

# le Monde de Gynécologie Sans Frontières



N°2 • Mai 2015

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

Naissance de GSF



La réparation de l'excision



Obstétrique humanitaire en France



Première mission en Haïti



L'aide en milieu africain





Claude ROSENTHAL - Président de GSF

### Le mot du Président: Gynécologie Sans Frontières a 20 ans!

e 2 Mars 2015 Roger Géraud est Lmort. Il était le fondateur de Gynécologie Sans Frontières. Le 3 Mars 2015 Marcel Delcourt est mort. Il était le fondateur de Médecins sans Frontières. Deux inconnus, Deux oubliés ..

Gynécologie Sans Frontières a été créée en 1995 par Roger Géraud avec 3 amis: Robert Porto, G. Grelet et J-P

Il devait fêter les 20 ans de GSF lors de la prochaine formation en gynécologie obstétrique humanitaire, à Draguignan du 15 au 19 juin 2015. Après Roger Géraud, Henri Jean Philippe et son équipe ont conduit cette association de Gynécologues et de Sages-Femmes pendant 17 ans. Ils ont su donner à GSF une dimension internationale avec, en 2012/2013 la mission Zaatari dans un camp de réfugiés Syriens, en Jordanie. 1500 enfants sont nés sous la tente de GSF pour le plus grand bonheur des femmes syriennes...

En 2015, nouveau changement de Président et de bureau. J'assume désormais cette mission avec un conseil

d'administration dont la volonté est de poursuivre ce qui a été entrepris, d'assurer une plus juste parité Gynécologues - Obstétriciens / Sages-Femmes et d'ouvrir GSF aux autres: Aux autres ONG et associations, plus grandes ou plus petites (Chirurgie solidaire, Santé Sud, MDM, MŠF, AFOA, GAMS )... Aux autres professions médicales, (infirmières, pédiatres, biologistes), et non médicales (logisticiens, juristes...). Au CNGOF dont nous souhaitons représenter son coté humanitaire. Aux associations de Sages - femmes, aux plus jeunes (AFOG, ANESF...) pour leur donner envie d'avoir envie d' «être humanitaire». A toutes les volontés qui souhaitent nous accompagner dans notre lutte pour améliorer la condition de la femme en France et dans le Monde.

Adhérez, écrivez nous, partagez vos envies et moments humanitaires, ce journal est avant tout celui des adhérents et des passionnés de GSF.

J'avais retrouvé le D' Roger Géraud...

### Mais qui était Roger Géraud?

Roger Géraud était un Huma-niste, il est resté toute sa vie un Homme Libre.

Déjà en 1989 il crée avec quelques autres hommes et femmes de bonne volonté Nord Sud Fraternité. Participant à des missions d'urgence mais aussi de développement, moins médiatisées, moins brillantes, mais plus proches de la médecine et des populations loin de l'Humanitaire symbolisme ou de «l'Humanitaire alibi»

En novembre 1995, après une conférence sur l'Humanitaire en Afrique, lors du Congrès annuel des gynécologues à Paris, poussé par une salle acquise à ses paroles d'humaniste et d'homme de progrès, il fait rêver à un ailleurs plus fraternel, et va créer une Association qu'il baptise tout naturellement Gynécologie Obstétrique Sans Frontières,

Les plus grands noms de la spécialité portent l' O.N.G sur les fonts baptismaux de l'Humanitaire. On ne peut les citer tous, quelques noms résonnent encore aux oreilles des plus anciens: Jean Cohen, Maurice Bruhat, Claude Sureau, Raoul Palmer, Jacques Milliez le premier président, puis Romano Forleo (Rome) le 2<sup>e</sup> président.

Il écrivait dans «Rivages de fuite, un essai sur le déracinement africain»: «les petites ONG qui sont les ONG du cœur, souffrent d'une véritable insuffisance respiratoire. Elles sont précieuses, irremplaçables, elles font bouger la société»

Roger Ğéraud était un homme de passion et de cœur, hostile au conflit, n'ayant pas besoin du pouvoir et de la lumière pour s'engager en humanitaire, ni de marche pieds pour faire une carrière universitaire. Il quitte GSF, laissant son nid à des plus jeunes, sans cri ni tristesse, connaissant trop les hommes et leur «ambitionnite humanitaire», sans se retourner.

On va le retrouver sur les terrains de toutes les horreurs et souffrances de la Terre, le Kurdistan, l'Iraq, la Lettonie, l'Afrique «où l'on meurt de toutes les maladies à la fois», le Mali, le Burkina-Faso et bien d'autres terres hostiles mais où les femmes et les enfants l'appellent. Il soigne à Goma au Rwanda, au Kosovo ou encore au Sri Lanka. Il s'engage et parcourt le Monde avec Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, Aide Médicale Internationale, l'Ordre de Malte, pendant plus de vingt ans.

Sous le ciel bleu d'un matin d'hiver en Provence, au milieu de ses souvenirs avec une acuité intellectuelle parfaite, Roger Géraud m'avait accueilli avec simplicité, plaisir non dissimulé et partagé, pour parler de son engagement passé, désintéressé, son besoin de toujours aller vers l'Autre. Il était rentré au bercail

après «infortune» faite mais avec une immense richesse qu'il aimait communiquer.

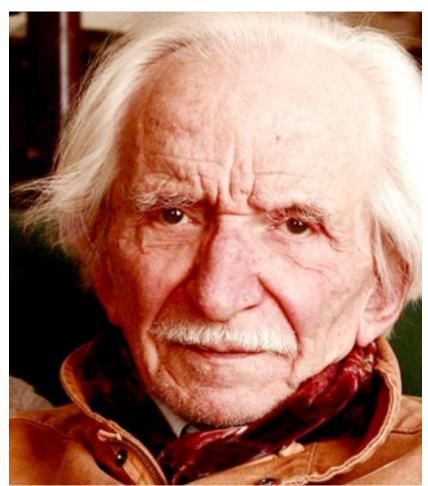
Ses 91 printemps l'empêchaient de s'envoler encore vers ces Hommes et Femmes qui ont été la raison de vivre de ce Médecin Humaniste. En 2000 il écrivait: «L'opinion publique se lasse de la compassion, l'homme commun se recroqueville, le beau temps de l'humanitaire est fini». Il était heureux en ce mois de janvier de savoir que d'autres, plus jeunes poursuivaient le chemin qu'il avait commencé à tracer à GSF.

Il est des rencontres qui vous remplissent de joie et vous donnent envie d'aller vers l'Autre, de se poser et d'écouter la petite chanson des Hommes qui passent

Il est triste de savoir que ce fut notre dernière rencontre. Roger nous a quittés le 2 mars, comme il a vécu, en homme libre et de passions.

Merci Roger de nous avoir montré le chemin. Nous souhaitions que tu sois avec nous en juin pour fêter les 20 ans de GSF. Tes pensées et tes rires seront avec nous. «Salut l'Ami», comme tu nous disais en prenant congé.

Serge Boyer



Roger était mon ami et mon maître, non pas un maître à penser, il avait un trop grand souci de la liberté d'autrui pour cela, mais un modèle de pensée et d'action.1

<sup>1</sup>Véronique BRUN LEMARCHAND, docteur

C'était Roger. On lui pardonnait ses excentricités car il avait un cœur plein de prévenance pour autrui, tourné vers les autres, savait écouter et ne se plaignait jamais. <sup>2</sup>

<sup>2</sup>Marie Thérèse GIRODIAS, infirmière



### Naissance d'une association

## Il y a 20 ans Roger Géraud créait GSF

✓depuis longtemps: les ONG de solidarité internationale dans le domaine de la santé avaient souvent à gérer les problématiques de Santé de la mère et de l'enfant mais le plus souvent, des sages femmes aidées de chirurgiens répondaient seules aux besoins: le corps des gynécologues obstétriciens était souvent absent des missions; et la grossesse et l'accouchement à risque n'étaient pas les seuls responsables des tragédies vécues par les femmes en pays démunis; leur statut très inégalitaire, leurs difficultés d'accès aux soins, l'absence totale de programmes de planification familiale, les séquelles dramatiques d'accouchements mal dirigés responsables de fistules obstétricales, un dépistage inexistant de cancers gynécologiques à un stade précoce, le viol utilisé comme arme de guerre... tous ces drames «au féminin» étaient peu ou pas pris en charge dans les programmes médicaux de ces ONG: voilà ce qui décida le docteur Roger Géraud il y a vingt ans aujourd'hui à prendre l'initiative de créer une association française spécifiquement orientée vers la médecine de la femme: nous fumes trois à nous associer au tout début à ce projet: Robert Porto, Jean Claude Cazenave et moi-même; tous les quatre, nous connaissions bien l'Afrique pour y avoir déjà travaillé au sein d'autres ONG ou comme médecin militaire agrégé du Pharo pour Jean Claude; lors d'un weekend de travail dans une petite crique de Marseille, nous décidions de la nommer Gynécologie

'idée trottait dans la tête de Roger Sans Frontières et d'en déposer les statuts à la préfecture des Bouches du Rhone. Le Pr. Lévy fut sollicité pour en être le premier président.

> La revue médicale Genesis ouvrit ses pages au talent de Roger Géraud qui publia quelques articles remarquables sur la santé des femmes en Afrique ce qui permit de nous faire connaitre au sein de la profession

La revue médicale Genesis ouvrit ses pages au talent de Roger Géraud qui publia quelques articles remarquables sur la santé des femmes en Afrique ce qui permit de nous faire connaitre au sein de la profession; la première assemblée générale réunit à Paris une dizaine de participants et c'est à Niamey, grâce à la participation financière de ses nouveaux membres qu'eut lieu la première mission officielle de GSF: l'appui à une structure de PMI nigérienne : l'association prenait son vol.



Aujourd'hui, GSF a grandi et au-delà du chemin qui m'a amené à m'investir dans une autre association Santé Sud où les programmes «Mère-Enfant» tiennent

aussi une large place, je m'en sens toujours très solidaire. «Gynécologie Humanitaire»: qu'est-ce à dire? Ce n'est d'abord qu'un

simple réflexe: assistant pendant plusieurs mois au CHU Le Dantec à Dakar il y a 30 ans, j'ai vécu au quotidien trop de drames et de catastrophes évitables dans un hôpital qui était pourtant désigné comme «phare» de l'Afrique de l'Ouest pour me résigner sans réagir: l'engagement nait souvent d'une émotion forte! MSF puis plus spécifiquement GSF m'ont successivement offert l'occasion par l'action, certes modeste, d'évacuer ce «malaise», cette sorte de sentiment d'impuissance face à toutes ces violences faites aux femmes et dont sans doute, comme gynécologue, je ne pouvais que m'indigner. Qu'en est-il aujourd'hui? La voix des femmes est plus audible, la baisse de la mortalité maternelle fait partie des priorités des OMD, les conférences et témoignages sur les violences faites aux femmes se succèdent; les associations locales de femmes combattant les mutilations sexuelles se font entendre; au Maghreb, leur prise de parole s'est clairement manifestée au cours des révolutions de Printemps. Alors pour nous, l'engagement humanitaire prend un autre visage: celui d'accompagner, avec nos compétences spécifiques et toujours à son écoute, ce souffle nouveau engagé par la société civile qui seule peut prendre son destin en main: cette altérité n'est plus faite de compassion

mais d'un professionnalisme mis au service

de ce changement encore balbutiant mais ô combien justifié... C'est en somme et en toute solidarité une petite part de nous même mise au service de l'effort de développement de nos partenaires amis du Sud et d'ailleurs dans le strict respect de leur histoire et de leur culture. Paul Benos







### Mutilations sexuelles féminines: la mobilisation se poursuit

6 février 2015 : militants, associations et élus brandissent un panneau D'après les estimations de l'INED datant de 2004, 53000 femmes pour tenir compte des trajectoires subir une mutilation sexuelle et le parlons-en! ont été auditionnés par «sens interdit» barre d'un «Non a l'excision!» lors d'un rassemblement organisé dans le centre de Paris, à l'occasion la journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines (MSF). Le GAMS et Excision, parlons-en! sont deux des associations organisatrices. Chacune a souhaité unir ses forces à cette mobilisation destinée à interpeller sur l'excision, un mouvement qui s'est renforcé ces dernières années.

Retour sur les principaux enjeux actuels autour des MSF en France.

excisées vivraient en France, 500 000 dans l'Union Européenne et elles seraient au moins 125 millions dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient.

3 millions de filles risqueraient chaque année de subir à leur tour la pratique.

3 millions de filles risqueraient chaque année de subir à leur tour la

migratoires, les pouvoirs publics français ont pris des mesures de pénalisation, de prévention des risques et de prise en charge des femmes excisées. La loi du 4 avril 2006 permet ainsi de poursuivre les auteur-e-s d'une mutilation commise à l'étranger, qu'ils soient Français ou étranger, si la mutilation a été commise sur une victime résidant habituellement en France, quelque soit sa nationalité. En 2013, deux nouvelles infractions ont été introduites dans le code pénal pour renforcer la protection des mineur-

tait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle sur une mineure.

Les professionnels de santé peuvent être directement confrontés à la problématique. En cas de constat d'une excision ou d'une autre forme de mutilation, le secret professionnel, y compris médical, est alors levé et le signalement ne peut donner lieu à aucune sanction disciplinaire. Par ailleurs, certains médecins peuvent être sollicités pour produire des certificats de non-excision dans le cadre d'une demande de protection inter-

l'Assemblée nationale dans la perspective de la réforme du droit d'asile.

Le cadre législatif s'est renforcé au fil des ans et le travail de repérage des centres de protections maternelles et infantiles a permis de réduire les risques d'excision pour les filles de 0 à 6 ans. Toutefois, les associations appellent à maintenir la vigilance auprès des adolescentes, qui peuvent être excisées et/ou mariées de force lors d'un retour au pays d'origine de leurs parents, particulièrement pendant les vacances d'été.





Aux côtés du GAMS, le gouvernement a lancé une nouvelle campagne visant à mieux orienter les filles et les femmes concernées par les MSF.

Un dépliant «Les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi » rappelle les conséquences de la pratique sur la santé, les protections permises par la loi et les principaux interlocuteurs en cas de danger. Le numéro d'appel anonyme et gratuit **3919** permet également aujourd'hui de recevoir des appels concernant tous types de violences, et de réorienter

vers les structures de prise en charge pertinentes. Les appels concernant les mineurs sont quant à eux transférés vers le 119.

Dans la perspective de trouver de nouvelles synergies pour informer sur les MSF, Excision, parlons-en! - plateforme associative destinée à mettre en commun les connaissances et expériences sur le sujet - a co-organisé en janvier 2015 la 1ere consultation internationale sur la prise en charge des femmes excisées. Le colloque interdisciplinaire a permis de faire le point sur l'état de la recherche et des savoirs sur: les outils d'évaluation de la santé des femmes excisées, la prévalence des MSF, les protocoles de soins aux



femmes victimes de MSF, l'offre publique de soins globaux et intégrés, la formation, des professionnels de santé, la médicalisation des MSF et les apports de la chirurgie réparatrice.

Dans la même veine, Excision, parlons-en! a collaboré avec la revue Développement et Santé à l'élaboration d'un numéro dédié à la thématique. Cet outil est un exemple réussi de la mise en commun des expertises du monde de la recherche, du milieu médical, associatif, juridique etc. Il répond à l'un des principaux enjeux aujourd'hui pour venir à bout d'une pratique millénaire et complexe: «Agir en réseau pour mettre fin à l'excision».

Isabelle Gillette-Faye - Marion Schaefer



## La réparation de l'excision...

## L'excision, ça se répare, leçon pour toutes les femmes victimes de violences.

C'est au Burkina-Faso, encore Le protocole de prise en charge des Haute Volta dans les années 80 que la réalité des mutilations sexuelles féminines a fini par apparaître.

'immersion dans cette pathologie ✓s'est faite par le biais de missions de chirurgie humanitaire pour les fistules obstétricales. Puis est venue l'accroche entre le thérapeute possible encore aveugle et une pathologie d'origine humaine vieille de 27 siècles. Les premières demandes sont venues de la douleur et des dangers obstétricaux. La réponse a nécessité de redécouvrir l'organe, son anatomie, sa physiologie et la physiopathologie de la mutilation. La révélation fut la libération brutale et magnifique de la parole des femmes, disant enfin l'étendue de la souffrance et de la frustration. La technique s'est affinée, a dû prendre en compte les atteintes collatérales des petites lèvres et du périnée, pour aboutir, loin d'une simple reconstruction du clitoris, à une restauration d'une anatomie vulvaire complète. La libération de la parole et l'arbre à palabre ont développé la demande et m'ont permis depuis de voir plus de 15.000 victimes en consultation, d'en opérer près de 5.000 avec actuellement une cinquantaine d'actes mensuels.

#### 15.000 victimes en consultation, et 5.000 opérées

Les étapes marquantes ont été la reconnaissance de la pathologie par l 'assurance maladie, puis l'obtention de la couverture de la chirurgie réparatrice par l'assurance maladie en 2006. La technique s'est standardisée et devenue reproductible, avec une morbidité très faible.

Les résultats, dont 3000 ont été publiés dans l'article du Lancet en 2012, montrent une restauration d'un massif clitoridien dans 85% des cas, une très bonne efficacité sur la douleur, et des résultats fonctionnels satisfaisants dans près de 75% à six mois.

femmes consultant pour mutilation sexuelle féminine, comprend une évaluation psycho-sexologique préalable, une information qui abouti à une prise de décision, vers une chirurgie réparatrice dans environ un cas sur deux dans mon propre recrutement. Le suivi post opératoire est complété par un accompagnement psychologique, post traumatique ou sexologique selon les besoins. La reconstruction de la sexualité peut se faire simplement, mais aussi nécessiter une longue rééducation et reposer sur une équipe multidisciplinaire.

#### Dans cette histoire, il convient de mettre en avant deux évènements:

Le premier est l'irruption si tardive de la médecine dans un débat jusqu'alors réservé aux experts des traditions et aux philosophes compétents en civilisations.

Le combat, si fondamental contre toute forme de mutilations, avait manqué de bases directes et d'ancrage scientifique. L'accession des victimes à un dialogue singulier et à un cabinet médical de consultation allait changer la donne.

C'est de la bouche même des femmes mutilées qu'allait s'imposer enfin l'épouvantable étendue des conséquences de cet acte criminel. Ce sont elles qui ont enfin confirmé l'atteinte globale faite à la femme, à son intégrité, son image, ses relations, sa psyché, son couple, sa vie.

Ce cri entendu des milliers de fois depuis est la base de notre militance. Elle est la vraie réponse aux lobbys de l'excision et à ses défenseurs

Ne cessons jamais de les écouter

Le deuxième fait majeur est le message universel que les femmes victimes de mutilations sexuelles féminines lancent au monde des femmes victimes de violences en général.

Elles sont un résumé et un raccourci symbolique de ce monde gigantesque.Comme une femme violée, mariée de force, violentée dans son couple, ayant subi l'inceste, ou encore harcelée au travail ou dans la rue, elle dit TOUJOURS la même chose: «CELA, JE NE L'AI PAS **VOULU**» Cette simple phrase est le reflet et le résumé de tous ces crimes, et de la litanie infernale de ses conséquences: la privation de la parole, la douleur, la culpabilisation, la dévalorisation, la marginalisation, la stigmatisation, l'isolement, la précarité, la crainte, l'atteinte morale et toute une suite tellement connue si on veut bien entendre. Voilà le maître mot: ENTENDRE, concept apparemment si éloigné de la condition masculine.

La rupture du silence. Voilà la porte, voilà le sas, voilà la clé d'accès à toute action de soin, de réparation, ou tout simplement de reconnaissance. Les groupes de parole, outil essentiel de la reconstruction que nous avons mis en place pour les femmes opérées, ont révélé la puissance du message de ces femmes. Il est vite apparu, au plus de la militance, que ce discours révélé constituait une source exceptionnelle d'espoir pour l'ensemble des femmes. D'autres victimes, d'autres femmes théoriquement très éloignées dans leur parcours se sont mises à entendre parler de remise en marche, de libération, d'accompagnement, de main tendue.

Il s'est vite imposé une sorte d'évi-

Il faut être une femme pour délivrer à d'autres femmes certains messages, les hommes, ci bienveillants qu'ils soient pour certains, ne pourrons jamais porter certaines paroles, certaines émotions.

Ce cercle de la femme retrouvée intervient alors à un moment crucial. C'est ce que nous tentons de recréer ou de préserver dans certaines initiatives novatrices pour venir en aide aux femmes victimes de toutes formes de violences. C'est le cas de L'Institut en santé Génésique qui a ouvert le 6 Janvier à Saint-Germain-en-Laye.

Dans ce cadre, les femmes victimes de toutes formes de violences sont accueillies, écoutées et prises en charge. Une équipe complète de professionnels volontaires, infirmières, assistantes sociales, juristes, psychologues et médecins, vont leur prendre la main et les accompagner dans la résolution de leurs problèmes.

De l'excision à toutes ces victimes, même demande, être reconnue comme personne. Et réintégrer le genre humain dans la dignité.

> Pierre Foldes & Frédérique Martz



## GSF s'engage à lutter contre la violence faite aux femmes dans le monde.

### Existe-t-il en France des violences physiques, psychologiques chez la femme enceinte?



Je suis Marie, je suis sage-femme depuis 13 ans, je suis aussi maman de trois fils. J'ai été victime de violences aussi... Je préfère parler ici, aujourd'hui... de bienveillance. La bienveillance est la disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur de chacun. Ce terme venant du latin «bene volens» a donné par la suite le doublet lexical bénévolence. Je suis donc bénévole pour Gynécologie sans frontières, J'ai décidé d'agir pour la bienveillance des futures mères en France et à l'étranger, de la femme dans sa globalité.

Deux femmes sur dix ont subi des violences à caractère sexuel, durant leur vie, d'enfant, d'adolescente ou d'adulte... combien de futures mères ai-je accueilli? Combien de femmes maltraitées par leur conjoint, mettent au monde ces enfants, pourtant désirés, afin de satisfaire leur désir de maternité et fonder un foyer avec l'espoir que la douceur et le respect naissent, au même instant?

Alors, L'accès à la maternité ne réveille il pas, parfois, cette douleur indicible, silencieuse? Chez ces femmes qui ont subi des violences sexuelles dans leur enfance, cette souffrance peut resurgir subitement au cours de la grossesse ou de l'accouchement et perturber le travail d'ouverture du col, le passage du bébé, le devenir du périnée, l'allaitement, et la relation mère-enfant. Aujourd'hui, tout cela reste pour moi, encore trop méconnu au sein des maternités, voire non reconnu, ignoré. La nécessité d'un accompagnement psycho-obstétrical de la grossesse est primordial, l'entretien prénatal précoce a aidé beaucoup de femmes déjà, mais il faut surtout une prise de conscience globale des équipes soignantes toutes entières.

Durant ces 13 années de métier, il y a eu la joie, la peur, l'insécurité, l'émerveillement, et enfin les belles rencontres, lors de mes gardes.

L'humanité? oui... existe elle grâce à une conscience éveillée ? Des centaines de femmes rencontrées, des dizaines d'entre elles, anciennes victimes, de maltraitance, de violence, de malveillance, d'humiliations. Je ne le savais pas, souvent. Je n'avais pas eu le courage de les questionner, de leur demander.

Quels gestes ai-je pu faire, quelles paroles, quels mots employer? Quelles conséquences au corps et au cœur de ces femmes? Comment ont elles ressenti mes nombreux et répétés touchers vaginaux, parfois sans lubrifiants, ai-je demandé la permission à chaque fois? Etaientelles nues? Le froid de mon speculum leur at-il rappelé quelques tortures? Comment ont elles vécu le fait d'être ligotées, monitorées, perfusées, sondées pendant plusieurs heures? Ont-elles arrêté leur dilatation? Ont-elles poussé leur enfant correctement, en toute sécurité, ont-elles manqué d'intimité, ai-je respecté leur pudeur? Ai-je entendu leur peur? Leur douleur psychologique? Physique? Etait-ce confortable d'être allongée, sans le droit de déambuler? Le lien mère enfant s'est-il fait correctement? Combien d'entre elles ont fait une dépression du post-partum?

Parfois je me souviens... parfois j'ai préféré oublier, parfois préféré ne pas entendre? Pourquoi ? Est-ce parce la vulnérabilité de ces femmes résonnait tellement en moi, avec une puissance si grande que j'étais incapable de faire mieux ? J'ai mis presque 10 ans à revoir mes pratiques et mes accompagnements...

Pour être mentalement équilibrés et heureux, il est indispensable d'entretenir de véritables relations humaines. Savoir recevoir, écouter, comprendre, consoler, respecter, reconnaitre, soulager. La qualité du contact que nous entretenons avec les autres est sans doute l'un des facteurs les plus déterminants de notre bien-être. Car la relation que l'on établit avec l'autre implique une relation profonde avec nous-mêmes et avec la vie en général.

Nous, les sages-femmes, ne dit-on pas que nous avons le plus merveilleux métier du monde? Pourquoi? Parce que nous accompagnons la plupart du temps à la joie, à la naissance d'une vie, à l'agrandissement de l'amour.

Soyons douces, respectueuses, empathiques quelques heures dans la vie de ces femmes, de ces couples. Les paroles blessantes, humiliantes, les lumières artificielles, les bruits du téléphone, des couloirs, le froid, la non prise en charge des douleurs, baissent la sécrétion d'ocytocine, augmentent la sécrétion d'adrénaline, le cortisol à gogo, les endorphines se font rares, et nous nous retrouvons avec de multiples faux travail, des dilatations de plus de 12 heures, des «cuirassements», des femmes dépourvues de leur capacités d'enfantement, des pertes de confiance en elles, des micro traumatismes, des macro traumatismes, des expulsions laborieuses, des sutures périnéales à n'en plus finir... ce muscle qui retient... qu'elles ne veulent pas abimer une seconde fois... Déjà blessé, déjà humilié, déjà violenté...

De la chaleur, de la communication bienfaisante, des rires, des sourires, des lumières douces, de l'écoute, de la réassurance, voilà ce qu'il est possible de proposer aux femmes anciennes victimes de violences, ou d'offrir cela à toutes les autres afin de les préserver.

Gynécologie sans frontières s'engage à œuvrer et à travailler pour diminuer les violences faites aux femmes notamment en France, en rédigeant un manifeste que les représentants des sociétés savantes, collégiales et ordinales des professionnels de Santé ont signé en présence de Madame Najat Vallaud Belkacem, ministre du Droit des Femmes le 7 mars 2014.

Gynécologie sans frontières souhaite mettre en place rapidement des actions au niveau des professionnels de santé périnatale.

Alors...Aidons les en nous formant à la communication non violente, aux gestes respectueux. Eveillons les consciences!

Informer et prévenir, ne plus cautionner ces violences, voilà pourquoi je suis devenue sage-femme GSF...

Marie Scotet-Fonseca

### ETTRE AUX MÉDECINS

Chers consœurs & confrères,

ons plus fermer les yeux sur toutes ces femmes que nous rencontrons et dont nous percevons un mal profond. Sans aller plus loin.

Nous, médecins, avons un rôle crucial à jouer pour dépister ces violences que nos patientes, souvent par honte ou déni, préfèrent cacher.

Rappelons que dans plus de 40% des cas, les violences apparaissent à l'occasion d'une grossesse! Et que parmi les femmes qui décèdent du fait de la grossesse (mortalité maternelle), 16% font suite à des violences physiques au sein du

Il est temps que nous réagissions. Nous ne pou- Avant que nous ne détournions notre regard de les Violences Faites aux Femmes, souligne la Nous représentons une des rares portes de ce sujet qui parait trop éloigné de nos préoccupations professionnelles actuelles, sachons que les violences envers les femmes ne touchent pas seulement les foyers défavorisés mais toutes les classes sociales. Et s'il s'agissait d'une sœur, d'une cousine ou d'une voisine, notre regard changerait-il? Et notre implication? Si la victime était une personne proche, saurions-nous comment lui en parler? Comment l'aider? Comment la soutenir et la soigner? Sommes-nous formés pour cela? Non!Depuis le 22 novembre 2013 le ministère des droits des femmes, par son 4<sup>e</sup> plan triennal de lutte contre

nécessité d'une formation initiale et continue spécifique à ces violences pour tous les professionnels impliqués: professionnels de Santé médicaux et paramédicaux.

Le combat doit continuer, notre regard doit changer, nos gestes et nos mots, liés au serment d'Hippocrate, doivent évoluer. Pour le bien de toutes les femmes. Nous devons être de plus en plus nombreux à nous mobiliser pour elles. Pour leurs enfants et futurs enfants, victimes collatérales des violences conjugales.

sortie pour ces femmes victimes de l'isole ment voire enfermées sous l'emprise de leur conjoint. Soyons à l'écoute de ces femmes, dépistons les, écoutons les et montrons leur que nous sommes prêts à les aider.

Une seule phrase: ce qui vous arrive est inadmissible, vous êtes la victime, venez me voir je suis à votre écoute et je vous aiderai.

**Dr Richard MATIS** - Gynécologue Obstétricien Vice Président de Gynécologie Sans Frontières



### Les 10 actions proposées par GSF

### Pour une application immédiate.

#### 1/ Manifeste pour la lutte contre les VFF, signé de l'ensemble des acteurs de périnatalité et des représentants ordinaux (Médecins, Sages-Femmes).

Nous, médecins et représentants des professions médicales, nous nous engageons à soutenir les actions de dépistage et de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences. Nous médecins et représentants des professions médicales nous nous engageons à nous mobiliser, nous informer, nous former et à nous rapprocher des réseaux de lutte contre les violences au sein du couple pour participer à la protection des femmes et de leurs enfants. Conscients aujourd'hui de notre rôle prioritaire, nous adressons ce message aux femmes en danger: «Vous êtes les victimes, nous sommes à votre écoute, nous pouvons vous aider» Paris le 29/11/2013 - GSF, CNGOF, CNSF, SFMP, FNCGM, CNODM, AGOF

#### 2/ Campagne nationale de sensibilisation des professionnels de Santé

Dans chacune des Régions de France, organisation de colloques de sensibilisation en partenariat avec les ARS. Ces colloques réuniront les décideurs locaux (ARS, directeurs des hôpitaux, syndicats de professionnels de santé, sociétés savantes, doyens de facultés de médecine, etc...) afin qu'ils étudient et mettent en place dans leur Région des stratégies de lutte contre les VFF. Un colloque national sur le rôle des professionnels de santé pourrait être l'occasion de lancer officiellement cette campagne nationale de sensibilisation des professionnels de santé initiée sous la tutelle de la MIPROF et des Ministères des Droits des Femmes et des Affaires Sociales & de la Santé.

#### 3/ Coordination Médicale Santé Femmes **Victimes de Violences**

Mettre en place un référent médical au sein des hôpitaux de référence dans chaque région de France. Quelques expériences «pilotes» seront testées dans les CHU volontaires en se servant du modèle de Seine-Saint-Denis. Après évaluation de la pertinence de ce modèle et au regard des résultats de la restitution des colloques régionaux, ce modèle de coordination médicale pourra être proposé dans tous les hôpitaux de référence de France.

#### 4/ Actions sur le suivi des femmes enceintes à mettre immédiatement via les réseaux de périnatalité et les sociétés savantes (à la suite des colloques régionaux)

Incitez à poser la question systématiquement pendant la grossesse. Inscrire les violences faites aux femmes comme Facteur de Risque obstétrical dans le dossier prénatal

5/ Actions sur les études universitaires et la Formation Médicale Continue à mettre en place rapidement via le Conseil National des Universités, le syndicat des PU-PH et les sociétés savantes (à la suite des colloques régionaux)

Stimuler les sujets sur les violences faites

aux femmes pour les thèses de médecine, les mémoires de Sages-Femmes, les mémoires de spécialisation en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en médecine légale, médecine du travail, en médecine d'urgence...Développement de la formation continue dans les formations universitaires (DES, DU, FMC) en: Gynécologie-Obstétrique, médecine d'urgence, pédiatrie, médecine du travail, médecine légale, Gynécologie-Médicale, etc.

Créer un Diplôme Universitaire sur les Violences Faites aux Femmes ouvert aux sages-femmes et à l'ensemble des médecins.

#### 6/Actions sur la formation initiale à mettre en place rapidement via les Doyens de faculté de médecine, le Conseil National des Universités

Modification des maquettes d'enseignement pour inclure la question «Violences Faites aux Femmes » dans les cursus de médecine (générale et spécialisée), les études de Sages-Femmes et dans les Instituts de Formation en Soins

#### 7 / Actions dans les hôpitaux (Pôles Mère Enfant, Services d'Accueil des Urgences et dans les Unités Médico Judiciaires) à mettre en place rapidement via les directions des hôpitaux, les ARS et l'HAS (à la suite des colloques régionaux)

Protocoles pouvant faire partie de l'évaluation des pratiques professionnelles pour l'accréditation: Dépistage et conduites à tenir vis-à-vis des victimes de violences liées au genre. Flyers et affiches pour les professionnels avec les numéros de téléphone utiles. Rédaction des certificats médicaux avec liens internet pour télécharger certificat type. Transfert des victimes vers l'Unité Médico-Judiciaire. Référent médical VFF pour

#### 8/Outils de communication via la MIPROF

Recensement et synthèse des outils déjà publiés Création d'une fiche reflexe type à compléter avec les données de chaque région avec les liens vers les professionnels: de justice, de police, des associations, de l'éducation nationale Et de la

#### 9/ Communiquer sur le risque médicolégal impliquant le médecin via l'Ordre des Médecins, les assurances professionnelles, professionnels de Santé.

Risque médico-légal de non-assistance. Obligation de moyens: dépistage des VFF. Perte de chance. Particularités des patients vulnérables (femmes enceintes, mineurs, handicapés, sujet

#### 10/ Enquête nationale sur les VFF dans les hôpitaux de France

Enquête épidémiologique au sein des hôpitaux de France. Registre de recueil exhaustif des décès annuel des femmes victimes de VFF avec communication des résultats.



Sous le Haut Patronage du Ministère des Affaires Sociales, de la santé et des Droits des Femmes» Marisol Touraine. Lille 16 Avril 2015

### Violences faites aux femmes : un colloque pour agir

Jeudi 16 avril, de 8h30 à 17h30, Gynécologie Sans frontières et la Ville de Lille organisent un colloque à l'Hôtel de Ville de Lille destiné aux professionnels pour améliorer le repérage, l'orientation et l'accompagnement des femmes victimes de violences. Physique, psychologique, verbale, émotionnelle, sexuelle, économique... la violence se manifeste sous des aspects très variés et concerne, chaque année, plus de 200 000 femmes dans notre pays. Les violences sexuelles à l'école, à l'université et au travail sont aussi un phénomène croissant et préoccupant.

Les professionnels de la santé sont souvent en première ligne lorsque de tels événements se produisent, sans toujours savoir comment prendre en charge la victime et l'orienter. Ce colloque intitulé « Repérer, Orienter, Accompagner», est organisé pour les professionnels afin de les informer, les former et d'améliorer le travail en réseau.

#### PROGRAMME DU COLLOQUE

PRÉSENTATION DU 4º PLAN CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES: ÉPIDÉMIOLOGIE, CYCLE ET MÉCANISMES DE LA VIOLENCE.

- Quelles conséquences des violences faites aux femmes sur leur santé et celle de leurs enfants?
- Comment repérer les violences faites aux femmes quand on est un professionnel de la santé? Vers qui orienter les femmes?
- Quelle prise en charge pluridisciplinaire et en réseau?



























# Obstétrique humanitaire en France: quelle place pour les sages-femmes?

### Isabelle GIAMI, sage-femme, administrateur GSF 2008-2014



De mémoire (ça date un peu...), je pense avoir voulu faire de la médecine humanitaire bien avant l'obtention de mon DE de Sage-femme. Tout juste diplômée quand je me suis présentée à une ONG, j'ai été renvoyée forger mon expérience dans les hôpitaux du territoire français. Dans ma grande naïveté de jeune diplômée, je n'en voyais pas l'intérêt...

Alors j'ai voulu travailler en PMI en milieu social défavorisé (dans le 93 que je connaissais bien à titre personnel). Mais c'est à l'hôpital, que j'ai fait mes premières classes en obstétrique, expérience exigée du fait du nombre de grossesses à hauts risques cumulés médical & psychosocial en Seine-St-Denis. Issue d'une école de sages- femmes d'un grand CHU, j'avais du mal à comprendre ces prérequis: je croyais tout savoir...

Et je me suis trouvée très démunie quand j'ai commencé à travailler en PMI en milieu social défavorisé dans le 93. Avec le recul, je pense avoir rencontré peu de femmes enceintes en bonne santé physique et mentale. Rien ne m'avait préparée à faire des visites à domicile (si on peut parler de domicile dans ce cas...) auprès d'une toxicomane dans un squatt, dont l'accès se faisait en passant au travers des trous de quelques murs, ni d'une prostituée dans un hôtel en piteux état, ou dans un garage vaguement aménagé et très froid. Je ne savais pas comment soigner l'otite aigüe de la petite fille de la femme enceinte que

je venais voir. Dans cet appartement contaminé par le plomb, cette petite fille était déjà atteinte de saturnisme. Je ne vous cache pas le dégoût ressenti au moment où j'ai vu sortir le cafard bien vivant de son oreille, lors d'une prise en charge par un ORL de l'hôpital voisin où j'avais négocié une consultation en urgence.

Rien ne m'avait préparée à faire le suivi de grossesse de cette jeune fillle de 16 ans, enceinte de son père, alors qu'il était emprisonné en attendant son jugement.

Je fus surprise de faire le diagnostic de grossesse de cette collégienne amenée par l'infirmière scolaire alors qu'elle était sur le point d'accoucher, tandis que je consultais dans le centre de PMI de la Cité des Francs Moisins de Saint -Denis.

J'ai dû apprendre à surfer entre les aiguilles et seringues souillées abandonnées négligemment dans certaines cages d'escalier au moment du 1er pic des contaminations au VIH. Il me fallait bloquer ma respiration quand l'odeur d'urines était trop forte dans les escaliers et les cages d'ascenseur souvent en panne...Mais comment savoir si cette femme irait consulter à l'hôpital avant son accouchement si je n'y allais pas à ce moment? Le temps suspendait souvent son vol...J'étais incapable de couper la parole à cette femme qui m'avait patiemment attendue. L'interrompre alors qu'elle ne parlerait peut-être à personne d'autre que moi et l'abandonner en proie à ses angoisses n'avait pas de sens

(si elle n'avait pas de titre de séjour, elle pouvait craindre le contrôle de police au coin de la rue et l'injonction de retour au pays prononcée rapidement ensuite par la Préfecture...).

Certaines hésitent à consulter à l'hôpital en effet. Celles qui n'ont pas de titre de séjour se sont vues, sans justificatif de couverture sociale, facturer leur hospitalisation en prénatal. Je me souviens de cette femme qui m'appela à son domicile car inquiète pour son bébé qui bougeait moins. J'avais des BDCF mais lui demandais toutefois de se faire hospitaliser. Elle refusa. Que faire devant la mort fœtale in utero qui suivit? Que dire quand le Trésor Public rattaché à l'hôpital lui adressa la facture d'hospitalisation pour l'accouchement qui finalement eut lieu là-bas?

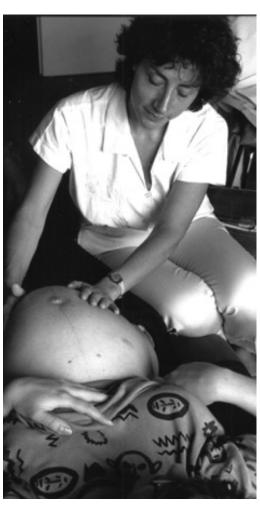
Alertée par une déclaration tardive de grossesse (faite à 6 mois révolus, grossesse peu suivie donc selon nos normes), j'étais rassurée que cette femme me laisse rentrer dans son petit chalet sans eau ni électricité. Elle avait été violée par son ex compagnon, alors qu'il était alcoolisé, lors d'une visite à son fils, 1er de la fratrie. Elle accepta aussi le suivi conjoint d'un psychothérapeute, tout de même assez déprimée. La grossesse se termina bien, et le bébé naquit sans souci à l'hôpital, débordant de vitalité bien que porteur de trisomie 21... Et oui nous avions fini par oublier que cette femme aux traits marqués par la pénibilité de sa vie avait une quarantaine d'années révolues et que la prescription d'amniocentèse aurait été pertinente...

Parfois, je me suis trouvée endosser des rôles sociaux inconnus dans ma formation initiale :

Parfois, je me suis trouvée endosser des rôles sociaux inconnus dans ma formation initiale: l'assistante sociale débordée d'ici qui ne peut se déplacer, les aînés de là-bas avec leurs arbres à palabres trop loin pour donner les conseils de sages (pas femmes pourtant...), l'Imam sur le sujet de la contraception dans l'Islam?

Dans ce contexte pluri-ethnique, les connaissances en ethnologie paraissent indispensables pour une prise en charge adéquate de la mère et de l'enfant. En effet, en cas de souci, les femmes s'orienteront vers la thérapeutique la moins cher et qui leur paraîtra la plus adapatée. Et nombre d'entre elles feront le choix de la pharmacopée du pays d'origine.

A l'hôpital de Saint-Denis, je travaillais en étroite collaboration avec le dispensaire de médecins du monde qui manquait de compétences en obstétrique et en échographie. Mais comment aider à l'hôpital, cette femme enceinte suite à un viol en camp de réfugiés qui était totalement démunie? Comment savoir si elle pourra investir cet enfant à la naissance, alors que nous lui avons juste trouvé une place en foyer d'hébergement?



© IsabelleGiami

Et comment aider cet enfant qui avait failli naître dans une cage d'escalier à l'occasion d'un shoot à l'héroïne de la maman?

Elle voulait absolument le nommer comme le 1er qu'elle n'avait presque jamais gardé, placé par l'ASE après une longue errance sociale inte - départementale alors qu'elle se prostituait pour financer ses doses... Ce fut difficile de demander le placement de cette petite fille au juge sur avis de la grand-mère et devant des évidences de carences multiples de la mère. En attendant son départ en famille d'accueil, elle l'abandonna un jour à la recherche de sa dose? Elle laissa les affaires que nous avions collectées pour elle, ainsi que le nécessaire pour préparer son flash d'héroïne dans l'armoire de sa chambre. Quoi faire? Chacun notre tour, nous les soignants avions décidé de nous relayer pour faire le portage de ce bébé en kangourou contre nous plusieurs heures par jour, en espérant qu'il connaîtrait la résilience...

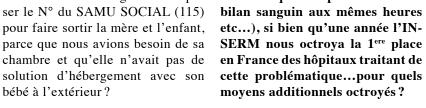
Et où trouver l'énergie de composer le N° du SAMU SOCIAL (115) pour faire sortir la mère et l'enfant, parce que nous avions besoin de sa solution d'hébergement avec son bébé à l'extérieur?

Un jour, je suis devenue la spécialiste des grossesses peu ou non suivies à l'hôpital avec toute l'organisation qui va avec sur place (l échographiste qui veut entre 12 et 14h ou après 17h, l'in- instances suffisants?

firmière qui accepte de faire un

Mais la précarité continue de progresser en France... & J'écris encore aujourd'hui car je me demande si la formation initiale des soignants est adéquate et les bien l'examiner sans rendez vous moyens mis à disposition par nos

Isabelle Giami





### GSF EST PRÉSENT

2 & 3 février 2015: PARIS 13° JOURNÉES DU COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES DE FRANCE (CNSF)

18 - 19 & 20 mars 2015: PARIS 25° SALON DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

**26 & 28 mars 2015**: MORZINE 20E JOURNÉES DE MÉDECINE FŒTALE

2 avril 2015: LA GRANDE MOTTE 5<sup>E</sup> JOURNÉE LANGUEDOC ROUSSILLON DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (J'LARGO) 2015

7 avril 2015: MARSEILLE POINT RENCONTRE (organisé par Santé Sud) Réduire la mortalité maternelle et néonatale

16 avril 2015: LILLE

COLLOQUE NATIONAL VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (organisé par GSF le CNGOF et la Mairie de Lille Santé Sud) Rôle des professionnels de santé vis-àvis des VFF

20 mai 2015 & 22 mai 2015: LYON 43° ASSISES DES SAGES FEMMES

1<sup>er</sup> 2 - 3 octobre 2015: TARBES 20° JOURNÉES INFOGYN

1er au 4 Décembre 2015: NANTES 39° JOURNÉES NATIONALES DU CNGOF





### Sages-Femmes témoignent de leur lutte contre la mortalité maternelle et infantile dans le Monde



Mission d'accompagnement

et prénatales.



Camille-Fleur, MISSION NÉPAL Marion, MISSION ZAATARI Mission d'urgence

les temmes accouchent. Certaines sont souriantes, d'autres. Etre sage temme GSF c'est aussi encore à domicile et souvent en portent le deuil. Certaines crient, participer aux missions SONU, 3700 naissances par an. Elle manque meurent... Notre rôle est d'éduquer d'autre accouchent en silence. soins obstétricaux et neonataux de moyens et le personnel peine à les femmes sur leur santé afin de Certaines ont 14 ans, d'autres 40. d'urgence afin de prévenir, informer, travailler dans des conditions très réduire la mortalité maternelle et Certaines accouchent de leur les bébé éduquer les professionnels de santé. difficiles. Le compagnonnage des infantile. Nous accompagnons lors d'autres de leur 12°. Elles nous Au Burundi, une femme sur 120 sages-femmes en salle de naissance de nos missions 4 sages femmes embrassent, nous serrent dans leurs meurt en couches... N'est ce pas permet un autre regard sur leur pratique népalaises d'un petit dispensaire bras, et pleurent beaucoup, avant de Nelson Mandela qui nous rappelait et peut faire évoluer la prise en charge aux consultations gynécologiques reprendre le chemin poussiéreux de que l'éducation était l'arme la plus des femmes accueillies. Par le partage leur tente, 6h après seulement...



Marie, **MISSION BURUNDI** Mission SONU

puissante pour changer le monde... d'expérience, les choses avancent...



Laurence, MISSION HAÎTI Mission de formation

GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES: Faculté de Pharmacie-Université de Nantes-9 rue Bias-BP 61 112-4401 1 Nantes admin.gynsf@gmail.com - **Tél.** 02 53 48 46 35 - www.**gynsf.org - Facebook : Gynécologie Sans Frontières** 



### Première mission en Haïti

### Laurence Verfaillie, sage-femme



Lj'ai participé à une mission humanitaire en Haïti avec Gynécologie sans Frontières. Il s'agissait d'une première mission en ce qui

me concerne, avec pour objectif l'accompagnement au développement d'une maternité publique de Port au Prince. J'attendais depuis longtemps l'occasion de partir en mission humanitaire: impatiente et en même temps un peu angoissée à l'idée de me confronter à l'inconnu. Allais-je être à la hauteur, saurais-je m'adapter aux conditions de travail, je partais en plein questionnement mais un peu rassurée car j'accompagnais sur cette mission un gynécologue-obstétricien, Denis Therby, déjà habitué aux missions dans ce pays depuis 2010 et porteur du projet.

Le 12 janvier 2010, à 16h53, un séisme d'une magnitude de 7 sur l'échelle de Richter transforme Port au Prince et sa proche banlieue en un champ de ruines. 220 000 personnes y perdent la vie, 300 **000 sont blessées.** Ce séisme met 1 million et demi de personnes dans les rues, sans abris. Le pays déjà soumis depuis longtemps à une crise politique et économique se relève très difficilement de cette catastrophe.

#### Nous arrivons le soir à Port au Prince:

Le décor m'échappe un peu, c'est surtout le monde qui m'impressionne: il y a des gens partout, sur les trottoirs, dans les rues, une densité de population étonnante, jeune, active, bruyante. Les voitures circulent dans tous les sens, avec une habilité qui m'étonne. Les Tap-taps, vieux picksup transformés en mini bus, bariolés et recouverts de messages religieux, transportent partout des gens qui s'y entassent, et s'y accrochent. Ils tapent

n novembre 2014, sur le toit de tôle pour demander l'arrêt et descendre, d'où le nom de

#### C'est le matin suivant que le choc est réel:

En voiture, sur la route la ville apparait: nous traversons le Champ de Mars, la place principale de Port au Prince, en chantier. Puis le quartier de Delmas, un des plus pauvres:

je réalise alors que dans ce quartier, la population vit dans la rue.

La rue est le lieu de vie, où l'on fait du commerce avec toutes sortes de produits des plus divers: des fruits, volailles, produits d'hygiène, vêtements, meubles, matelas et même panneaux solaires s'étalent sur tous les trottoirs. La foule est omniprésente. On y mange, on y dort ou se repose. Les maisons dans ce quartier comme dans d'autres, sont éventrées, rafistolées avec quelques parpaings, dans un équilibre précaire. Certains ont réinvesti les lieux, par défaut. D'autres vivent encore dans les quartiers de bidonvilles, dans des cabanes, et sous des bâches.

Sur les hauteurs de Port au Prince, un très grand quartier rappelle les favelas sud américaines. De loin, le quartier se colore, c'est plutôt joli. Mais j'apprends qu'il n'y a ni eau courante ni électricité. Il y a aussi les quartiers plus privilégiés sur Pétion-ville par exemple.

La maternité publique Isae Jeanty de Port au Prince effectue 5000 accouchements par an.

Elle est située dans les quartiers pauvres de Port au Prince. A notre arrivée, c'est la grève des résidents (internes). Ils réclament des moyens pour améliorer les conditions de travail. Nous sommes attendus et je visite pour la première fois les locaux: la maternité est un grand bâtiment plutôt dégradé: elle comprend plusieurs secteurs d'activité: consultations, salles de naissances, hospitalisation gynécologique, suites de naissance, bloc opératoire et planification familiale. Je suis interpellée par l'état du matériel: les lits et matelas sont dans un triste état, les tables d'accouchement abimées, rouillées par endroit et très peu fonctionnelles. Les femmes amènent leur draps et achètent leurs médicaments et consommables lorsqu'elles sont admises: beaucoup d'entre elles n'en ont pas les moyens, ce qui retarde beaucoup leur prise en charge.

Je fais connaissance avec le personnel des salles de naissance : ce sont les résidents qui gèrent l'organisation et l'accueil des patientes 24h/24. Ils sont assistés par deux infirmières, et une infirmière sage-femme, formée à l'obstétrique, ainsi que quelques étudiantes. Mais elles ne sont présentes que quelques heures en journée, et les résidents sont seuls la plupart du temps. Ils sont tous très heureux de nous rencontrer. Le Docteur Therby a déjà noué des liens avec la plupart d'entre eux. De mon côté je tente de trouver ma place au mieux au sein de cette équipe. Je m'efforce de me rendre utile en respectant les habitudes, d'observer beaucoup, surtout les premiers jours. Beaucoup de femmes victimes d'avortements clandestins arrivent dans un état de santé préoccupant. L'IVG étant illégale en Haïti, les avortements clandestins sont fréquents et pratiqués dans des conditions dramatiques. Les conséquences sanitaires sont désastreuses pour les femmes. Les pré éclampsies aussi



sont quotidiennes, les femmes étant souvent peu ou non suivies avec

une hygiène de vie inadaptée à la

grossesse.

La naissance a lieu dans un contexte difficile : la configuration des lieux ne permet pas l'intimité. Il n'y a pas de salle fermée, les femmes sont installées dans des box ouverts et à la vue de tous depuis l'admission, jusqu'à l'accouchement. Beaucoup de femmes attendent en travail sur des bancs ou allongées sur le sol, plaintives. On me dit que c'est l'habitude, qu'ici, cela se passe comme ça...Ma pratique de sage-femme occidentale, élevée dans un confort qu'on n'imagine pas ici est vraiment bousculée. Très peu de moyens, pas de péridurale, les femmes seules ...

à trouver mes marques, à suggérer quelques changements d'habitude. Je remarque que le personnel m'observe aussi beaucoup, et j'en profite pour partager avec eux ma manière de faire. Je parle beaucoup aux femmes, je les rassure, les informe de ce qui se passe, ce qui amuse le personnel: ils sont étonnés de me voir passer autant de temps à discuter et à rester à côté d'elles, mais ils constatent que cela apaise les plaintes. Les femmes elles, me retiennent, ne pouvant être accompagnées, elles trouvent là un soutien qui leur fait du bien, et ces moments partagés sont vraiment privilégiés pour elles comme pour moi. Elles me parlent de leur vie,

de leur solitude, les pères étant souvent absents de leur quotidien. Je leur parle de ce bébé à venir, garçon? fille? son prénom? Alors un grand sourire se dessine sur leur visage, j'ai le sentiment qu'on ne leur a jamais posé ces questions. Même si certains accouchements sont difficiles et parfois dramatiques, la naissance est magique partout et les cris des nouveau-nés réchauffent les cœurs. Je finis mes journées avec des images et des visages que je ne suis pas prête

Les conditions de travail font des personnels, médecins en tête des héros du quotidien.

Ils attendent avec une grande motiva-Après quelques jours, pourtant, j'arrive tion une amélioration de la situation au sein de la maternité. Une nouvelle équipe de Direction a été nommée, et le Ministère de la Santé haïtien soutient avec enthousiasme le projet REFECHANCE de Gynécologie sans

> Ce pays, ce peuple m'ont touchée énormément, le départ fût difficile, on m'avait prévenue. J'en suis revenue plus riche et un peu différente. J'aspire déjà au prochain voyage làbas. Ce voyage, qui est réellement à la fois la rencontre avec l'autre et la rencontre avec soi-même.

> > Laurence Verfaillie



Cavailles soutient Gynécologie Sans Frontières

© Laurence Verfaillie





## La problématique de l'aide en milieu africain: à propos de la maternité d'AFAGNAN au TOGO.

### Dr Philippe ARVIS, Dr Jean VIALARD & Catherine Bourgault - février 2015



Une action est efficace si elle est adaptée à son contexte. Sinon, elle sera au mieux inutile, au pire néfaste. Comprendre, et gérer, le fossé entre la théorie et la pratique est la clé du succès d'une mission. C'est toujours difficile et aléatoire, mais si c'était simple et bien réglé, les problèmes seraient résolus depuis longtemps, et notre aide inutile.

#### La théorie

Pour nos deux missions exploratoires au Togo, nous pensions avoir mis toutes les chances de notre côté. Le Togo est pauvre, avec peu de perspectives de développement économique, et une forte mortalité maternelle et néonatale. Il n'y a quasiment aucun système d'assurance-maladie, ni d'aide sociale, ni de gratuité des soins, et peu d'O.N.G. actives sur place. Saint-Jean de Dieu d'AFAGNAN est un Hôpital confessionnel polyvalent, géré par une congrégation religieuse internationale expérimentée. Elle assure les postes de directeur, chef du personnel et comptable, gage de sérieux et d'honnêteté dans la gestion des flux financiers. Un président de CME gère habilement les rapports difficiles entre médecins et administration. L'hôpital reçoit des aides extérieures régulières, principalement françaises et italiennes, et son niveau d'équipement est correct. Il dispose de compétences médicales dans les domaines clés (gynécologieobstétrique-urologie-digestif). salaires du personnel sont versés régu-

AFAGNAN est un Hôpital de référence au niveau régional, avec une structure en réseau, comptant une dizaine de dispensaires. Cette disposition permet d'envisager des programmes qui dépassent l'horizon strict de l'hôpital. L'accès aux plus démunis est garanti par un système de recouvrement des coûts a posteriori: pas de pré-paiement systématique des soins, contrairement aux pratiques du secteur public. Enfin, cerise sur le gâteau, une demande directe d'aide par un confrère, gage de motivation pour les équipes locales.

### Le contexte conforme à nos attentes

L'hôpital d' AFAGNAN est une structure de type pavillonnaire, propre et bien entretenue. Dans un jardin, des stèles peintes rappellent les grands principes moraux de la congrégation: la charité, la compassion, l'aide aux plus démunis. Chaque matinée débute par une messe, et à la tombée de la nuit

une célébration en plein air réunit le personnel pour de ferventes prières. Indiscutablement, il existe des valeurs partagées, et l'accueil du personnel est chaleureux.

La mortalité maternelle (environ 0.5%) et néonatale (12%) est effectivement très élevée. Les causes en sont classiques, les remèdes connus, et il n'est pas très difficile d'établir un plan

Les dossiers médicaux sont bien tenus, et archivés de façon rationnelle, ce qui nous a permis d'établir un bilan fiable de la mortalité maternelle et néonatale. Chaque matin, un staff à la maternité réunit l'équipe sortante et l'équipe montante pour présenter les accouchements effectués et les dossiers en

### Le contexte non conforme

La gestion financière de l'hôpital est problématique. Le système de recouvrement des coûts a posteriori est difficile à mettre en œuvre : une fois soignés, 20% des patients se sauvent sans payer. De surcroît, les pauvres sont de plus en plus pauvres - leurs ressources augmentant moins vite que le coût de la vie - et beaucoup renoncent à accoucher dans les structures de santé.

Même les cadeaux peuvent coûter cher. Bien que l'essentiel des équipements techniques corresponde à des dons, l'élévation du niveau technique de l'établissement engendre des coûts supplémentaires (électricité, gaz médicaux, vide, maintenance etc.) difficiles à assumer dans le budget, et impossibles à répercuter sur les patients. Les gestionnaires se plaignent aussi du manque de cohérence dans les envois d'équipement et de matériel médical : souvent inutilisés faute de besoin ou de mode d'emploi, coûteux en frais de dédouanement, ils pourrissent par centaines dans l'arrière-cour de l'hôpital. D'ailleurs, la gestion des stocks est rudimentaire, et personne ne sait exactement ce qu'il y a dans les réserves. Sur place, gestionnaires et soignants

sont perpétuellement confrontés à de graves difficultés financières. Ils souhaitent avant tout des aides financières. Les médecins espèrent une amélioration de leurs conditions personnelles,



les gestionnaires un budget de fonctionnement décent. L'amélioration de la qualité des soins n'est pas leur prio-

Le personnel médical ressent une discordance entre le niveau de rémunération et la charge de travail, largement supérieure à celle demandée dans la fonction publique. De surcroît, la déontologie de l'établissement interdisant les dessous-de-table, les praticiens sont plutôt perdants par rapport à leurs collègues de la fonction publique. Cette situation est à l'origine d'une instabilité chronique des équipes médicales.

La coopération avec les gynécologues s'avèrent vite problématique. Nous comprenons, dès le premier jour, que le médecin qui a fait appel à GSF espérait surtout une aide pour financer sa spécialisation en gynécologie-obsté-

> Nous comprenons, dès le premier jour, que le médecin qui a fait appel à GSF espérait surtout une aide pour financer sa spécialisation en gynécologie-obstétrique.

tion précisément la semaine de notre séjour, et ne répond pas à nos appels, ce qui nous paraît de très mauvais augure. Le troisième médecin, intelligent, dynamique et motivé, et qui aurait pu constituer une ressource importante, va quitter le service peu de temps après notre passage.

Les médecins s'intéressent peu à ce qui se passe en salle de travail, considérée comme le domaine des accoucheuses. Le domaine médical est plutôt celui de la chirurgie, activité beaucoup plus valorisante à leurs yeux. Les chiffres catastrophiques de la mortalité maternelle et néonatale sont plutôt considérés comme une fatalité liée au contexte que comme un problème à résoudre. Les sages-femmes paraissent plus motivées, mais sont liées par un lien hiérarchique fort aux médecins et à la direction, et ne prennent aucune initia-

Le fonctionnement en réseau, entre l'hôpital et les dispensaires, est problématique malgré la multiplication des téléphones portables : faible niveau d'équipement des dispensaires, transferts trop tardifs, coût du transport, mauvais état des routes et des pistes.

### Comment gérer ces contradictions? Les leçons que nous en avons tirées

- L'aide technique apportée ne doit pas augmenter les frais de fonctionnement. Ni pour l'hôpital, sous peine d'exclure du circuit de soins une fraction de plus en plus importante de la population. Ni pour les patients, qui vont dépenser en examens complémentaires le peu d'argent qu'ils avaient pour se soigner.

- Le niveau de rémunération des médecins n'est évidemment pas de notre ressort. Mais il faut prendre garde à ne pas augmenter encore leur charge de travail, ou interférer avec leurs ressources complémentaires.

- Sans la collaboration active du chef de service, aucune action durable n'est possible. Dans la situation présente, et bien qu'un plan d'action détaillé ait été établi, la mission a été mise provisoirement en stand-by. - La collaboration avec les sagesfemmes est cruciale, car elles gèrent

seules la salle de travail. D'où l'im-

portance d'une sage-femme dans l'équipe GSF.

Malgré de nombreuses exceptions, il ne faut pas compter sur un sentiment de compassion pour les souffrances des patients. La participation de la société civile - ONG locales, associations, travailleurs sociaux, médias - représente un contrepouvoir absolument indispensable.

- Une politique strictement hospitalière n'a qu'un effet marginal sur la mortalité maternelle et néonatale, la majorité des problèmes graves ayant lieu en amont. Le travail en réseau est indispensable, mais la remise à niveau des dispensaires est du ressort des grands organismes internationaux. Un contact a été pris avec Handicap International, et le Programme MUSKOKA-AFD, qui met en œuvre prochainement un programme de remise à niveau des dispensaires publics dans le secteur sanitaire d'AFAGNAN.

### La morale de cette histoire

Des raisons très puissantes sont à l'origine des problèmes observés. Ces raisons nous échappent souvent, en raison du fossé vertigineux qui sépare les contextes socio-culturels et les modes de pensée. Notre tendance naturelle nous pousse à chercher rapidement une solution aux problèmes, avant même de les avoir compris. Et à plaquer des solutions préfabriquées, souvent inadaptées, parfois dangereuses.

Mais la soif de comprendre ne doit pas nous quitter, elle est le préalable incontournable pour négocier des solutions adaptées au contexte, et pour des actions réussies et durables.

Philippe Arvis





### SESSION 2015 DU 15 AU 19 JUIN À DRAGUIGNAN

Cette formation est à destination des gynécologues obstétriciens, sages femmes, élèves sages-femmes, internes, médecins, désireux de s'investir dans des actions humanitaires en France et/ou dans les pays en développement aussi bien dans l'urgence que dans le développement, ayant pour objectifs 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 (domaines concernés, modalités d'action, exemples)
- Des compétences à l'effet de réaliser une mission exploratoire et participer à une mission de soins ou d'urgence obstétricale

#### LE DOSSIER DE CANDIDATURE COMPORTE :

Formulaire d'inscription dument rempli (en annexe) Curriculum vitae (maximum 1 page) Courrier de motivation Chèque des frais d'inscription

### **DOSSIER À ENVOYER PAR COURRIER À :**

Roselyne Baron/Elisabeth Vaz Do Pio - Gynécologie sans frontières Université de Nantes - Bureau 413 9 rue Bias - BP 61112 - 44011 Nantes cedex 1

#### Droits d'inscription perçus par GSF:

350 € (Internes, SF, IDE, étudiants) / 550 € (Médecins) Chèques à l'ordre de « Gynécologie Sans Frontières »

#### **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. Il peut permettre la prise en charge financière au titre de la formation continue dans le cadre d'une convention

**600** € (Internes, SF, IDE, étudiants) / **1000** € (Médecins) Chèques à l'ordre de « Gynécologie Sans Frontières »

Vous pouvez également télécharger le bulletin d'inscription sur notre site http://gynsf.org/fgoh-draguignan-2015-15-au-19-juin/

POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE ET POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES ACTIONS MENÉES PAR GSF EN FRANCE :

www.gynsf.org

### >>> Partenariat Gynécologie Sans Frontières / Chirurgie Solidaire

Claude Rosenthal, Jean-Luc Mouly, Annie Guet, Stephan Bretones

CHIRURGIE SOLIDAIRE (CS) est une association régie par la loi de 1901. Elle regroupe des chirurgiens, anesthésistes et infirmiers de salle d'opération, désireux de transmettre leurs compétences à des équipes chirurgicales de pays en développement. Son activité est consacrée à la formation chirurgicale d'équipes complètes. Elle intervient dans tous les domaines de la chirurgie.

GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES (GSF) est une association régie par la loi de 1901. Elle regroupe des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes venant en aide aux femmes en détresse dans le monde, en particulier en agissant pour améliorer la santé maternelle et infantile péri natale par des actions d'assistance et de formation. Son activité est consacrée essentiellement à l'obstétrique et a la chirurgie gynécologique.

De la discussion, il ressort une bonne complémentarité entre les activités des 2 associations, avec un «trait d'union commun» pour la chirurgie gynécologique par voie basse, et des principes éthiques et d'intervention similaires.

Il est donc suggéré d'établir un partenariat entre CS et GSF, basé sur la confiance et la complémentarité, excluant tout mode de fonctionnement concurrentiel, avec mise en commun, chaque fois

que c'est utile:

Docteur Claude Rosenthal

- Du «savoir-faire» de chaque association
- Des ressources humaines propres
- Des besoins observés lors des missions, pouvant intéresser chaque association dans le domaine de ses compétences.

Ce partenariat sera décliné en fonction des particularités de chaque site d'intervention.

Il sera entretenu par des échanges réguliers, la participation aux «temps forts» de chacune des associations, et la diffusion de moyens de communication.







Depuis 5 ans, le Lions Club Brive Pays de Brive organise AU PROFIT DE GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES UN RAID 4X4, DANS LES CHEMINS DE LA HAUTE CORRÈZE.

Chaque année, pendant le « pont de l'Ascension » les passionnés de 4x4 et de GSF se rencontrent et font de cet évènement un moment inoubliable.

### LA 5° TRANS CORRÉZIENNE AURA LIEU LES 15 & 16 MAI

La participation est de 100 € et donne droit aux petits déjeuners et déjeuners (pique nique) du 15 et du 16 mai et au diner le soir du vendredi 15. Il reste peut être encore quelques places...

Pour toutes inscriptions et tous renseignements joindre: Bernard Chapou, Président du Lions Brive Pays de Brive. Tél. 06 40 12 11 79 - chapou-pharm@wanadoo.fr



### RUIYGI avec GSF.

# Octobre 2014. Une passionnante expérience dans le monde des prisons pour mineurs au Burundi



Depuis longtemps avec mon épouse, nous avons franchi le pas d'une solidarité fantasmée à

une pratique sur le terrain. D'abord comme simples donateurs d'Handicap International section Madagascar, sensibilisés aux enfants lourdement handicapés. Puis nous sommes allés plus loin en prenant en charge un enfant du Togo que nous avons accompagné jusqu'à sa majorité.

Notre première joie fut de lui permettre d'acheter un vélo pour qu'il puisse se rendre à l'école au lieu de marcher quelques dizaines de kilomètres chaque jour pour devenir un adolescent ouvert sur le monde. Plus de 20 ans plus tard, devenu adulte, nous sommes toujours en contact étroit et nous sommes heureux d'avoir pu contribuer à ce qu'il devienne un homme, même si c'est toujours difficile pour lui vu le contexte des violences actuelles sur le Continent africain.

Mais devenu retraité, j'ai souhaité aller plus loin et apporter une contribution effective. J'avais toujours envié mes amis médecins, pharmaciens, biologistes, sages femmes, et infirmières car leurs pratiques



professionnelles peuvent s'exercer presque partout dans le monde. C'est plus difficile pour des avocats car le droit français ne peut s'exporter que tout au tant que les pays en difficultés, appliquent une législation proche et les principes généraux du droit civil français et plus encore qu'ils soient francophones.

Lorsque j'ai rencontré M<sup>me</sup> Marguerite BARANKITSE lors d'une convention organisée par GSF à Draguignan, j'ai su que c'était pour moi une opportunité de franchir le pas et de pouvoir apporter un premier soutien à un projet en cours au BURUNDI, plus précisément à RUYIGI. Le BURUNDI est francophone et applique les principes généraux du droit belge qui s'inspire très largement du droit français, en conséquence, j'ai accepté de rejoindre Maison SHALOM, convaincu par le charisme extraordinaire de «Maggy». Celle-ci m'avait été présentée par Serge BOYER qui n'a jamais cessé de me faire part de ses différentes missions dans ce pays d'Afrique que je ne connaissais pas.

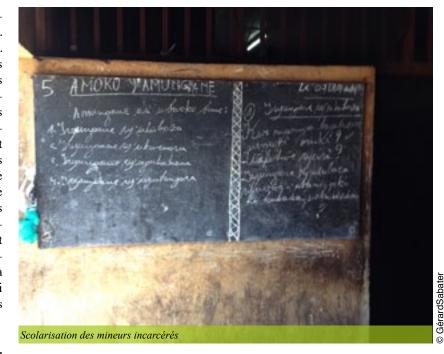
Je me suis donc agrégé à l'équipe médicale de GSF qui partait une nouvelle fois au BURUNDI pour intervenir à l'hôpital REMA à RUYIGI.

«Maggy» m'avait fait part de son nouveau projet, la construction d'un centre de rééducation pour enfants mineurs en conflit avec la loi. Je n'avais pas hésité une seule seconde, et billet d'avion en poche, visa obtenu, je me suis plongé dans la pratique de la procédure pénale tout l'été 2014, examinant dans le détail les grandes lignes de la politique pénale de ce pays,

mais aussi de son histoire douloureuse avec son voisin le RWANDA. Le domaine du droit n'est pas neutre. C'est une approche plus délicate, plus sensible que celui de la santé. Si les responsables politiques acceptent facilement l'intervention de médecins étrangers, l'arrivée d'avocats est toujours source de méfiance et souvent d'hostilité. L'éternelle question des droits de l'homme est toujours source de conflit. Mais qui peut prétendre qu'il suffirait de donner des leçons pour faire progresser la condition humaine. Tel ne fut pas mon cas durant mon séjour à RUYIGI et à BUJUM-BURA en octobre 2014. Et ce grâce à M<sup>me</sup> Marguerite BARANTSIKE qui m'a permis de voir toutes les portes s'ouvrir.

Le monde des prisons est un environnement terrifiant, même chez nous en France. Celui des mineurs et des jeunes femmes incarcérés en Afrique est encore plus dur, terriblement. Le manque de moyens si souvent dénoncé en FRANCE, est au BURUNDI mais partout en AFRIQUE, encore plus criant. Pourtant, le gouvernement soucieux de son image et du nécessaire respect des conventions internationales sur le droit de l'Enfance a pris la mesure des efforts à faire pour permettre des conditions plus respectueuses pour les mineurs, filles et garçons incarcérés pour qu'ils soient séparés des majeurs. Il n'est nullement besoin de s'étendre sur cet impératif. Certes, il ne s'agit que d'un premier pas et il sera nécessaire de voir l'évolution des conditions d'incarcération sur le long terme.

C'est tout le sens du projet en cours tant à RUYIGI qu'à RUMONGE. Deux centres uniquement pour les mineurs. C'est une première dans ce pays. J'ai pu visiter les quartiers des



mineurs et des femmes actuellement incarcérés à RUYIGI, faire le point avec les responsables de la maison d'arrêt, rencontrer des magistrats en charge de la politique pénale et le responsable de la Protection de la Jeunesse. J'ai pu longuement débattre avec le juriste spécialisé de Maison SHALOM et l'avocate, intervenants pour les mineurs incarcérés.

Ce que j'ai vu relève de l'intime, et il ne m'appartient pas aujourd'hui de porter un jugement. Mais à RUYIGI le projet de Maison SHALOM porté par M<sup>me</sup> Marguerite BARANKITSE est double. A côté du centre de rééducation fermé, un centre ouvert aux enfants de la ville de RUIYGI et des environs pour permettre aux plus déshérités d'être aussi aidés pour recevoir une éducation qui leur permettent de sortir de leur difficile condition. Comme en FRANCE, il faut pouvoir convaincre l'opinion publique sur la nécessité d'améliorer les conditions de détention pour éviter la récidive.

Ces deux semaines en terre africaine au contact le plus étroit avec tous les acteurs de cette nouvelle politique pénale en direction des enfants mineurs me laissent le témoignage d'un immense espoir. Celui de voir l'amour de l'autre, le respect indispensable des ces futurs adultes, se transformer au quotidien pour que ce Continent et plus encore le BURUNDI sortent de cette cruelle torpeur. Et que si l'enfermement est nécessaire parfois, il ne soit plus la seule réponse face à de jeunes enfants qui ont connu l'horreur de guerres fratricides.

Et puis je suis heureux d'avoir rejoint GSF, le noir de ma robe se dissout dans le blanc des blouses de mes amis.

Bâtonnier Gérard Sabater

### **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 a Madagascar, former des sagesfemmes 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....

### Gynécologie Sans Frontières

### **BULLETIN D'ADHÉSION - GSF**

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

Profession: Date de naissance:	Nom:
Ville:	Code Postal : Portable :
Courriel:	TOTADIO.

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)

Université de Nantes - Faculté de Pharmacie 9 rue Bias - BP 61112 - 44011 Nantes cedex Tél : 02 53 48 46 35 / 02 53 48 46 41 - admin.gynsf@gmail.com

☐ 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'acquitte de la cotisation annuelle d'un montant de :
 40 € (membre adhérent)

☐ 75 € (membre adherent bienfaiteur)

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

Une attestation fiscale donnant droit à une réduction d'impôt vous sera adressée en retour.

Merci de votre soutien!
www.gynsf.org





### MYCOSES VULVO-VAGINALES



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- $\alpha$  démontré in vivo\*







• Et fait une bonne action!



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