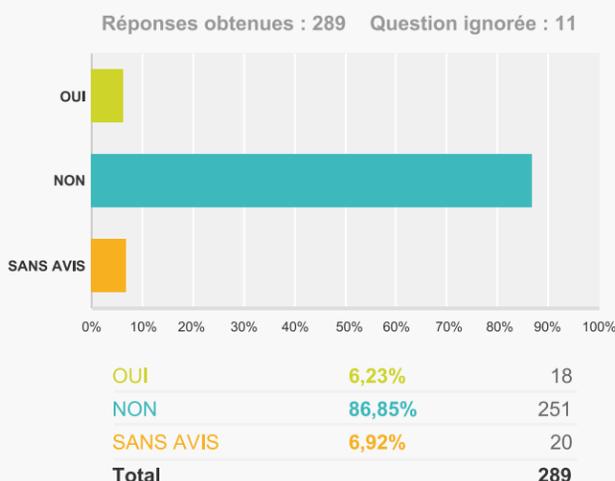
Il semble clair qu'une coordination internationale, une harmonisation des lois et des pratiques internationales doivent mettre en place des cadres légaux nationaux rigoureux et surtout respectueux des droits humains.

GSF s'engage à participer à cette surveillance.

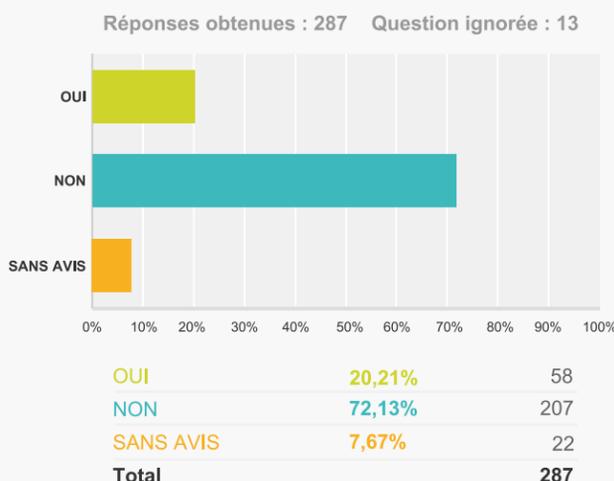
Richard Beddock
Vice-Président de GSF

Les français et l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

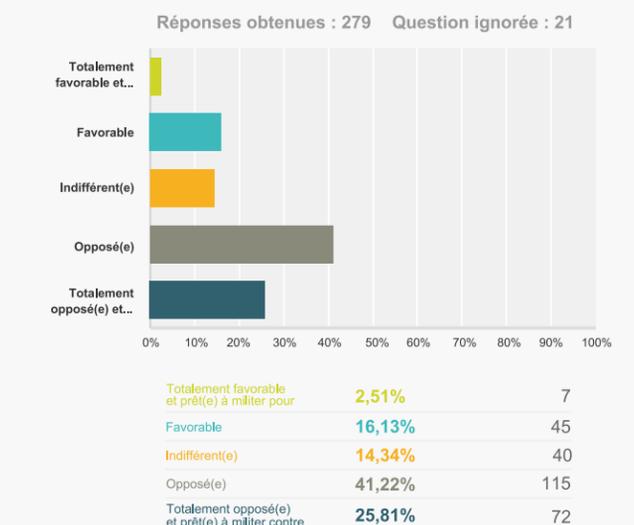
01 Seriez-vous prête, dans le cadre d'une Gestation pour Autrui (GPA), à porter l'enfant d'une femme inconnue ?



02 Seriez-vous prête, dans le cadre d'une GPA, à porter l'enfant d'une femme que vous connaissez ?



03 Êtes vous favorable au développement de la Gestation Pour Autrui (GPA) dans les Pays en Voie de Développement pour aider les femmes étrangères infertiles ?



sur la Santé des Femmes »

FORMATION EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE HUMANITAIRE (FGOH)



formation ou de développement. **Public cible**
Gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins, chirurgiens, étudiants en médecine, étudiants sages femmes susceptibles de s'impliquer dans des actions humanitaires et/ou dans les pays en développement, aussi bien dans des missions d'urgence que dans des missions développement.

Session exceptionnelle par son format, les participants restent dans le centre de vacances pendant la durée de la formation et prenant leurs repas, ensemble avec les formateurs pour continuer à échanger en dehors des heures de cours. Du 13 au 17 juin 2016 à 20 minutes de Brive. Navette organisée par GSF pour vous accueillir le dimanche soir à Brive la Gaillarde, vous conduire au cottages des hameaux de miel et vous ramener le vendredi après midi à Brive la Gaillarde. Vous serez logés dans des petits chalets à 2 chambres (une chambre par personne). Les repas seront pris ensemble matin midi et soir avec les formateurs. Possibilité de détente à la piscine le soir (mi juin).

Le nombre de participants étant limité à 25, les inscriptions seront effectivement enregistrées à réception d'un dossier complet.

Rennes (35) du 10 au 14 octobre 2016

Formule classique :

5 journées d'enseignement de 9h à 18h à Clinique mutualiste de la Sagesse

Brive (19) du 13 au 17 juin 2016

Nouvelle Formule «EN IMMERSION»

Dans des conditions s'approchant d'une mission, les objectifs de cette formation sont d'apporter aux participants :

- **Des connaissances sur l'action humanitaire** (les acteurs et les domaines d'action de l'humanitaire, l'éthique humanitaire, la mise en œuvre d'actions humanitaires et les modalités d'intervention).
- **Des compétences en humanitaire dans le domaine de la santé des femmes.**
- **Des compétences à l'effet de réaliser une mission exploratoire et participer à une mission de soins ou d'urgence obstétricale.**

Formation: Informations générales sur les missions humanitaires en gynécologie-obstétrique. Formation en vue de participer à une mission d'urgence ou de soins. Formation en vue de participer à une mission de

POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Contacts :

Elisabeth VAZ DO PIO : 09 81 05 52 24
Roselyne BARON : 09 81 79 31 04
admin.gynsf@gmail.com

- **Télécharger le Bulletin d'inscription**
<http://gynsf.org/fgoh-article/>

Le dossier d'inscription comporte :

- **Bulletin d'inscription dûment rempli**
- **Curriculum vitae (maximum 1 page)**
- **Courrier de motivation**
- **Chèque des frais d'inscription à l'ordre de GSF**

À envoyer à l'adresse suivante :

Gynécologie Sans Frontières
2, boulevard De Launay
44100 Nantes

Droits d'inscription perçus par GSF

Inscription à titre privé, de manière indépendante :

- Sages-Femmes, internes, IDE, étudiants : 700 euros formule «All Inclusive – En immersion» (350€ de frais d'inscription et 350€ de pension complète «all inclusive»)
- Médecins: 900 euros formule «All

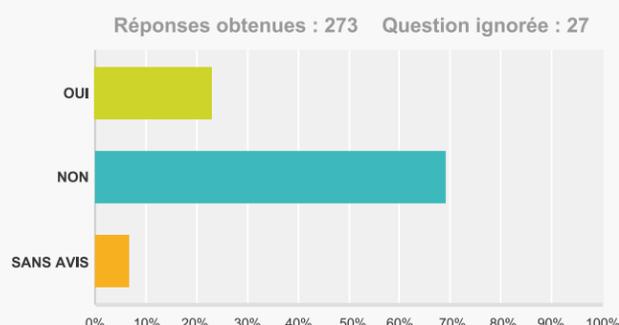
Inclusive – En immersion» (550€ de frais d'inscription et 350€ de pension complète «all inclusive»)

Formation Continue

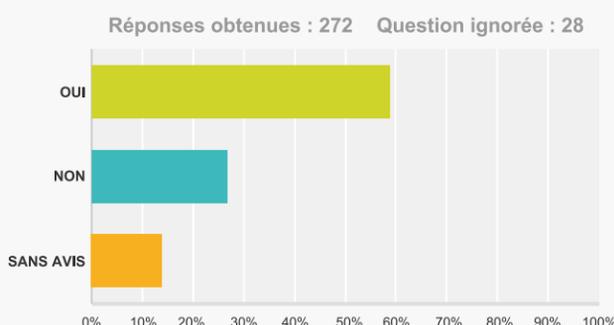
Gynécologie Sans Frontières est enregistrée auprès de la préfecture des Pays de la Loire en tant qu'organisme de formation sous le numéro d'enregistrement : 52 44 05694 44. Ce numéro peut permettre la prise en charge financière totale de la formation dans le cadre d'une convention pour la Formation Continue. Dans ce cas, les frais d'inscriptions sont les suivants (2016) :

- Sages-Femmes, internes, IDE, étudiants : 950 euros formule «All Inclusive - En immersion» (600€ de frais d'inscription et 350€ de pension complète «all inclusive»)
- Médecins: 1350 euros formule «All Inclusive – En immersion» (1000€ de frais d'inscription et 350€ de pension complète «all inclusive»)

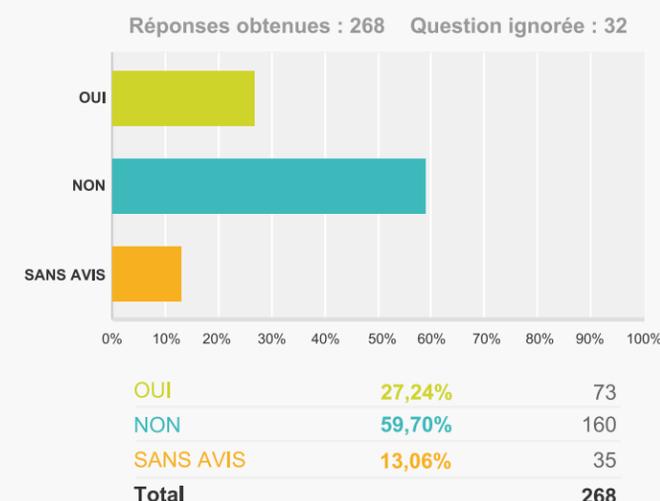
04 La GPA pourrait elle devenir une 'source de revenus' dans les Pays en Voie de Développement ?



05 Etes-vous favorable au développement de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) pour les femmes infertiles dans les Pays les Moins Avancés ?



06 Seriez-vous favorable à la prise en charge par la sécurité sociale de l'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) pour les étrangers bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat ?





The Walking egg

Présentation à Paris, le 11 mars 2016



**Mesdames, Messieurs,
Bonjour à tous.**

Je m'appelle Jan Goossens et je suis le directeur du «The Walking Egg» (TWE) (L'œuf Qui Se Promène).

Vous m'excuserez pour les erreurs de français, mais étant néerlandophone, il se pourrait que je me perde dans les mots de temps en temps.

Sans doute vous êtes-vous étonné en lisant le nom de notre organisation.

En fait, le nom «The Walking Egg» est le résultat d'une collaboration initiée en 1997, entre un gynécologue, le Prof. Willem Ombelet, et un artiste, Koen Vanmechelen.

D'où ce nom énigmatique référant à un œuf en verre avec des petites pattes et donné lors d'une revue internationale d'andrologie. C'est une métaphore de l'œuf qui se promène n'importe où dans le monde sans aucune distinction de race, couleur, frontière, et qui décide d'être fécondé ou de ne pas être fécondé.

Au sein de ESHRE, le Prof. Ombelet était le coordinateur d'un Special Task Force (STF) qui ciblait les pays en voie de développement et l'infertilité.

En décembre 2007, avec la collaboration de l'OMS, un projet scientifico-artisanal de ce STF est né à Arusha (Tanzanie), où près de 40 experts (médecins sociologues, économistes, anthropologues...) ont discuté d'une approche commune et multidisciplinaire dans la lutte contre l'infertilité et ses conséquences. Le nom «TWE» a été donné au «Projet Arusha», et l'organisation «The Walking Egg» a été créée pour réaliser cette mission, en visant notamment l'accès aux soins de fertilité.

Sans doute, il y en a parmi vous qui ont des enfants. Ou d'autres qui ont choisi de ne pas en avoir. Peut-être certains qui voulaient des enfants, mais n'ont jamais eu la chance d'en avoir. Et finalement, d'autres qui ont été obligés de faire appel à la science médicale pour obtenir une grossesse.

La fertilité est un problème de tous les temps. Je me souviens que, lors de mes humanités, on était obligé de retenir l'histoire de la Vénus de Willendorf, symbole de fertilité dans l'Antiquité.

On estime que mondialement, 95% des gens ont un souhait d'enfant.



Ce qui fait que nous sommes déjà plus que 7 milliards, et qu'il est prévisible qu'on sera à 10, peut-être bien 11 milliards vers 2100. J'y reviendrai. Mais revenons sur le problème de l'infertilité. Cette carte nocturne du monde nous donne une idée des endroits où il y a de l'électricité. Ce qui coïncide plus ou moins avec le nombre de centres VIF. Il est clair qu'il y a une nette discordance entre les pays occidentaux et le reste du monde.

Comment interpréter la situation en Afrique?

On estime que le nombre de gens qui ont accès aux soins de fertilité est de moins de 2%: ceux-ci peuvent se rendre à l'un des 131 centres sur le continent...

Pour comparaison: en Europe il y a plus de 1.638 centres... et leur nombre réel est sans doute nettement plus élevé.

Quoi qu'il en soit: il est évident que l'accessibilité aux soins de FIV en Afrique est une situation navrante.

Mais de quoi parle-t-on? Y a-t-il vraiment un problème?

Mondialement, on estime que 8 à 12% des couples sont confrontés avec l'infertilité, parmi lesquels la plus grande partie habite dans les pays en voie de développement.

Selon les dernières études de l'OMS, on parle de 186 millions de personnes qui doivent faire face à une infertilité involontaire.

On pourrait bien entendu dire qu'il y a d'autres priorités (à voir le SIDA et la malaria), ou on pourrait dire que l'on n'en meurt pas.

La communauté internationale ne considère certainement pas ce problème comme une priorité. Mais si on doit attendre de d'abord avoir résolu les autres problèmes, les couples infertiles ne seront jamais aidés.

Pourtant, les études ont démontré que les conséquences de l'infertilité ont un impact énorme sur la vie sociale des gens, surtout dans les sociétés en développement ou transitionnelle. Encore un autre exemple: un élément que la majorité des gens ignore, c'est le fait que le risque SIDA chez les femmes infertiles et sans enfant est 3 fois plus élevé que la normale, simplement parce que ces femmes vont faire du «shopping» pour obtenir un enfant.

Ce qui nous amène aux raisons principales de l'infertilité, qui vous sont suffisamment connues. Voilà en bref une petite analyse du problème d'infertilité féminine et masculine (sans aller trop loin dans les détails).

Et dans les pays en voie de développement, les causes de l'infertilité sont très souvent liées:

- aux maladies sexuellement transmissibles (MST)
- les avortements non-sécurisés
- accouchement dans les conditions non-hygiéniques

Après tout ce que je viens de vous expliquer, il est très clair que l'infertilité est un problème qui a une répercussion énorme sur la vie des femmes et/ou des couples qui y sont confrontés.

Depuis quelques décennies, la communauté internationale s'est penchée à plusieurs reprises là-dessus. Elle a fait des recommandations, afin de protéger les intérêts des femmes ou couples infertiles.

Mais malgré tout, on n'arrive pas à transcender cette réalité et le discours se limite aux mots creux. Ceci est parfaitement représenté dans les fonds disponibles.

Vous voyez, les chiffres sont suffisamment éloquentes... Simplement dit:

- Nicole souffre de SIDA: bénéficie d'un programme international
- Sophie est enceinte: bénéficie d'un programme internationale
- Chantal vient d'accoucher: bénéficie d'un programme international
- Nathalie souhaite un avortement sécurisé: bénéficie d'un programme international
- Marie veut, mais ne peut avoir un enfant: je vous défie de lui trouver une solution

Pourtant, il s'agit d'un droit élémentaire aux soins (et non du droit de l'enfant).

Pour mieux comprendre les raisons dont je vous ai parlé, je vous propose les diapositives suivantes.

Pourquoi existe-t-il une telle aversion, quasi viscérale, quant aux programmes AMP (Assistance Médicale à la Procréation), surtout quand ils visent des pays en voie de développement (PVD)?

Il existe plusieurs raisons, pour ne pas dire des préjugés, vis-à-vis des PVD: pourquoi devrait-on s'en inquiéter?

- L'infertilité est inexistante dans les PVD
- L'infertilité n'est pas un problème sérieux pour les gens dans les PVD
- L'infertilité, c'est un problème personnel et non un problème qui concerne la santé publique
- La surpopulation mondiale est un problème réel
- La solution pour l'infertilité se trouve dans des traitements excessivement chers

Mettons le focus sur les 2 derniers points:

1. La surpopulation mondiale.

C'est vrai: le nombre d'hommes dans le monde augmentera encore les prochaines décennies. Faut-il vraiment s'en inquiéter?

Discuter sur le fond du problème m'amènerait trop loin, mais il est clair qu'il y a des siècles, la population mondiale était bien moindre. En 10.000 avant le Christ, on estime son nombre vers 10 millions de personnes.

En 1800, on atteint le cap de 1 milliard de personnes.

En 2012, on était à 7 milliards.

Selon la source consultée, on sera 9 milliards en 2050 et 10 milliards en 2100.

Faut-il paniquer?

Non, halte à la négativité: virons de 180° et regardons la vie avec l'optimisme africain bien connu!

Les chiffres suivants démontrent déjà une amélioration évidente: le nombre mondial moyen d'enfants par femme en 1963 était 5.

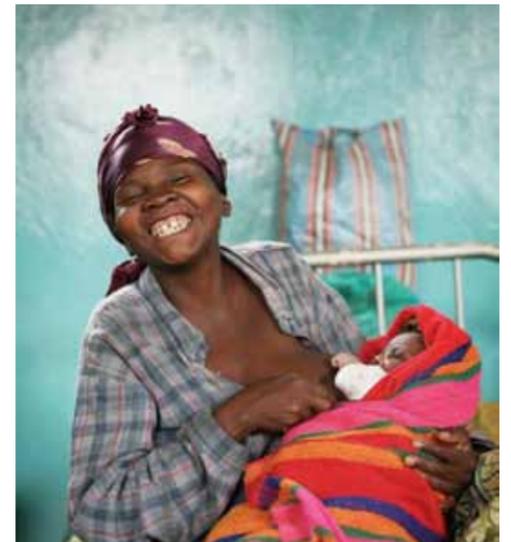
Aujourd'hui, on parle de 2,2 enfants par femme! Il existe bien des multiples mécanismes pour faire réduire le nombre de gens au niveau mondial.

Au sommet des Nations Unies en septembre 2015, consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, les 193 dirigeants du monde se sont engagés sur 17 objectifs pour réaliser trois choses extraordinaires dans les 15 prochaines années.

La première est "mettre fin à l'extrême pauvreté".

Les 2 autres: lutter contre les inégalités et l'injustice; résoudre le changement climatique.

Impossible de vous en parler ici plus longuement, mais il est clair que l'Occident a tout intérêt, pour ne pas dire obligation, de changer son style de vie: nous devons réduire notre impact!



La lutte contre la pauvreté

Contrairement à ce que l'on croit, la pauvreté mondiale a déjà nettement baissé.

Très souvent, ceci est le fruit d'une lutte contre l'ignorance.

Et l'ignorance résulte très souvent d'un manque d'éducation. Ce qui est démontré par le taux de mortalité infantile des moins de 5 ans, comparé au pourcentage de femmes adultes érudites.

Prenons aussi l'exemple du Bangladesh: 50 à 150 millions d'habitants dans 50 ans (un des pays le plus peuplé). Mais le gouvernement s'est engagé à prendre action: le «Government Family Planning Service».

Dans chaque village il existe un programme de contraception.

Mais apparemment, moins les femmes sont éduquées, plus d'énergie doit être apportée pour les convaincre...

Néanmoins les chiffres parlent d'eux-mêmes: 1972: 7 à 8 enfants avec une espérance de vie de 50 ans

2015: 2,2 enfants avec une espérance de vie de 70 ans

Voici, un autre exemple qui montre la corrélation entre la pauvreté et le nombre d'enfants par femmes durant les 2 derniers siècles.

De façon générale: chaque pays dont le score a monté sur l'échelle des pays à faible ou bas revenu, pour devenir un pays à revenu moyen, ce pays voit changer sa pyramide de population.

La base devient mince, alors que «le ventre» devient ou reste significativement large.

Conclusion: la croissance de la population mondiale n'est pas déterminée par un taux de naissances élevé, mais plutôt par une espérance de vie plus élevée.

La discussion sur la surpopulation mondiale nous amène à réfléchir sur l'intérêt ou le non-intérêt de la FIV ou d'autres méthodes AMP (Assistance Médicale à la Procréation), surtout dans les PVD...

Faut-il «ajouter» encore des enfants, des cohabitants à un monde déjà très peuplé? Mais en fait, de quoi est-ce qu'on parle?

Depuis 1978 (Louise Brown/Bob Edwards) et jusqu'en 2012 (= 34 ans), on estime que le nombre d'enfants né par la méthode FIV est de plus ou moins 5 millions. Donc, 147.059 enfants par an.

Mondialement, sur 130 millions d'enfants nés chaque année, 147.059 ont été procréés par la méthode FIV.

On parle donc de 0,1% d'enfants FIV par an. Une «quantité négligeable», en comparaison avec le reste, mais un monde de différence pour

les femmes ou couples concernés!
Ce qui nous amène directement au deuxième point.

2. La solution à l'infertilité est trop chère!

Effectivement, si une femme ou un couple souhaite se faire traiter, le coût de traitement atteint vite quelques milliers de dollars ou euros. Ici, vous voyez le coût approximatif des services de TRA (Technologie de la Reproduction Assistée). Donc, des solutions existent, même en Afrique, mais sont réservées aux "happy fews", autrement dit les plus riches.

Voilà le site d'un centre FIV privé en Uganda. Ou bien un site occidental.

Autrement dit: la joie de l'enfant dépend de votre porte-monnaie...
Alors que nous, nous préférons dire que la joie apportée par l'enfant n'est pas le privilège de l'Occident.

Mais, existe-t-il une solution magique?

Magique, non, mais nous avons une solution abordable, fiable et de haute qualité. Je suis fier de vous présenter en bref notre méthode (ci-dessous):

Et la preuve est là: déjà en 2012, nous avons pu provoquer la naissance d'un garçon sain et sauf.

Depuis lors, 40 autres enfants sont nés, tous avec un bon poids, en bonne santé.

Notre méthode ne demande pas un environnement à hautes exigences: un labo de FIV en Belgique ou en France coûte facilement entre 1,5 et 3 million d'euros.

Alors que le montant total pour un centre TWE s'estime à +/- 85.000 Euros (sans bâtiment).

Un cycle de prise en charge coûtera au patient plus ou moins 400€, sans avoir compté les frais et salaires locaux.

Inutile de vous dire que ceci crée beaucoup de possibilités pour l'Afrique ou les PVD en général.

Voilà l'équipe qui a mis la méthode à point: Prof. Van Blerkom, Prof. Ombelet et Prof. Huyser.

Pour ceux qui souhaitent approfondir: la méthode a été méticuleusement décrite dans RBMOnline.

Et aujourd'hui, ce n'est plus un rêve!

En mars 2014, le Prof. Willem Ombelet et moi, nous étions invités au Ghana à l'occasion d'un congrès sur l'infertilité et les couples sans enfant.

Comme vous le savez, c'est un sujet très délicat pour les africains, et en général les gens le gardent comme un secret honteux.

Mais ici, on avait devant nous 1.500 personnes qui osaient témoigner en public d'un problème qui domine toute leur vie.

Suite à ce congrès, les négociations avec les

responsables de l'église pentecôtiste nous ont mené à un partenariat avec un de leurs hôpitaux, à Accra.

Entre parenthèses, nous sommes entièrement neutres, nous cherchons avant tout à collaborer avec des partenaires motivés, engagés et fiables.

Un an après, en février 2015, ils ont commencé à réaménager une maison à côté de l'hôpital, transformée en un magnifique centre de fertilité!

En avril et novembre 2015, 2 missions ont été accomplies dans ce centre (la route a été pavée par la suite).

On avait bien pu y pratiquer des fécondations, mais pas encore des grossesses.

Mais prochainement, au mois d'avril, notre équipe rentrera sur Accra en espérant pouvoir permettre la première grossesse FIV en Afrique!

On a donc maintenant un beau centre mais, sans personnel bien entraîné, c'est comme si vous aviez une Rolls Royce sans essence dans le désert...

Nous avons alors décidé d'inviter une équipe Ghanéenne à Genk pour les initier aux « secrets » de notre système FIV.

La formation est une partie essentielle de notre projet, sans laquelle rien n'est durable et ne pourra prendre de l'ampleur.

Ceci fait qu'on connaît bien nos partenaires, et comme nous avons pu le constater pendant les

missions en avril et en novembre dernier, cela améliore la collaboration.

L'équipe est là, la méthode a prouvé son efficacité. Les demandes des patients ou des pays nous dépassent de loin.

La marche à suivre est claire. Chaque demande de subsides, de fonds, bref, d'aide financière semble être très difficile. Nous avons frappé à la porte de nombreuses organisations et autorités, mais en vain.

Malgré cela, on ne se laisse pas décourager, car nous sommes guidés par l'appel désespéré des nombreuses femmes et couples infertiles partout dans le monde.

Barack Obama a dit: «Le changement ne viendra pas si nous l'attendons de quelqu'un d'autre ou à un autre moment. Nous sommes ceux que nous attendions. Nous sommes le changement que nous cherchions.»

Merci de tout cœur pour votre attention.

Jan Goossens
«The Walking Egg - Belgique»

Step 1:

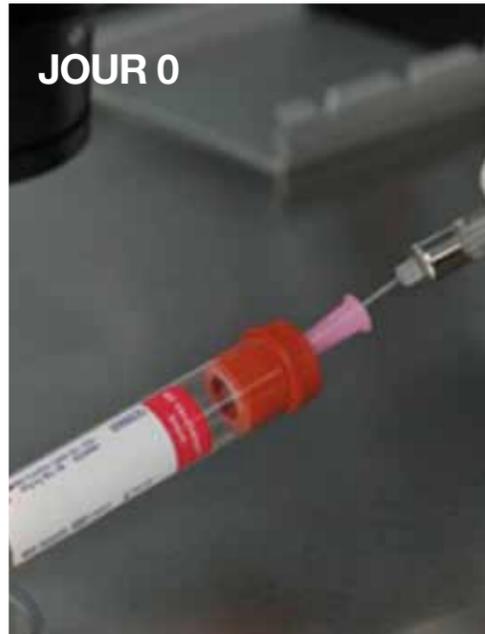
Set-up et équilibrage



Acide citrique + bicarbonate de soude + eau = Production dioxyde de carbone: ceci met le culture medium en équilibre (pH 7.25- 7.35)

Step 2:

Insémination



Insertion de ovocytes et sperme : 1 ovocyte par tube avec 1000-5000 de spermatozoïdes bien motiles

Step 3:

Contrôle de Fertilisation



Contrôle de Fertilisation: à travers le tube

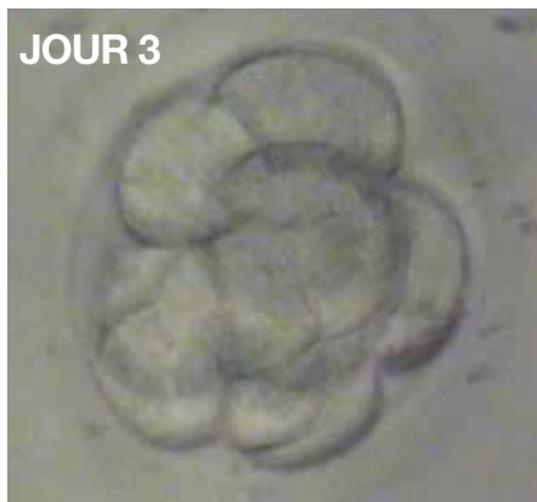
Step 4:

Visualisation de l'embryon



Jour 3 - 5 : Transfer de l'embryon

Première naissance: 07/11/2012



Garçon de 3500 GRAM



La place centrale de la sage-femme dans la réduction de la mortalité maternelle: Etat des lieux et perspectives.

L'étude de l'évolution des ratios de mortalité maternelle au 19^{ème} siècle nous en dit long sur la place centrale de la sage-femme dans la réduction de la mortalité maternelle.

Il est intéressant de comprendre comment les pays occidentaux ont réussi à réduire leur mortalité maternelle pour analyser ce qui se passe actuellement dans les pays avec des ratios de mortalité maternelle élevés.

Ainsi si on compare la Suède et les Etats-Unis qui avaient tous les deux un ratio de mortalité maternelle autour de 700/100.000 NV en 1870 (comparable aux ratios de mortalité maternelle de certains pays d'Afrique ou d'Asie), on note que la Suède a réussi à réduire la mortalité maternelle dès 1870 avant même l'accès aux nouvelles technologies comme la transfusion, les antibiotiques et la césarienne pour arriver à un ratio autour de 250/100.000 vers 1900.

Les leçons de l'histoire^{1,2,3}

Au début du 18^{ème} siècle, la Suède était un pays pauvre avec 87% de la population vivant en milieu rural, et très dispersée. Les accouchements avaient lieu à domicile avec une accoucheuse traditionnelle: il n'y avait qu'un hôpital, dans la capitale, et moins de 1% des femmes y accouchaient.

Cependant dès 1751, grâce au registre national de population, la commission sanitaire suédoise était en mesure de calculer les ratios de mortalité maternelle et d'identifier la mortalité maternelle évitable. C'est la connaissance de l'ampleur du problème qui a été le déclencheur: cette prise de conscience a été suivie d'une volonté politique très forte de s'attaquer au problème en formant des sages-femmes professionnelles et en les déployant dans tout le pays pour assurer une assistance qualifiée des accouchements à la maison.

Le Collegium Medicum (regroupant les autorités médicales) était chargé d'assurer que les sages-femmes étaient distribuées dans tout le pays.

Les paroisses ont été obligées d'envoyer des jeunes femmes en formation et plus tard le gouvernement a fourni des bourses pour les femmes issues de communautés les plus pauvres. Les gouverneurs étaient responsables du respect des règles.

La formation, en 1829, a été étendue à l'apprentissage de l'utilisation du forceps et des instruments nécessaires à la craniotomie. Les sages-femmes étaient sélectionnées et accréditées pour utiliser les instruments dans certaines conditions. En 1881, les normes à appliquer prévoyaient l'utilisation d'antiseptiques et une asepsie rigoureuse de l'accouchement.

Les sages-femmes étaient acceptées et respectées parce qu'elles étaient techniquement compétentes et moralement irréprochables. Elles avaient d'autres activités de santé publique (vaccinations contre la variole, traitements de quelques problèmes de santé avec des sangsues et des saignées et éducation sanitaire). Elles avaient acquis un statut national depuis 1777 et leur profession était protégée même si les accoucheuses traditionnelles ont été tolérées encore pendant une bonne période. Il y avait en 1860 1 SF/2500 habitants.

Chaque sage-femme allait faire les accouchements à domicile et pouvait appeler le médecin en cas de problème. Les municipalités payaient leurs salaires. On peut conclure que ce résultat est le fruit d'une volonté politique forte: le gouvernement a investi en argent (formation, supervision, équipement), en normes et régulation.

L'adoption précoce de cette combinaison d'assistance professionnelle aux accouchements à domicile et de l'utilisation de techniques efficaces a permis à la Suède d'atteindre le niveau le plus bas de MM en Europe (228/100.000) au début du 20^{ème} siècle.

Si on compare l'évolution du ratio de mortalité maternelle aux USA, on note que les ratios de mortalité maternelle sont restés élevés, autour de 600-800 jusqu'au milieu des années 1930.

Ces ratios restent élevés alors que les USA sont déjà une grande

puissance économique et militaire, que l'alphabétisation moyenne du pays en 1910 est de 95% (70% pour les noirs, 87% pour les personnes nées à l'étranger et 97% pour les natifs). C'est une preuve que l'alphabétisation et la richesse moyenne du pays sont moins importantes que la stratégie de lutte contre la mortalité maternelle.

Les ingrédients politiques et techniques de la Suède n'étaient pas présents aux USA à cette époque. Tout d'abord l'information n'est devenue disponible qu'à partir de 1900-1920 (en 1915, 31% du territoire était couvert par des registres de naissances), donc bien plus tard qu'en Suède, plus de 150 ans après. Ensuite, les sages-femmes formées, principalement des migrantes européennes, ont été activement découragées et dénigrées par le lobby des obstétriciens.

Les spécialistes voyaient les sages-femmes comme des reliquats du sous-développement européens.

«si les pays européens continuent à employer des sages-femmes, cela montre seulement à quel point l'Europe est en retard par rapport aux Etats-Unis».

En conséquence, il n'y a pas eu de pression politique efficace, jusqu'au moment où la population s'est plainte des différences avec l'Europe, au début des années 1930. C'est à ce moment que le New York Times a publié les résultats de l'enquête menée sur la mortalité maternelle qui montrait que les médecins étaient partiellement responsables des décès évitables (61% des décès évitables étaient iatrogènes à New York en 1933).

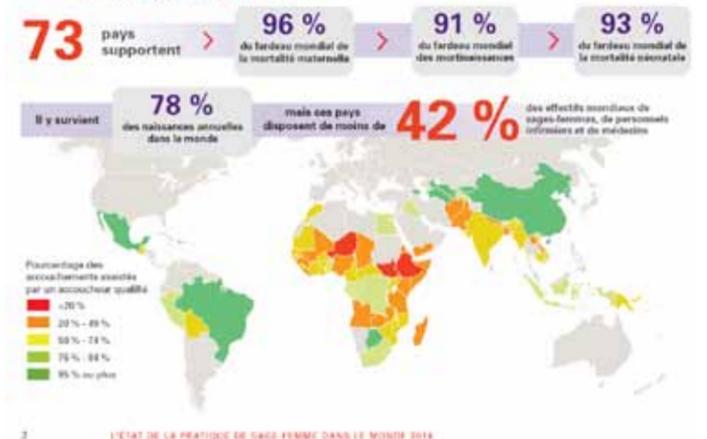
Mais le lobby médical a continué à exiger que les accouchements se passent dans les hôpitaux sous la surveillance des spécialistes. La conséquence a été que des hôpitaux sans normes de qualité et qui ne pouvaient garantir un accès pour tous ont contribué, par la iatrogénèse, à maintenir un haut niveau de mortalité.

Ce n'est que durant la II^{ème} guerre mondiale que le programme Emergency Maternity Care a permis d'améliorer la situation en définissant des normes de qualité et en finançant l'accès grâce à un fonds de solidarité.

Les sages-femmes aujourd'hui: une profession à renforcer et à valoriser dans beaucoup de pays.

Ces leçons de l'histoire sont toujours d'actualité aujourd'hui quand on voit les différents modèles existant en termes d'organisation des soins dans les pays à faible ressource et leur impact sur la mortalité maternelle. La place de la sage-femme dans la réduction de la mortalité maternelle a

FIGURE 1 Principaux indicateurs de la santé maternelle et du nouveau-né et des personnels de santé dans 73 des 75 pays du Comité à rétro



3 L'ETAT DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LE MONDE 2014

été de nouveau mise en valeur dans le numéro spécial sages-femmes du Lancet en 2014 et dans le dernier rapport de l'UNFPA-ICM-WHO

«Etat de la pratique de la sage-femme dans le monde 2014».

Ces deux rapports apportent, chiffres à l'appui, des preuves de la place centrale de la sage-femme mais aussi les défis à relever en terme de disponibilité, accessibilité, qualité et acceptabilité des services.

Ainsi, si les 73 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine représentés dans le rapport regroupent 96% des décès maternels, ils ne disposent que de 42% des sages-femmes. La question de la formation des sages-femmes reste un problème dans beaucoup de pays: faible niveau d'étude secondaire, classes surchargées, manque de supervision des stages pratiques. Malgré les efforts de standardisation des études de sages-femmes et les normes établies par la Confédération Internationale des sages-femmes, beaucoup de jeunes sages-femmes sortent de l'école avec un manque de formation pratique (pas suffisamment d'actes pratiqués sous supervision pour en attester les compétences). Le déploiement du personnel dans les zones rurales reste un problème majeur dans les pays à faible ressource: il est lié au développement général du pays. Le manque de développement économique et d'accès aux services de base (électricité, eau, internet, école pour les enfants) font que les sages-femmes restent à la capitale et sont beaucoup moins nombreuses en milieu rural.

Le salaire de la sage-femme par rapport à ses responsabilités et à la pénibilité du travail (travail la nuit et le weekend) et sa faible évolution au cours de sa carrière est également peu attractif et beaucoup de sages-femmes vont se diriger vers d'autres spécialités pour quitter la salle d'accouchement.

Former des sages-femmes en nombre et en qualité et les retenir est certainement une priorité mais il faut aussi prendre en compte les autres déterminants de la mortalité maternelle pour avoir un

impact plus important, dont l'accès à un plateau technique hospitalier de qualité. Il faut aussi rappeler que l'augmentation de la couverture des méthodes de contraception modernes en réduisant la fécondité et diminuant le nombre de grossesses a un impact très important sur la réduction de la mortalité maternelle.

L'accès aux services de planning familial devrait être une priorité dans beaucoup de pays. Il peut ainsi paraître contradictoire de voir des gouvernements africains déclarer la césarienne gratuite alors que la contraception est encore payante et très régulée (pas d'accès pour les mineures ou les femmes non mariées).

L'objectif pour 2030, lancé par les agences œuvrant pour améliorer la santé maternelle, est un accès pour toutes les femmes aux soins de sage-femme (prodigués aussi par d'autres professionnels de santé formés) qui au-delà des soins obstétricaux comprennent aussi les services de santé sexuelle et reproductive (contraception, prévention des IST et VIH,...), y compris pour les jeunes.

Fabienne Richard
Sage-femme Institut de médecine tropicale - Anvers (Belgique)
Présidente GAMS Belgique

Hogberg, U., Wall, S. & Brostrom, G. 1986. The impact of early medical technology of maternal mortality in late 19th century Sweden. — International Journal of Gynecology and Obstetrics, 24: 251-261.

Loudon, I. 1992a. Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950. — Oxford, Oxford University Press

De Brouwere V. 2014. La professionnalisation des soins à l'accouchement dans l'histoire des pays occidentaux: leçons pour les pays en développement [The Professionalization of Childbirth Care in the History of Western Countries: Lessons for the Developing Countries]. Meded. Zitt. K. Acad. Overzeese Wet./Bull. Séanc. Acad. R. Sci. Outre-Mer. 60 (2014-2): 319-336; http://www.kaowarsom.be/documents/B_59_2013/DEBROUWERE.pdf (accessed 20 03 2016).

The Lancet. Maïeutique: résumé analytique de la série du Lancet. Juin 2014. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/Lancet_MidwiferyFr.pdf?ua=1 (accessed 20 03 2016)

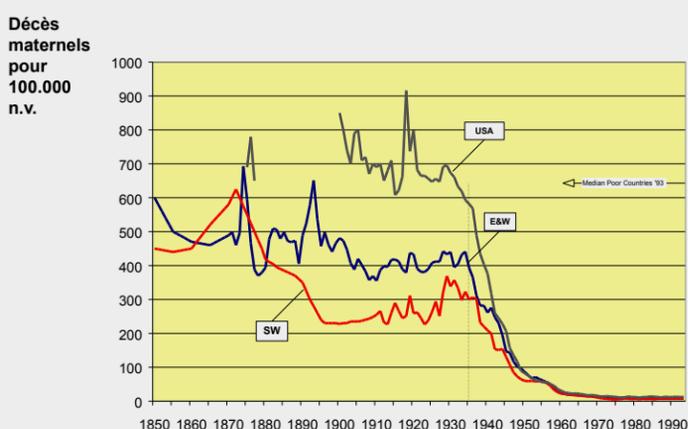
UNFPA/ICM/WHO. L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014: Sur la voie de l'universalité. Droit des femmes à la santé. UNFPA, New York 2014. <http://integrare.es/wp-content/uploads/2014/05/FR-SOWMY14-ExecSum.pdf> (accessed 20 03 2016)

Richard¹ et De Brouwere²

¹ Sage-femme, MSc, PhD, Chercheuse invitée de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et CHU St-Pierre à Bruxelles

² Médecin, MPH, PhD, Unité de santé maternelle et reproductive, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers

Ratios de mortalité maternelle 1850-1940 : des évolutions différentes...



Présentation du film : L'homme qui répare les femmes

au festival Focus on French Cinéma à New York
par le Président de GSF.



L'HOMME QUI RÉPARE LES FEMMES

La colère d'Hippocrate

De Thierry Michel et Colette Braeckman
Sortie le 17 février 2016

Magnifique audience pour le film qui raconte l'action de Denis Mukwege contre les viols utilisés comme armes de guerre, dans le Sud Kivu en RDC. Présentation une semaine plus tard à Bukavu, de l'Hôpital Panzi dont il est le directeur.

L'Homme qui répare les femmes

Édition - Diffusion
57 rue de l'École Polytechnique
75005 PARIS
www.editions-harmattan.fr



OMBRES ET LUMIÈRES SUR LA SANTÉ EN GUINÉE Sous les feux d'Ebola

Ataoulaye SALL

Préface d'Ymamou Balde
Avant-propos de Jean-Philippe Steinmetz

ISBN : 978-2-343-08381-0 • 23,50 € • 232 pages

Alors s'avance le directeur adjoint, avec un air à la fois sérieux et grave. « Ce que le doyen vient de dire, l'avoue, sans y prêter la moindre attention, j'en avais entendu parler. Que ça soit une épidémie de choléra, de fièvre jaune, ou de je ne sais quoi, nous devons être au courant. Toutefois, je tiens à signaler que la récurrence des épidémies dont parle le pédiatre n'est rien d'autre que l'externalisation des maux dont souffre notre système de santé. Tous, ici, nous sommes d'une manière ou d'une autre les agents de ce système. En tant que tels, sa défaillance est la nôtre, même si, au-delà, d'autres aussi que nous peuvent avoir une responsabilité. Donc, c'est notre défiance, et je ne permettrais jamais qu'on tourne cela en dérision. Alors rencontrer le directeur, il doit forcément savoir pourquoi il y a un silence autour de cela. »

L'AUTEUR

Le Dr Atoulaye SALL a une double casquette de médecin spécialiste en chirurgie viscérale et en management hospitalier. Son cursus universitaire s'est enrichi de nombreux stages et formations, notamment en Afrique de l'Ouest, au Bénin, au Sénégal, puis en Asie, au Japon et en Chine. Depuis plus de vingt ans, il passe son temps entre les salles d'opération et l'administration de l'établissement hospitalier public. À ce titre et en qualité d'acteur du système de santé de son pays, il a accumulé un certain nombre d'expériences qu'il partage ici.

Contact promotion et diffusion

Claire Cateil
Éditions L'Harmattan
7, rue de l'École Polytechnique 75005 Paris
claire.cateil@harmattan.fr / 01 40 46 79 26



Mon gynéco et moi...

Communiqué de presse



Docteur, j'ai encore une question...

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur
la gynécologie sans jamais oser le demander !

Par le Professeur Philippe Descamps
Préface des Professeurs René Frydman et Jacques Lancaç

Mise en vente le 17 février 2016
Prix : 15,95 €

Le Professeur Philippe Descamps est gynécologue-obstétricien, chef du pôle femme-mère-enfant au CHU d'Angers.

Comment choisir son (sa) gynécologue ? Pourquoi parle-t-on de la « crise » de la pilule ? Comment surveille-t-on la grossesse ? Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus est-il dangereux ? Que faut-il savoir du diagnostic prénatal, de l'IVG, du traitement des fibromes ? Comment mieux vivre la ménopause ? Quels sont les traitements de l'endométriose ? Comment prendre en charge les cancers du sein ? Est-il dangereux d'accoucher à domicile ? Quels sont les progrès attendus dans les 10 ans à venir ? Que penser de la greffe d'utérus ? Toutes les réponses à ces questions et à beaucoup d'autres sont expliquées de façon simple et compréhensible.

Ce livre est celui d'un professionnel passionné par son métier. Le Pr Descamps y aborde sans tabou toutes les questions qui font aujourd'hui débat et fait l'inventaire des vraies et fausses idées en gynécologie. Un ouvrage qui s'adresse aux femmes de tous âges et à leurs compagnons, dans un style sans langue de bois, avec des témoignages de patientes et des conseils d'experts.

Au-delà des conseils du spécialiste, c'est aussi un pamphlet vibrant d'humanité nous permettant de partager l'émotion du premier accouchement, mais aussi le parcours procréatique des femmes ou leur courage face au cancer, les témoignages recueillis étant particulièrement émouvants.

Un livre pour toutes et pour tous les âges !

Relations presse : Maryline Crocq - Tél : 01 44 39 44 41 - mcrocq@larousse.fr

Éditions Larousse - 21, rue du Montparnasse - 75283 PARIS Cedex 06

Retrouvez tous nos titres sur www.editions.larousse.fr et nos dernières nouveautés sur l'espace presse.



Gynécologie Sans Frontières

Pour la santé des femmes à travers le monde, des gynécologues et des sages-femmes s'engagent.

<http://www.gynsf.org>
<https://www.facebook.com/pages/Gynécologie-Sans-Frontières>

FAIRE UN DON À GSF

Traiter des fistules obstétricales ou des maladies handicapantes des femmes au Burundi ou en République Démocratique du Congo, dépister le cancer du col à Madagascar, former des sages-femmes ou du personnel de santé pour diminuer la mortalité maternelle et infantile au Burundi, en Haïti, à Madagascar, au Népal, au Togo, dépister, informer et aider à prendre en charge les violences faites aux femmes en France et dans le monde. C'est à tout cela et à encore beaucoup d'autres actions que vont servir vos dons.

Nous vous remercions de votre aide...



BULLETIN D'ADHÉSION - GSF

Parce que je souhaite agir pour la santé des femmes dans le monde,
J'ADHÈRE À GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES !

Prénom : Nom :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tél.: Portable :

Courriel :

- Je fais un don à l'association d'un montant de:
- 50 € €
 - 100 € €
 - Autre : €

- J'adhère à l'association Gynécologie Sans Frontières pour l'année 20..... et je m'acquiesce de la cotisation annuelle d'un montant de:
- 40 €

- Je souhaite en savoir plus sur les missions organisées par GSF et les conditions pour partir

Bulletin à remplir et à retourner accompagné d'un chèque à l'ordre de Gynécologie Sans Frontières à l'adresse suivante:

Gynécologie Sans Frontières (GSF)
2, Boulevard De Launay - 44100 Nantes
Tél: 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24 - admin.gynsf@gmail.com

www.gynsf.org

MYCOSES VULVO-VAGINALES

Mycolea
Rogé
Cavailles

Le soin d'hygiène intime à prescrire
en synergie d'un ovule



- **Apaise les démangeaisons**

Dès l'application (15 min) et 6 h après : une diminution du facteur de l'inflammation TNF- α démontré *in vivo**



Calendula encapsulé



Extrait d'avoine



Magnésium

- **Et fait une bonne action !**



À CHAQUE PRESCRIPTION DE MYCOLEA,
FAITES UNE BONNE ACTION
pour le dépistage du cancer
du col de l'utérus.

*Test Vitroscreen Novembre 2010 évaluant la compatibilité avec la muqueuse vaginale de Mycolea vs concurrent (test MTT et TEER, analyse histologique) ainsi que leur effet apaisant