le Monde de Gynécologie Sans Frontières

N°5 • Octobre 2016

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

Mission Togo

Mission Haïti

Mission Madagascar

Le méchage intra-utérin

FGOH

Le mot du Président : Donner envie d'avoir envie de partir en mission

Claude Rosenthal - *Président de GSF*

La haine anti migrants augmente en France et dans le Monde. Comment se désintéresser, ou pire refuser toute humanité envers ces gens qui ont fui leur pays? Que notre mémoire est courte ! Et pourtant il n' y a pas de plus grande richesse que dans l'aide de celui qui souffre. GSF est dans les camps du Nord et du Pas de Calais et continue son action débutée le 15 novembre 2015.

Bien que cette action se poursuive celle-ci ayant été largement développée dans notre précédent numéro, le Monde 5 sera surtout consacré aux missions à l'étranger. Au Togo, GSF développe deux types de missions, l'une de compagnonnage dans l'Hôpital d'Afagnan, l'autre d'expertise et d'évaluation Sonus dans les centres de Sante de la région Maritime avec handicap international et des Hauts Plateaux avec Plan International. A Madagascar, une mission GSF était engagée dans le dépistage du cancer du col, selon la technique du Sea and Treat de l'OMS. Le Dr Serge Boyer nous fera part de ses conclusions, après 3 ans de missions GSF. Une mission exploratoire s'est déroulée en avril 2016 dans la ville de Tuléar pour envisager une collaboration avec les équipes sur place, dans la formation en chirurgie vaginale. Partir et revenir en Haïti, dans cette île où le mal côtoie le bien, le laid côtoie le beau, la générosité côtoie la corruption, Dr Patrice Goeusse nous donnera ses impressions de ce paradis qui peut être un enfer. Enfin, personnellement, je me suis rendu à l'Hôpital Panzi dans la ville de Bukavu en République Démocratique du Congo, suivi par le Dr Bernard Crézé. Depuis quelques années GSF travaille avec l'équipe de l'Hôpital Panzi dirigé par Denis Mukwege, (l'homme qui répare les femmes). Cette année le compagnonnage a porté sur l'apprentissage du traitement par voie vaginale des maladies handicapantes de femmes jeunes et par la formation théorique d'une quinzaine de médecins venus de tout le vaste Congo. J'espère que la lecture de ces comptes rendus de missions, vous donnera envie de vous rapprocher de GSF, de mieux nous connaître et de partir avec nous.

L'humanitaire, c'est aussi de très belles rencontres. Le Monde 5 présente une femme et un homme, hors du commun, l'un comme l'autre militant infatigable et défenseur des droits des femmes dans leur pays, l'un comme l'autre menacé de mort par des gouvernements corrompus : Maggy Barankitse et Denis Mukwege.

Maggy **Barankitse**

La situation politique et humanitaire au Burundi, le plus petit pays d'Afrique, (27 000 km2), s'est considérablement dégradée depuis avril 2015.

Une chape de plomb recouvre le pays, devenu le plus pauvre de la planète, déchiré par la guerre civile pour ne pas parler d'épuration ethnique sournoise. 450 000 burundais ont dû fuir, comme elle, au Rwanda, au Congo ou encore en Tanzanie. Tout ceci dans un silence assourdissant, mortifère, comme lors de « la crise » génocidaire hutu/tutsi entre 1993 et 2006 qui avait fait 300.000 morts. Les assassinats succèdent aux arrestations arbitraires, aux emprisonnements et à la torture, le plus souvent de jeunes gens, dans l'indifférence la plus totale des «Grands» de ce Monde, trop occupés par ailleurs !

Remarquable et courageuse, Marguerite Barankitse, enseignante de formation, a, dès 1993 au début du génocide, fondée une ONG, Maison Shalom, afin de venir en aide aux plus démunis et d'accueillir les orphelins (35000 à ce jour) qu'ils fussent orphelins de guerre, de femmes mortes en couches ou du sida.. Charismatique, ayant une foi inébranlable en l'Homme, elle a été honorée par de très nombreuses récompenses (UNICEF, Prix NOBEL des Enfants, Prix de la Fondation CHIRAC en 2011, nombreux Titres d'Honoris Causa d'Universités Américaines et Européennes) qui lui ont permis de faire fonctionner Maison Shalom et l'hôpital REMA, qu'elle a créé en 2008 grâce à des aides européennes, et dans lequel G.S.F a effectué de nombreuses missions afin de former les médecins et les personnels.

Qu'est devenue la Femme aux 30.000 orphelins, la « Maman du Burundi », notre Amie, agée maintenant de 60 ans ?...

SUITE P2

Denis **Mukwege**

Denis est né en 1955 à Kabiza, petit village proche de Bukavu, il a grandi au sein d'une famille de 9 enfants. Jeune garçon il accompagnait son père, pasteur protestant, lors de ses visites aux malades. La dimension spirituelle de ces visites lui parut devoir être concrètement accompagnée de soins et c'est ainsi que naquit sa vocation médicale.

Ses études médicales se déroulent au Burundi au moment du déclin sanglant de la période Mobutu en RDC. Initialement destiné à la pédiatrie, il fait un stage de médecine générale à Lemera ; c'est là qu'il découvre l'horreur de l'obstétrique d'urgence avec les grands syndromes hémorragiques, la mortalité en couches, maternelle et infantile, et d'autres pathologies graves et souvent irréversibles de la naissance.

Il décide donc de réorienter son choix de spécialité vers la gynécologie. Il obtient une bourse d'étudiant et il « débarque » à Angers en 1984 pour effectuer sa formation à la Maternité du CHU. Grâce à ses qualités personnelles, il gagne la confiance de ses maîtres, il se révèle être un étudiant discret mais sérieux et appliqué.

A Angers, il s'est fait de nombreux amis, dont Martial et Anne Collet avec qui il fonde l'Association FRANCE-KIVU, qui n'ont cessé de le soutenir depuis son départ de France en 1989. Après 5 années passées au CHU, les propositions d'installation en France ne manquent pas, mais son altruisme et son civisme ont raison de ses hésitations. Il rentre en RDC avec Madeleine sa femme qui lui apporte un indéfectible soutien, et avec leurs trois premiers enfants.

SUITE P3

Éditeur de la publication : Claude Rosenthal, Président de GSF - Directeur de publication : Claude Rosenthal Communication GSF - Crédits textes Claude Rosenthal, Serge Boyer, Bernard Crézé, Thomas Charbonnier, Léa Roesch, Patrice Goeusse, Mathieu Makosso, Isabelle, Eve-Marie, Ruth, Claudie- Crédits photos : Claude Rosenthal, Patrice Dubosc, Serge Boyer, Bernard Crézé, Thomas Charbonnier, Léa Roesch, Patrice Goeusse, Mathieu Makosso, Gynécologie Sans Frontières - Journal semestriel gratuit de Gynécologie Sans Frontières distribué sans abonnement - Date de parution Novembre 2016 - Gynécologie Sans Frontières (GSF) - 2, Boulevard De Launay - 44100 NANTES - Tél : 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24 - Réalisation Comevents

Portrait de Marguerite Barankitse, Maggy.

Elle ne peut plus rentrer chez elle, sur les vertes collines de son beau pays! Sa tête est mise à prix. Elle vit en exil et poursuit son combat contre les injustices, entourée de tous les siens de Maison Shalom, et de l'hôpital Rema.

Elle réside au Rwanda entre deux séjours « diplomatiques » et de sensibilisation en Europe pour défendre la cause des enfants et des femmes. Maggy poursuit son œuvre de bonté et de générosité auprès des centaines de milliers de réfugiés burundais dans les différents camps, dont celui de Mahama où sont abrités 40 000 réfugiés burundais. Camp situé à 3 h de route de Kigali, la capitale rwandaise qui a reçu en avril 2016 la visite du Président de Gynécologie sans Frontières.

Elle a su recréer les ateliers d'apprentissage de différents métiers tels que la coiffure, la mécanique, les langues étrangères et notamment l'apprentissage de la langue anglaise, devenue la langue officielle du Rwanda, qui marque ainsi sa rupture avec la France et la Francophonie.

Maison Shalom a pris en charge l'hébergement, la nourriture et l'enseignement de plus de 400 adolescents et jeunes burundais réfugiés dans ses différents centres d'accueil situés à Kigali ou dans le camp de Mahama, où elle travaille conjointement avec « Save The Children » et très bientôt sans doute, nous l'espérons avec Gynécologie sans Frontières.

L'hôpital Rema a dû fermer suite au blocage de tous les comptes de Maison Shalom et de Maggy par le gouvernement. Rema n'assurant plus ses missions de soins, le matériel donné par de nombreux hôpitaux français a été mis à l'abri des vols et des détournements, mais jusqu'à quand?

Maggy continue à travers l'Europe à faire passer des messages de courage, d'espoir, avec émotion et sincérité, dans son combat pour la dignité des femmes, des hommes, et des enfants du Burundi. Ses messages d'Amour, de Fraternité, de compassion ont trouvé en ce printemps 2016 un magnifique écho auprès des jurés du 1er prix « AURORA, pour l'éveil de l'humanité», décerné à Erevan en Arménie.

> Le « Prix Aurora pour l'éveil de l'humanité » est un nouveau prix mondial de distinction qui sera décerné chaque année à des personnes ayant mis leur vie en danger pour permettre à d'autres de survivre. Maggy est la première lauréate.

Ce prix, attribué le jour anniversaire du génocide arménien le 24 avril en présence d'Elie Wiesel, (décédé depuis), et de beaucoup d'anciens prix Nobel, a eu un très grand écho et le Monde de GSF ne pouvait passer sous silence cette reconnaissance. Les fonds recueillis, conséquents, remis par l'acteur George Clooney permettront à Maison Shalom et à Maggy de poursuivre leur œuvre d'assistance aux plus démunis, vulnérables et réfugiés, tout en leur faisant espérer une vie meilleure et plus éclairée.

Maggy dérange, elle est devenue plus que jamais la voix, la conscience du peuple « des sans voix », des faibles et des personnes vulnérables de son pays.

Peu à peu sa tunique humanitaire, devenue, par les circonstances, trop étroite, se transforme en un combat plus politique, citant Victor Hugo « lorsque la dictature est un fait, la révolution devient un droit ». Elle est plus que jamais devenue citoyenne du Monde. Rappelons ces dernières paroles en novembre 2015 avant de nous quitter :

> « Pour nos enfants, nous ne nous tairons pas, pour nos frères, pour nos sœurs nous ne nous tairons pas ».

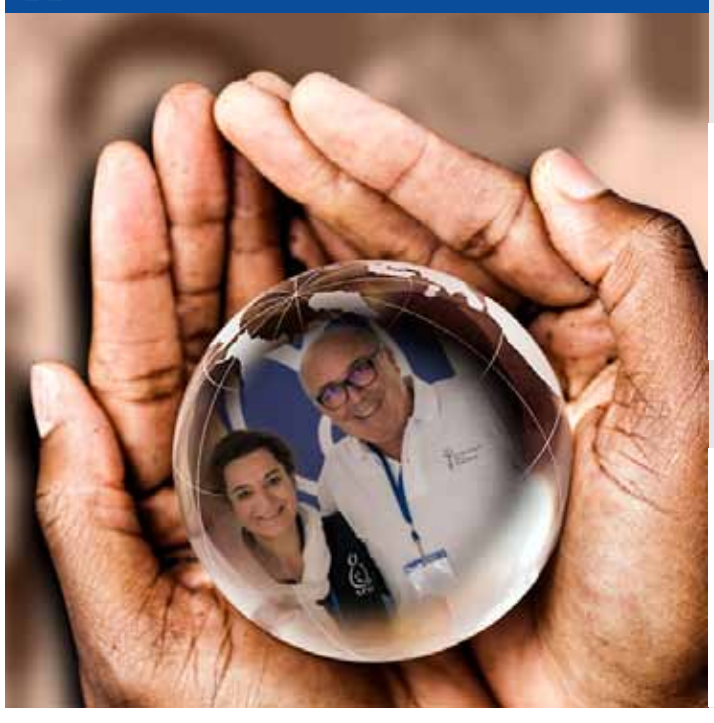
A notre tour, Amis de GSF, nous ne pourrons plus dire que nous ne savions pas. Soyons des passeurs, des éveilleurs de conscience. C'est notre honneur de continuer à la soutenir dans ce combat juste comme nous l'avons fait lorsque tout semblait calme aux pays des mille collines.

Merci MAGGY pour cette belle leçon d'espoir, de courage et de fraternité.

Serge Boyer
Gynécologue-Obstétricien
Secrétaire Général de GSF

POUR ALLER PLUS LOIN
Site de Maison Shalom, ONG de Maggy: www.maisonshalom.org
Lire : « La haine n'aura pas le dernier mot » C. Martin
Relire : le Monde de GSF N°1 « Carte postale du Burundi »

» SFSF ET GSF COLLABORENT !



POUR UNE RECETTE HUMANITAIRE RÉUSSIE :

UNE POIGNÉE D'UNE ONG RENOMMÉE
« Gynécologie Sans Frontières»

Gynécologie Sans Frontières

UNE GRAINE DE BÉNÉVOLES DE
«Sages-Femmes Sans Frontières»

SAGES-FEMMES SANS-FRONTIÈRES

- SAUPOUDREZ le tout d'une même éthique et même approche de l'aide corporative humanitaire,
- VOUS OBTENEZ un beau duo uni, travaillant dans la même direction ;

SOIGNER, AIDER ET FORMER SUR LE TERRAIN, SANS SE SUBSTITUER!

Jusqu'à ce que les femmes, les mères, les filles, les nouveau-nés, les enfants... aient les mêmes chances de vie et de survie que dans nos pays développés.

Portrait de Denis Mukwege

Entre 89 et 99, Denis vit les atrocités des guerres du Congo et du génocide, bien loin du « fleuve tranquille » angevin. En 1996, il échappe miraculeusement à la destruction de l'hôpital de Lemera au cours les infirmières sont tuées à bout portant et les malades assassinés dans leur lit; pendant qu'il transportait en ambulance un blessé grave , cette dernière est mitraillée... Il échappe à la mort.

Hôpital général de référence de Panzi

Après ce drame épouvantable DM préside à la construction de l'hôpital de Panzi (450 lits) et le dirige depuis 1999, l'aide financière provenant de ses partenaires angevins, mais surtout des institutions religieuses Evangéliques Pentecôtistes, ainsi que de généreux dons et des prix qui lui sont attribués. Après l'édification de cet hôpital de référence, il ouvre une faculté de médecine et une école des sages femmes. Enfin en 2012 l'enseignement de la spécialité d'obstétrique et de gynécologie débute à Panzi.

Combat pour une obstétrique moderne :

Ayant compris que la plupart des morts en couches et des fistules pouvaient être évitées, le premier souci de DM est de mettre en place une obstétrique moderne adaptée aux dimensions de la RDC. La césarienne et son apprentissage au sein de l'équipe sont essentiels et ne souffrent pas l'amateurisme. Il faut aussi vaincre les difficultés liées aux distances et DM multiplie les dispensaires et petits hopitaux où des mains expertes pourront effectuer des césariennes dans de bonnes conditions. Quant aux fistules obstétricales qui sont surtout le fait de dystocies sévères survenant chez des femmes mariées trop Jeunes et dont le bassin est trop étroit, elles sont prises en charge à Panzi par des médecins formés par DM ou par des équipes mobiles qui se déplacent en brousse.

Prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS)

A partir de 1999, DM, découvre en consultation un nouveau phénomène: (je cite les phrases mêmes du livre de Colette Braekman) : une femme puis, « des femmes présentent des lésions inhabituelles, elles n'ont pas été seulement violées, mais elles ont été mutilées à l'aide de différents outils, des viols collectifs ont été commis etc… »

La violence des groupes armés s'est introduite en RDC et se perpétue, et malheureusement, on constate actuellement l'apparition de viols de toutes petites filles, voire de nourrissons. A cet égard, DM a organisé à l'hôpital de Panzi, un accueil de ces victimes de la barbarie ambiante, offrant une prise en charge globale dite holistique. La prise en charge initiale est chirurgicale avec traitement des lésions au bloc opératoire et dépistage des MST et du Sida. Elle est complétée par une assistance morale assurée par des psychologues. Viendra ensuite la réinsertion sociale confiée à des assistantes sociales, et enfin l'organisation du recours a une assistance juridique. Différents services sont ainsi mis sur pieds pour permettre autant que possible le rétablissement des VVS :

Service pour Victimes de Violences Sexuelles. (VVS)

Ce service a pour but l'accueil et la prise en charge les femmes qui ont subi des violences sexuelles. La consultation d'accueil reçoit quotidiennement 10 à 15 nouveaux cas. Les femmes sont reçues par des assistantes sociales dont la première mission est de les écouter. Certains de ces entretiens sont véritablement insoutenables : meurtre du mari, viol collectif, enlèvement par un groupe armé, esclavage sexuel, accouchement forcé à 7 mois de grossesse avec manoeuvres aboutissant à des fistules. C'est l'horreur absolue !

Après les soins proprement médicaux adaptés à chaque cas particulier, les femmes traumatisées sont intégrées dans ce service spécifique, situé dans l'enceinte de l'hôpital, où elles se livrent à des activités type groupe de parole, chants, danses, et travaux manuels, exercées dans le cadre d'une vie en communauté.

La maison Dorcas

Les viols sont parfois féconds et la femme Congolaise ne se résout pas à recourir à l'IVG ou à l'IMG. Les enfants qui naissent du viol sont pris en charge à l'hôpital de Panzi dans la maison «DORCAS», sorte de jardin d'enfants. Cette unité accueille également les orphelins du SIDA, ainsi que les enfants dits «Enfants sorciers» qui sont des enfants des rues, rejetés par leur famille à l'occasion d'un malheur (décès, chômage, maladies) dont ils sont rendus responsables. Ces enfants, livrés à eux-mêmes, sont recueillis par les assistants maternels de la maison Dorcas.

La Cité de la joie

Revenons aux femmes violées : Denis MUKWEGE et Christine DESCHIVER-SCHULLER ont créé un établissement plus complet de réinsertion des femmes violées, qu'ils ont appelé « Cité de la Joie», (en référence au livre de Dominique LAPIERRE) établissement soutenu par Angelina Joly. Dans cet

internat les femmes suivent pendant 6 mois un enseignement général d'anglais, d'informatique, de Droit etc... Elles chantent et dansent en groupe, s'initient au théâtre et autres activités. La fin de réinsertion de la cérémonie donne à lieu au V-DAY (journée contre la violence). C'est une immense fête où à travers des scènettes ou des danses, les femmes expriment la fierté de leur transformation et repartent en conquérantes et ambassadrices de la Cité de la Joie et du droit des femmes !

Ceci témoigne de la vraie réussite de leur re-socialisation.

Service et actions juridiques

Pour se rétablir au mieux, les femmes ont besoin d'assister à la condamnation de leurs bourreaux. Un service juridique a été mis en place par DM et son équipe. Des « cliniques juridiques » locales leur proposent des consultations gratuites et un accompagnement de défense et de réparation auprès des tribunaux, dans l'attente espérée de la condamnation des violences sexuelles par le Tribunal International.

Actions préventives

Soigner le physique et le mental et réinsérer les femmes, condamner les coupables sont devenus des nécessités évidentes à Panzi. Mais DM a compris qu'il fallait crier la détresse Congolaise à l'étranger pour faire cesser ces viols dont l'objet est la possession des mines, le pillage des ressources naturelles, la réduction démographique et du tissu social, et la destruction des capacités économiques. Il s'est donc lancé dans une grande campagne de communication à la recherche d'une aide internationale et du soutien qu'il ne trouve pas au sein même de son pays.

ACTIONS INTERNATIONALES

DM a construit l'hôpital de PANZI de 450 lits grâce à l'aide internationale. L'argent provient des Institutions religieuses (communauté pentecôtiste et autres), et de généreux donateurs. L'homme est discret, plein de sérénité, désintéressé, apolitique, c'est une âme forte. Sa seule ambition est d'obtenir la fin de la violence au Congo et plus particulièrement au KIVU. C'est une guerre rampante, économique pour la possession des richesses minières du Congo, en particulier pour la possession du COLTAN, si nécessaire à notre informatique et à nos téléphones portables (dont on peut dire qu'ils sont « entachés du sang des congolaises ». DM est un «gêneur» car il dénonce les exactions perpétrées par les groupes armés au profit des trafics miniers. En tant qu'opposant à ce rapt, il devient une cible. C'est ainsi qu'il a été victime le 25 octobre 2012 d'une tentative d'assassinat à son domicile, dont il a réchappé miraculeusement, mais qui a coûté la vie à son gardien, père de 9 enfants. A cette époque, quand nous avons travaillé avec lui, il était encore traumatisé par cette agression. Pour sa sécurité, il a alors été extradé vers la Belgique puis les USA. Grâce à son exceptionnel courage et en réponse à la demande pressente des femmes du KIVU, il est rentré dans son pays et vit dans un logement au sein de l'hôpital dont il ne peut sortir. Sa sécurité est assurée par deux policiers congolais qui le suivent armés d'une kalachnikof et par les militaires de l'ONU qui l'accompagnent dans ses déplacements.

Depuis de nombreuses années, Il sillonne le monde pour informer et dénoncer ce drame congolais de l'utilisation du viol « comme arme de guerre ». Il plaide la cause des femmes à l'ONU. Il a reçu la légion d'honneur des mains de nos deux derniers présidents de la République, fait Chevalier par l'un puis Officier par l'autre. Son mérite et son action ont été couronnés de nombreux prix: le prix Olof Palme, le Prix du roi Baudoin, le prix de la fondation Chirac, le prix Sakharov en 2014 et le prix Nobel alternatif de la Paix. Il a rencontré Bill et Hillary Clinton, John Kerry, Kofi Annam, Ban ki Moon. Cela lui permet en outre de recevoir des aides financières nécessaires à l'amélioration du quotidien technique et humain de son hôpital. Sa modestie n'est pas entamée. Il est désormais mondialement connu pour son combat. Un film « l'homme qui répare les femmes ou la colère d'Hippocrate » de Thierry Michel résume bien ce combat avec le choc des images. Personne actuellement ne peut dire qu'il ignore ce qui se passe au Kivu …

DM est ouvert à toute sortes d'aides et il accueille très volontiers celle qui lui est proposée par les associations. Il a su porter son service à la pointe des techniques chirurgicales notamment avec Guy Bernard Cadière (traitement des fistules hautes par coelioscopie). Il a été nommé professeur honoris Causa en Belgique et il s'attache à développer l'enseignement de ses élèves. J'ai ouvert un partenariat avec GSF en 2012, qui s'est concrétisé depuis. C'est ainsi que l'enseignement de la gynécologie chirurgicale et obstétricale théorique et pratique nous a été confié. Cette mission est assurée en partenariat avec d'autres ONG. En 2015, DM est venu à Angers et Nantes pour présenter le film de Thierry Michel, signer une convention qui permet à des stagiaires congolais de venir se perfectionner en coelioscopie au CHU d'Angers dans le service du professeur Descamps et enfin pour faire une conférence au CNGOF sur la prise en charge des lésions liées aux violences sexuelles.

Pour conclure le combat de Denis Mukwege, si héroïque qu'il soit, est malheureusement loin d'être terminé. La période des élections débouchera-t-elle sur une prise en charge du problème et sur la fin de la guerre pour la possession des mines ? Notre aide même modeste est plus que jamais un soutien sur lequel compte cet homme d'exception.

Bernard Crézé
Gynécologue-Obstétricien
Missionné et adhérent GSF

Lire :

Docteur Denis Mukwege :

Homme au Grand cœur : Armand Duval

«l'homme qui répare les femmes » de Colette Braekman.

(GRIP André Versaille éditeur.)

Plaidoyer pour la vie, de Denis Mukwege. Sortie le 24 octobre 2016

Voir :

film de Thierry Michel décembre 2015

« homme qui répare les femmes ou la colère d'Hippocrate ».

Sortie du DVD octobre 2016

Carnet de bord : Mission de développement.

Hôpital Panzi. Bukavu. République Démocratique du Congo.

Gynécologie Sans Frontières intervient auprès de l'équipe de Denis Mukwege à l'Hôpital Panzi, dans la ville de Bukavu depuis 2012, sous la conduite initiale du Dr Bernard Crézé, ami de longue date de Denis.

A l'Hôpital Panzi, la chirurgie des viols et des fistules est courante et de qualité. Mais à coté des lésions traumatiques de ces femmes, existent des maladies handicapantes comme de très volumineux prolapsus, chez des femmes très jeunes.

Dans cet Hôpital, de très nombreux étudiants et médecins viennent de toute la RDC, se former ou se perfectionner. La mission GSF a pour but : la formation (adaptée à la jeunesse de ces femmes) :

- de l'équipe chirurgicale Panzi en chirurgie vaginale par compagnonnage
- des étudiants par des cours théoriques sur toute la chirurgie voie basse.

Le 09 avril 2016

Apres un long voyage Paris, Addis-Abeba-Kigali, un petit avion me conduit à l'aéroport Rwandais de Kamenbe à la frontière avec la RDC et la ville de Bukavu. Quelques kilomètres de routes défoncées et surpeuplées et nous rejoignons l'Hôtel Coco Lodge.

Vers 18 Heures, l'assistant de Denis Mukwege, Mukanire Ntakwinja arrive à l'Hôtel et après les présentations, les premières discussions sur le programme opératoire et l'organisation du séjour commencent. J'apprends que non seulement une trentaine de Prolapsus sont recrutés mais également qu'une quinzaine d'étudiants en cours de spécialité en gynécologie et venant de tout le Congo (parfois de plus de 2000 kms) sont dans l'attente de cette formation.

Dimanche 10 avril 2016

Pas de route goudronnée à Bukavu, mais une circulation folle et non policée. Nous parvenons enfin à l'Hôpital Panzi. Denis est là et nous attend. Il prendra son temps pour me montrer tout l'Hôpital dont il est le directeur.

L'endroit me fait penser à l'Hôpital Réma, à Ruyigi, au Burundi mais en plus grand. Je suis impressionné par l'activité de l'Hôpital :

> Cet hôpital conçu pour 150 places possède plus de 400 lits et c'est très insuffisant.

Denis cite : 10 à 12 accouchements par jour, de très nombreuses interventions gynécologiques : 80 à 90 fistuleuses sont actuellement prises en charge. Nous passons devant un scanner, un centre de dialyse avant de nous diriger avec Mukanire, l'assistant en chirurgie gynécologique vers le service d'hospitalisation, une salle de 40 lits remplie par les patientes et leur famille.

Une trentaine de femmes atteintes de prolapsus ont été recrutées. Nous allons choisir les opérées de demain: 8 seront examinées, 6 gardées et 2 refusées pour indications limites. Elles sont très jeunes et les prolapsus complets. Retour sur l'Hôtel. Il est 18 heures.

Le 11 avril 2016

Arrivé à l'Hôpital Panzi, dans une des cours près de l'administration une surprise m'attend : des patients et du personnel de l'hôpital prient.

Les femmes chantent avec ferveur. Les chants sont magnifiques accompagnés par le tambour. Un prédicateur s'agite et crie plus qu'il ne parle, en Swahili.

Et presque à chaque phrase les fidèles répondent Amen. Denis Mukwege arrive, de blanc vêtu avec son col mao. Puis il me présente à « ses fidèles » et me tend le micro. Grand moment d'émotion et de bonheur. Je dis simplement que je suis là, à la demande de Denis et que je suis ravi d'être parmi eux. Tonnerre d'applaudissements.

> Quelque chose s'installe entre tous ces gens et moi, indéfinissable.

Puis départ pour le bloc de Gynécologie. Et là, j'accuse une légère déception: une grande salle d'opération avec deux tables, des lavabos obsolètes, pas de produits de désinfection des mains, des champs et des blouses très humides.

Deux gros prolapsus sont au programme. J'opère et explique à de très nombreux, trop nombreux médecins ma technique de fixation latérale des prolapsus. Mes aides sont très attentifs et comprennent très vite. Les rachi anesthésies se font sans problèmes et les interventions se déroulent sans incidents Entre deux interventions, les fenêtres du bloc opératoire surplombent la cour des femmes fistuleuses ou ayant subi des violences. Elles sont là avec les enfants, font la cuisine, travaillent. Elles brodent d'immenses nappes, pratiquement toutes les mêmes. Je ne saurai jamais pourquoi.

A 13H30, je suis invité a déjeuner à la table de Denis Mukwege. Pour le rejoindre dans sa villa, située dans l'enceinte de l'hôpital il faut franchir des grilles et des verrous.

Denis et sa famille vivent enfermé dans des clôtures et gardé par des hommes en armes. Pas de déplacement sans protection. Le repas fini, il m'accompagne dans une salle de cours moderne (avec vidéo transmission) pour me présenter aux médecins congolais venus suivre les cours. De nombreuses questions et des étudiants passionnés. 3 heures de cours passent rapidement.

12 avril 2016

Arrivée à Panzi. Messe jusqu'à 8h. Bloc opératoire : Je décide de faire opérer et d'assister Mukanire. Il me paraît très compétent et il va le prouver. Les fils N°1 non résorbables cassent sans arrêt. Je regarde la date de péremption et j'ai la désagréable surprise de lire 2005. Des fils qui ont plus de 10 ans. Encore une fois le Nord a déversé ses périmés sur le Sud.

Excellente ambiance au bloc opératoire: La chef de bloc assure. Le nettoyage entre deux interventions est rapide et très correct....

En rentrant je regarde des panneaux qui décorent quelques maisons en ville, de nombreuses affiches nous rappellent le prix Sakharov 2014

Le 13 avril 2016

Toujours le même rituel. Messe et programme opératoire.

Programme lourd : un volumineux prolapsus récidivé déjà hystérectomisé et une récidive chez une femme de 30 ans nulligeste déjà opérée deux fois par voie haute et basse. La particularité de ces prolapsus est double :

D'une part il s'agit essentiellement d'hysterocèle totale qui entraine vessie et rectum donc des déficits latéraux importants, D'autre part les femmes sont jeunes, bien avant la ménopause et souhaitent continuer à avoir des enfants et une vie sexuelle. Les interventions se déroulent sans problème.

Le 14 avril 2016

Toujours un gros programme opératoire avec hystérectomies obligatoires pour cette forme de prolapsus, très ulcérés.

Nous pourrions faire plus de deux interventions par matinée mais c'est impossible par manque de matériel: il est nécessaire de stériliser les instruments entre deux interventions.

Après le bloc, je tiens à faire la visite et à me rendre compte des soins post opératoires. Je vais avoir quelques surprises. Je rassemble tout le personnel soignant pour donner des explications sur la prise en charge des suites opératoires des prolapsus. Je vais voir une jeune opérée d'hier qui est en « privé », c'est à dire en chambre seule. Son sourire me ravit, elle ne souffre pas et sent la guérison proche.

Je salue Denis car il quitte Bukavu et je ne le reverrai pas pendant mon séjour. Je n''ai malheureusement pu que très peu lui parler. Il est débordé et jamais seul. Il m'a simplement confirmé qu'il souhaite officialiser et développer notre collaboration

Le 15 avril 2016

Les rachi anesthésies trainent un peu et je dois donner un coup de main pour fléchir le dos des patientes. L'anesthésiste fait une courte prière avant de piquer. Elles ont toutes très bien fonctionné sans aucune céphalée ou alors non avouée. Sûr de sa technicité, je confie les deux premières interventions à Mukanire avec ses collègues résidents. Je reste à coté et cela va me permettre d'assister à une césarienne dans la salle voisine.

Je ne comprends pas bien l'indication: grande multiparité mais technique sure. 25% est le taux mensuel moyen de césariennes !

L'après midi, je fais un dernier cours pour les infirmières du service : On ne rase pas, on lave les fesses après chaque miction et chaque selles, on ne fait pas de bains de siège, et quelques autres conseils. Elles ouvrent les yeux comme des soucoupes..

Demain, je dois partir pour Uvira pour une mission exploratoire auprès d'une organisation Maternité Sans Risques, dirigé par Alfred Nondho, Sage Femme.

> Le soir avant de quitter l'Hôpital, Mukanire, les assistants, les étudiants viennent tous me saluer et c'est à reculons que je les quitte avec une seule idée en tête : revenir...

Claude Rosenthal
Gynécologue Obstétricien
Président de GSF

Retrouvez l'intégralité du journal de bord de C Rosenthal sur le site de GSF :
www.gynsf.org

Rogé Cavailles soutient Gynécologie Sans Frontières

Mission Togo Région Maritime

Expertise et évaluation SONU

« Bonne arrivée » ont été, à maintes reprises, les premiers mots que nous avons pu entendre en arrivant dans ce magnifique pays. Magnifique par ses paysages, sa diversité terre et mer, et magnifique par ses habitants, leur culture et leur tolérance. Notre équipe est composée de quatre bénévoles, deux sage-femme, Julie, revenue d'Irlande pour cette mission, Edith, venue du Burkina Faso où elle est née, François, obstétricien à Rennes et moi-même, obstétricien fraîchement diplômé plutôt itinérant.

Le Togo est un pays d'Afrique de l'Ouest dont la population est estimée en 2015 à environ 7,5 millions d'habitants Avec 56 785 km2, il est l'un des plus petits états africains sur environ 700 km du nord au sud avec une largeur n'excédant pas 100 km. Ethymologiquement Togodo signifie ville « au-delà du fleuve » en éwé.

Du point de vue de la santé le taux de mortalité infantile s'élevant à 45,2/1000. L'espérance de vie est estimée à 64,5 ans (en 2006, l'espérance de vie féminine était de 60 ans, et celle masculine de 55 ans, en 2003, l'espérance de vie en bonne santé des femmes était de 46 ans, et celle des hommes de 44 ans).

> Cette mission est le fruit de plusieurs réunions et organisations internationales.

En haut lieu une réunion du G8 à Moussaka au Canada en 2010 a permis d'engager quatre agences de l'ONU (OMS, UNFPA, UNICEF et ONU FEMMES) pour mettre en place un projet commun visant à améliorer la condition des femmes et des enfants dans les pays les plus démunis d'Afrique, dont le Togo.

Un budget conséquent est alloué au développement des structures sanitaires materno-infantiles, dont le contrôle fut confié à deux ONG internationales : Handicap International et PLAN (ONG Anglaise) respectivement pour les régions maritime et des plateaux.

Le travail en amont de ces ONG étant lourd et majeur, elles ont pu élire, parmi d'autres des structures, hôpitaux ou dispensaires, qui bénéficieront d'un soutien financier pour accéder au rang de SONU (Soins Obstétricaux et Néonatals d'urgence).

Les structures SONU étant définies, Handicap International fait appel à GSF pour son expertise materno infantile. L'objectif est alors d'établir un état des lieux des futures structures SONU, dix au total pour la région maritime, en rapportant ce qui est présent, ce qui manque, que ce soit en terme de personnel, d'équipement, d'infrastructure ou de formation.

> Mission GSF du 12 au 15 juin 2016

Dès l'arrivée Anne et Caroline, responsables majeures Handicap International sur le projet Muskoka nous accueillent, nous véhiculent, et nous déchargent de toute forme logistique pénible.

Caroline est la directrice du projet Muskoka pour HI, et son dévouement est d'autant plus impressionnant qu'elle pouvait accoucher à tout instant. Nous embarquons dans les pick-up d' Handicap International, non sans oublier des les estampiller discrètement d'autocollants GSF à l'arrière. Direction Lomé centre.

Après un premier briefing au QG d'Handicap International nous regagnons l'hôtel et lundi une réunion importante conviera les responsables politiques de santé locaux, et les chefs de personnel de chaque dispensaire. L'idée étant de réexpliquer à tous, bénévoles comme personnel togolais l'objectif précis de notre mission. En effet, la principale précaution étant de pouvoir évaluer librement les pratiques et les formation, expliquer que chaque commentaire que nous pourrions faire n'est pas pour sanctionner mais bien pour évoluer, améliorer. Deux jours sont prévus pour chaque dispensaire ou hôpital désigné, donc cinq par équipe, binôme sage-femme/médecin.

Départ tôt au premier lundi, et nous rencontrons notre chauffeur, il travaille pour la compagnie de location, et il sera bientôt un ami.

Dans la voiture on parle tantôt éwé, tantôt français. En effet si la langue officielle du Togo est le français, les deux langues nationales sont l'éwé et le kabiyé, elles furent adoptées comme telles en 1975, sachant qu'il en existe 42 au Togo dont le mina (dialecte d'éwé parlé à Lomé) qui sert de langue véhiculaire principalement au sud du pays. Cette richesse dialectique vient de ce que le Togo comprend une cinquantaine d'ethnies.

Il nous faudra quatre heures pour atteindre le premier dispensaire, et la signalétique inexistante, tout comme le bitume, feront demander à maintes reprises leur route à notre chauffeur. Seuls nous n'aurions jamais trouvé.

> Quarante kilomètres seulement en quatre heures, nous réalisons qu'il s'agit déjà d'une limite considérable pour les transferts urgents.

Nous nous présentons au dispensaire, l'équipe se compose de deux accoucheuses, deux sage-femme et d'un assistant médical. Rapidement nous demandons la différence entre accoucheuse et sage-femme. Si les dernières bénéficient d'une formation nationale de sage-femme, une accoucheuse est souvent une femme très jeune, qui a vu ou fait très peu d'accouchements et qui se retrouve dans un dispensaire isolé. L'assistant médical bénéficie d'une formation médicale moins poussée qu'un médecin, mais il n'est plus un étudiant. Le dispensaire est à peu prés comme je l'imaginais, surtout des murs gris qui me rappellent ceux d'Haïti,de longs couloirs d'où naissent de simples pièces, ou l'on place des lits en bois et des matelas. Il y' a quelquefois une arrivée de courant voire une lampe, mais jamais de toilettes, et il fait chaud, très chaud.

La salle d'accouchement est mieux équipée, de nombreuses donations internationales, allemandes, suisse, américaines, italiennes et autres l'ont équipée assez admirablement, notamment l'UNFPA. Table d'accouchement, lampes, bassins, pèse bébé. Les consultations se font à côté, avec une table et une armoire métallique un peu rouillée, et de grands registres sont remplis à tout instant. Planification familiale, suivi de grossesse, vaccination, post partum, c'est assez complet. Nous visitons sans problème, la pharmacie, le laboratoire et nous attendons un accouchement avec impatience. Interdiction pour nous d'intervenir, nous ne sommes que des yeux. Julie pourra assister au prochain, même s'il est peu probable qu'en deux jours nous ayons la chance que cela se produise. Dès l'après midi nous aurons cette chance !

La patiente arrive en travail mais n'accouchera pas de suite. On la fera marcher, tourner, virer autour du dispensaire. Ce qu'elle fit avec attention et fatalisme. Finalement elle accouchera assez vite. Assistée par la sage femme tout se passera bien. Vérification du globe, ocytocine avec perfusion. Nous sommes agréablement surpris de la prise en charge. Vu le manque de moyens et d'équipement elles savent bien mieux que nous la marche à suivre. Savoir que tel ou tel produit est efficace ne sert strictement à rien si on ne le possède pas. Pas de péridurale, elle sera dirigée rapidement en post partum...enfin une pièce exiguë de huit lits simples, sans berceaux, ou les femmes restent en général moins de 24h, faute de place, et aussi car elles ne souhaitent pas prolonger davantage leur séjour.

On parle des cas difficiles avec l'équipe, rapidement nous arrivons au problème du transfert. La structure technique chirurgicale référente est Afagnan. Pas si loin que ça, mais avec l'état de la route, il faut au moins 1h30 pour transférer, et aucun véhicule n'est prévu. Ainsi de lourdes hémorragies de la délivrance, ou des éclampsies, ce que nous appellerions un code rouge, qui poussé sur un brancard au travers de nos couloirs plastifiés, entrerait au bloc opératoire en moins de deux minutes, ici attend au bord du dispensaire une moto taxi, et s'en va parcourir les bosses de la route poussiéreuse ou inondée, selon saison vers Afagnan. Une sage femme nous confie que si l'on essaye de sauver la mère, son bébé est déjà loin. Nous prenons les registres, et déjà sans compter la mortalité infantile périnatale apparaît très redondante.

En regardant le planning nous découvrons les causeries, une sorte d'oratoire hebdomadaire ou sont réunies un maximum de patientes dans le cour, et un membre du personnel fait une sorte de cours collectif sur la prévention, l'accouchement, les vaccinations. L'éducation étant la meilleurs arme, celle-ci est bien exploitée. Le problème des violences conjugales, ou autres est également soulevé. Un protocole existe bien au dispensaire, mais les cas ne sont pas relevés sur les registres.

En partant du dispensaire, nous sommes assez marqués par le manque de moyens qui n'a d'égal que la présence et le professionnalisme du personnel. Ils assurent nuit et jour les accouchements, et se donnent grand mal a dépister, vacciner, délivrer des contraceptifs. Les sage femmes en consultations accueillent presque chaque jour une vingtaine de patientes, de partout autour, quels que soient leurs moyens, leur culture ou religion. A savoir que le Togo est assez éclectique sur ce point. Les différentes religions du pays sont l'animisme (religions traditionnelles africaines) pratiqué par 50 % de la population, le catholicisme (26 %), l'islam (15 %) et le protestantisme(9 %).

Le dispensaire suivant est Afagnan, bien différent car il appartient au SONU C, c'est a dire incluant la prise en charge chirurgicale et transfusionnelle. Nous sommes accueillis par le directeur des notre arrivée. Cet hôpital est surprenant par ses moyens. Il est construit autour d'une jolie cour intérieure et n'a presque rien a envier à certains de nos petits hôpitaux, si ce n'est le manque de consommables. Tout ce qui est important y figure : deux salles de blocs, viscérale, orthopédique, gynécologie, service d'urgences, pédiatrie.

> Une raison à cela, il est confessionnel, donc en partie financé par l'Église. Ici pas de contraception.

Nous sommes remarquablement accueillis par l'équipe qui nous fait visiter tous les locaux. Même si c'est bien plus grand, les pièces sont toujours très sobres et peu équipées : lits simples, pas de points d'eau et toujours cette chaleur collante malgré les fenêtres grandes ouvertes.

La salle d'accouchement comprends deux tables, et a coté une pièce est dédiée à la réa bébé, table spéciale, chariot d'urgence, l'équipement est satisfaisant. Une pièce de six lits est dédiée à la surveillance du travail et aux grossesses à risque, et une visite a lieu chaque matin.

Avec un peu de matériel et de moyens il y a des choses à faire ici, car tout est bien établi. Une seule chose nous surprend, et l'équipe B aura la même conclusion en visitant d'autres SONU C : le taux et les indications de césarienne : colossal.

On est entre 60 et 80 % de césariennes ! Nous demandons pourquoi, et presque en chœur on nous répond qu'il s'agit du recrutement, forcément pathologique, d'un SONU C, vrai pour quelques pourcents, mais la politique est de césariser, impression de sécurité ? Rentabilité ? Incertitudes ? Oui lorsque l'on césarise bien, et techniquement il n'y a rien à dire, les suites semblent simples,mais hélas les registres commencent déjà a gonfler de la mention « rupture utérine ». Le taux d'utérus cicatriciels croit chaque année, et vu la parité moyenne au Togo... Ici d'après L'OMS en 2015 les femmes ont en moyenne six fois plus de grossesses qu'en France. Nous relevons par ailleurs les cas de mortalité maternelle, six en tout, et il ne s'agit que de ruptures utérines d'après les registres.

> Nous nous rendons à Aného, l'autre SONU C. Cette ville est parmi les dix plus grosses du Togo.

Nous visitons nos cinq centres, remplissant au maximum notre logiciel SONU, conçu par Philippe Arvis, Administrateur GSF et qui nous fait gagner un temps infini, d'exhaustivité et de précision. A quelques détails près, toujours les mêmes conclusions : du personnel en sous effectif plein d'humanité, manque évident de matériel jetable, mais aussi de formation sur l'hygiène et la stérilité notamment. Techniquement sur les accouchements, les révisions utérines, les extractions, les sage-femmes locales sont formées, les accoucheuses beaucoup moins et la présence d'une sage femme en permanence est indispensable, mais pas toujours possible. Les infrastructures sont suffisantes en taille mais pas en aménagement. La quasi absence de points d'eau est la règle.

A chaque départ de chaque structure le personnel nous convainc de faire venir du matériel, car ils seraient ravis de pouvoir en disposer, leurs patientes, c'est un peu comme leur famille. Tout est noté, de ce que nous observons jusqu'à leur requêtes : pénuries fréquentes, transferts impossibles.

Ainsi nous terminons notre mission, le logiciel et le cœur plein. Le dernier briefing avec les responsables locaux, HI permet d'exposer nos conclusions. Globalement tout le monde s'accorde sur les pénuries de matériel, et là où nous prenions quelques précautions quant aux formations, certains membres locaux, moins soumis que nous à cette précaution, enfoncèrent bien le clou sur ce point. HI s'appuiera sur nos conclusions, en partie, pour établir une liste de points de dépense.

En septembre GSF enverra une équipe sur la région des plateaux, cette fois pour l'ONG PLAN. La différence étant que 27 dispensaires seront examinés cette fois, la sélection n'ayant pas encore eu lieu..

Nous emportons avec nous la quiétude de ce pays, où la sécurité n'a d'égal que la sympathie et l'humanité de ses habitants. Un pays où l'économie est croissante et où beaucoup de chemin reste encore à parcourir, mais la route est initiée, et le temps, de l'aide peuvent ici amener la santé maternelle et infantile aux mêmes rangs et statistiques que ceux des pays développés.

Thomas Charbonnier
Gynécologue Obstétricien
Missionné et adhérent GSF

Mission compagnonnage Togo

Hôpital Saint Jean de Dieu Afagnan Octobre 2015
De l'improbable à l'inoubliable...

Je retiendrai de cette mission encadrée par Gynécologie Sans Frontières, de nombreuses émotions fluctuantes, parfois contradictoires, et finalement une grande satisfaction. Cette mission de compagnonnage (objectifs d'évaluation des besoins matériels et des moyens humains en nombre comme en qualification, d'échange set de transmissions de connaissances et de compétences) fut en effet très intense. Pas évident de se positionner en tant qu'observateur d'abord, au sein d'une équipe de professionnels en attente d'aide concrète matérielle et humaine, immédiatement « soulageante » …

Difficile en effet alors que nombre d'associations et bénévoles aux passages brefs débarquent régulièrement chargés de matériel impressionnant de valeur pécunière et de bras certes motivés mais à la présence éphémères, d'expliquer notre présence pouvant paraître passive afin d'évaluer les vrais besoins et leurs priorités, concernant le matériel, l'organisation, les compétences et connaissances; afin d'optimiser les apports de missions futures. Mais à force d'explications, en étroite collaboration avec le Dr AGBO seule gynécologue-obstétricien de l'établissement, nous sommes finalement parvenus à d'intenses moments d 'échange avec les professionnels qui furent très enrichissants par l'imprévisibilité des besoins identifiés et par la proximité et la complicité qui ont pu parfois se développer au fil des jours entre GSF et l'équipe d'Afagnan.

Devant la demande enfin exprimée de progresser et d'innover dans leurs pratiques courantes, nous avons finalement improvisé des ateliers de formation sommaire en réanimation néonatale, en utilisation de cardiotocographes, et en échographie obstétricale destinée au dépistage de dystocie en salle d'accouchement, à la vérification de la vitalité foetale.

> Ces instants furent inoubliables et resteront gravés à jamais, de part la satisfaction réciproque perçue et perceptible...

Au delà de ces aspects professionnels, cette mission aura été marquée par l'accueil toujours aussi chaleureux de cette Afrique rayonnante de sourires...

Léa Roesch
Sage-Femme
Missionnée et adhérente GSF

Partir en Haïti

Hôpital Isaïe Jeanty - Chancerelles - Port au Prince

«La véritable opposition n'est pas entre les pays, si différents soient-ils, mais entre ceux qui ont l'habitude de vivre sous d'autres latitudes (même dans une condition d'infériorité) et ceux qui n'ont jamais fait face à une culture autre que la leur.»

Dany Laferrière, (écrivain d'origine haïtienne, membre de l'Académie Française)»

J'ai répondu favorablement à la recherche d'un gynécologue-obstétricien pour une mission de Gynécologie Sans Frontières (GSF) en Haïti, par curiosité, mais surtout par une volonté ancienne d'aider, en mettant mes modestes compétences techniques et de formation à la disposition de futurs spécialistes de pays très défavorisés. Ce sont eux qui préfigurent l'avenir sanitaire de leur pays.

Haïti est le plus pauvre des pays occidentaux.

En 2015, 58,5% de la population vit sous le seuil de pauvreté, selon l'estimation de la Banque Mondiale. Les 10 700 000 habitants du pays occupent le 1/3 occidental de l'ile, la plus étendue des Grandes Antilles, après Cuba, à côté de la République Dominicaine, indépendante depuis le XIXème siècle.

L'Histoire d'Haïti est marquée par une succession d'événements déterminants : le massacre des indigènes, l'arrivée des esclaves d'Afrique et les multiples révoltes, les occupations espagnole, française et anglaise, l'instauration de la première République noire indépendante de l'histoire, des luttes internes, entretenues par des intérêts nord-américains ou européens, et au XXème siècle, une gouvernance politique totalitaire, violente et corrompue. Le 12 janvier 2010, le sort s'est de nouveau acharné sur le pays : un séisme de magnitude 7 sur l'échelle de Richter a secoué la région de la capitale, Port au Prince, faisant de très nombreuses victimes et des dégâts matériels considérables dans ce pays aux infrastructures déjà très insuffisantes (près de 220 000 personnes ont perdu la vie dans cette catastrophe, 300 000 autres ont été blessées. Un million et demi d'Haïtiens se sont retrouvés dans les rues, sans aucun abri). Ce passé mouvementé et l'impact très fort de la religion, chrétienne souvent mâtinée de vaudou, ont façonné l'identité haïtienne.

Depuis plusieurs années, Haïti est frappé par une « crise » qui convoque la politique, l'économie et le social, mais aussi la culture :

Crise politique ou institutionnelle :

Après la fin du mandat du président Martelly en février 2016 et l'annulation du premier tour des élections présidentielles pour fraude électorale, l'exécutif est confié, par intérim, à Monsieur Jocelerme Privert, président provisoire, nommé par la chambre haute. Sa mission prioritaire est de mettre en place les élections générales (législative et présidentielle). Les dates viennent, enfin, d'être fixées : 1er tour, le 9 octobre 2016, et 2ème tour, le 8 janvier 2017.

Crise économique et sociale :

Marquée par l'inexistence du tissu productif et l'extension de la précarité. L'aide de la communauté internationale s'est accentuée depuis le séisme de 2010. L'ONU intervient essentiellement sur 2 axes : l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population) qui œuvre en faveur du droit à la santé et à l'égalité des chances pour chaque femme, homme et enfant et la MINUSTAH (Mission des Nations Unies pour la Stabilité en Haïti) qui a mandat d'assurer la sécurité et la stabilité du pays. Mais l'aide peut être directe, matérielle ; c'est notamment le cas des pays d'Amérique du Nord.

Selon les données de la Banque Mondiale, en 2015, le RNB (revenu national brut) par habitant n'est que de 820 USD (8 fois moins qu'en République Dominicaine, et près de 50 fois moins qu'en France). L'inflation est estimée à 8,3%. L'extrême pauvreté aurait cependant baissé de 31% à 24% de la population depuis une décennie. L'estimation modélisée du taux de personnes de plus de 15 ans, en population, ayant un emploi s'accroit lentement, mais régulièrement, depuis 15 ans (61,5% en 2014). Pour obtenir cette tendance, en fonction des richesses du pays, les rémunérations publiques sont basses pour les actifs, ce qui attise les revendications et provoque des mouvements sociaux répétés et prolongés.

Crise culturelle et identitaire :

Fruit de la confrontation entre la marque interne du passé et l'impact externe de la globalisation actuelle. La priorité de la langue créole, la solidarité nationale, le respect des ancêtres et l'empreinte du vaudou fondent l'identité « ayitienne ». De son côté, la mondialisation impose son mode de vie, d'alimentation, d'habillement et de pensée. La synthèse est difficile.

Le système de santé haïtien comprend un secteur public réparti dans tout le pays et un secteur libéral, essentiellement concentré dans les grandes villes. L'hospitalisation publique doit répondre à une demande toujours croissante de patients démunis. Le modèle SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence), appliqué dans plusieurs pays africains, se décline en Haïti en deux niveaux coordonnés : SONU-B (de Base) et SONU-

C (Complets). Aux 7 fonctions de base [(administration parentérale à la mère d'antibiotiques, d'ocytociques, d'anticonvulsivants ; délivrance artificielle du placenta/ révision utérine ; évacuation utérine par aspiration ou curetage ; accouchement instrumental (ventouse – forceps) ; réanimation de base du nouveau-né (Ambu – masque)], le SONU-C ajoute la chirurgie (césarienne) et la possibilité de transfusion sanguine.

La couverture en SONU-B tarde à s'étendre à l'ensemble du territoire. Dans les SONU-C ce sont essentiellement les résidents, médecins en formation de spécialité durant 3 ans, qui assurent l'activité médicale. Ils prennent plusieurs gardes par semaine pour une rémunération mensuelle d'environ 150 USD ; les médecins de service, exercent en clinique privée et consacrent quelques heures par semaine aux consultations hospitalières et aux appels des résidents pour environ 390 USD par mois. Aux dires des résidents, les paiements sont souvent retardés de un à plusieurs mois !

Selon la Banque Mondiale, la mortalité maternelle en Haïti a chuté régulièrement jusqu'à 2011, mais depuis, la courbe reste en plateau. Elle est estimée en 2015 à 359/100 000 naissances vivantes, soit 44 fois le taux de la France et 4 fois celui de son voisin, la République Dominicaine. Les indicateurs néonataux ne sont guère meilleurs. Ces résultats m'ont semblé suffisamment pertinents pour proposer mon aide à ce pays en difficulté.

Fin 2014, 1 an et demi après avoir fait valoir mes droits à la retraite de praticien hospitalier, je reçois de GSF, un courriel m'informant que l'association est à la recherche d'une sage-femme et d'un gynécologue-obstétricien pour une mission en Haïti, dans le cadre du programme Réféchance, élaboré en 2014, par mon confrère et ami nordiste, Denis Therby, et dont l'objectif est de faire de la Maternité ISAÏE JEANTY (MIJ), situé à Chancerelles, quartier défavorisé de Port au Prince, un centre de référence.

C'est ainsi que Michèle Varlet, sage-femme, et moi-même nous retrouvons en Haïti le 3 juin 2015. Notre mission fait suite à celle du 16 au 18 novembre 2014, relatée dans le n°2 de ce journal par Laurence Verfaillie, sage-femme, et s'inscrit dans l'aide à l'évaluation des pratiques professionnelles et la poursuite de la formation dans cet établissement de santé universitaire de gynécologie obstétrique de type SONUC, pratiquant entre 3000 et 4500 accouchements par an. C'est un établissement agréé pour la formation de 33 résidents de spécialité. Il dépend directement du MSPP (Ministère de la Santé Publique et de la Population), qui lui fournit gratuitement certains médicaments (notamment contre les pré-éclampsies sévères et les hémorragies du post-partum, les grandes pourvoyeuses des morts maternelles).

> Les hospitalisées participent aux frais en fonction de leurs revenus, souvent très faibles.

La bouffée d'air chaud qui nous accueille à la descente d'avion à Port au Prince est encore plus suffocante qu'à Pointe à Pitre ou nous avons fait escale 5 heures plus tôt. Le chauffeur habituel des missions GSF, Jean-Felix Saturné, nous accueille, d'une poignée de main ferme, au comptoir de location de voitures.

En cette fin de journée, la lumière semble tamisée : les volutes noires des fumées s'échappant des « pick-ups » et des camions au démarrage des feux du centre-ville et les nuages de poussières soulevés par les véhicules qui tentent de dépasser sur les bas-côtés des rues participent, à l'évidence, à la pollution de l'air. Le taxi se faufile entre des voitures engluées dans des embouteillages interminables et des passants qui empiètent ou traversent, sans prévenir, la rue. Nous atteignons enfin notre hôtel : au signal de notre chauffeur, l'imposante porte métallique s'ouvre, et nous découvrons un vigile armé qui nous salue d'un signe de la main; en nous dirigeant vers la réception, un panneau figurant une mitraillette barrée d'un trait rouge nous « accueille en signe de bienvenue ». La mission commence !

Nous rencontrons les différents acteurs de santé locaux et nationaux et les principales institutions : notamment le directeur général du MSPP et une responsable haïtienne, de l'UNFPA, éblouissante de dynamisme et de réactivité. Durant notre présence à MIJ, nous constatons que le remplissage des recueils de données aux fins d'évaluation est très incomplet ; nous essayons de transmettre, par compagnonnage, notre savoir-faire, aux équipes en salle de naissance et en consultations (cliniques et échographies). Nous remarquons aussi que les salles d'admission et de naissance sont confrontées à une activité importante, avec pathologies fréquentes et graves (avortements spontanés ou non ; éclampsies) dans des locaux ouverts au regard de tous et bruyants. Cette promiscuité et le défaut d'accompagnement individuel du couple mère-enfant lors de l'accouchement n'entrainent apparemment pas de réaction indignée des parturientes.

Les consultations d'échographies sont « monopolisées » par 1 ou 2 résidents seniors, avides de savoir-faire, mais au détriment d'une diffusion élargie. Je remarque l'intérêt que portent tous les résidents à se perfectionner dans ce domaine par la pertinence de leurs questions et l'insistance d'être accompagnés dans la pratique. A la fin de notre séjour, lors du bilan de fin de mission devant les résidents, parmi les thèmes qu'ils souhaitent voir aborder lors des prochaines missions, le dépistage visuel des lésions du col utérin et la formation en échographie sont prioritaires.

Par ailleurs, durant notre séjour, nous sommes marqués par la mort d'une secrétaire de MIJ, victime d'une balle « perdue » dans un tir croisé de deux bandes rivales en ville et, quelques jours plus tard, la survenue de tirs d'armes à feu à proximité de MIJ, source d'un mouvement de foule, cherchant refuge dans la maternité.

> A la fin du séjour, progressivement, insensiblement, l'idée de « revenir » apparait.

Elle enfle dans les semaines suivant le retour. Par la pensée, je revis certaines séquences du séjour qui se bousculent dans toute la palette des sentiments et des émotions : de la moiteur d'une chaleur oppressante de l'après-midi au froid insupportable d'une climatisation déréglée, de la beauté des jardins de l'hôtel à l'horreur des cadavres de fœtus, expulsés durant la nuit dans un coin des salles de naissance, du bruit assourdissant, envahissant, de la maternité au chant joyeux du pipirite annonçant le lever du soleil, du dynamisme et de la réactivité d'une responsable institutionnelle à la nonchalance résignée d'une employée de l'hôpital. En échangeant avec notre collègue de mission, nous pouvons tempérer ou conforter notre jugement.

> Mais, au total, les émotions et les motivations ne sont-elles pas les plus déterminantes dans nos décisions ?

Le retour en France, le 16 juin 2015, ne marque pas la fin de la réflexion. Le doute ne s'efface pas totalement. La confrontation des modes de vie des deux pays, l'évaluation des risques touchant à la sécurité et la santé et les espoirs qu'on peut avoir sur le relèvement de ce pays pèsent dans la décision. Et puis, apparaissent, dans les mois suivants, un manque, celui d'Haiti, et un désir, celui d'y retourner…

Patrice Goeusse
Gynécologue-Obstétricien
Missionné et adhérent GSF

Promouvoir la santé, développer des solidarités, autant de valeurs partagées avec Gynécologie sans Frontières

Harmonie mutuelle
En harmonie avec votre vie

HARMONIE MUTUELLE SOUTIENT GSF

Harmonie Mutuelle soutient GSF et en particulier son programme MADAMAGORE visant à réduire la morbidité et mortalité maternelle à Madagascar par l'amélioration de la prise en charge gynécologique et obstétricale.

Acteur global de santé, Harmonie Mutuelle milite pour l'accès à des soins de qualité pour tous tout au long de la vie. Militant de la solidarité et de l'engagement, Harmonie Mutuelle s'implique auprès de nombreux projets et associations (Fondation Armée du Salut, Emmaüs…) en faveur du handicap ou des plus démunis.

Promouvoir la santé, développer des solidarités, autant de valeurs partagées avec Gynécologie sans Frontières.

Harmonie Mutuelle, c'est plus de 4,3 millions de personnes protégées représentées par 1 730 élus au sein des instances de la mutuelle, 55 000 entreprises adhérentes, 4 600 collaborateurs, plus de 250 agences, 2,5 milliards d'euros de cotisations santé.

www.harmonie-mutuelle.fr

Carte postale de Madagascar

D'Antsiranana à Tuléar , d'une mission à l'autre

Antsirabe, Vatomandry, Brickaville, Antananarivo, Foulpointe, Toamasina et maintenant Toliara et Nosy Boraha autant de noms charmants et lointains qui rappellent nos missions GSF à Madagascar depuis 2008.

Madagascar, Ile Continent, Ile Rouge, 4 eme plus grande ile du monde, légèrement plus étendue que la France avec 20 millions d'habitants, semble flotter entre Asie et Afrique.

Egalement dénommée Ile essentielle, Madagascar est un « résumé du Monde » écrit la cinéaste Emeline Raholiarisoa. L'Asie, l'Afrique et toutes les gammes de mélanges, nés du désir et de l'amour, se lisent dans la couleur des peaux, la forme des yeux et dans les sourires.

> Peu de pays au monde sont aussi profondément métissés que Madagascar.

Classée au 154 eme rang de l'IDH en 2015, indice de développement humain, bien avant Haïti (163) et le Burundi (184), deux autres terrains de missions de GSF de ces dernières années, Madagascar reste toujours à la marge d'une pauvreté endémique où 80% de la population vit de la terre.

L'espérance de vie pour les femmes ne dépasse pas les 60 ans. La mortalité maternelle est toujours aussi élevée (478/100.000) comme celle due au cancer du col utérin (deuxième cause de mortalité).

Ces deux constatations ont poussé GSF à s'investir depuis de nombreuses années sur la « Grande Ile » avec l'aide de quelques partenaires bailleurs pour essayer de combattre ces deux fléaux aggravés par la précarité des moyens humains et financiers et la rareté des structures médicales.

Pour lutter contre les décès dus au cancer du col utérin, nous avons essayé de mettre en place la technique du See and Treat, recommandée par l'OMS pour ces pays en voie de médicalisation, mais aussi décriée dans les publications internationales.

Cette technique consiste en une vision directe du col utérin après application d'Acide Acétique (AA) 5% et si besoin ensuite traitement soit par cryothérapie soit par cold coagulation (électrocoagulation).

Le matériel médical nécessaire a été apporté et donné gracieusement par GSF aux médecins de la délégation régionale de la santé de la région de Atsinanana. Au fil des missions nous avons su améliorer et « contrôler » la technique en pratiquant des prélèvements soit par frottis cervicaux soit par des biopsies, qui ont été lus gracieusement en France par des laboratoires d'anatomopathologie amis, et dont les résultats ont ensuite été envoyés aux médecins Malgaches.

Nous avons vu, deux fois par an, les files d'attente des patientes, dans les centres de santé de base ou dispensaires de brousse, s'allonger pour venir se faire dépister. (photo)

> Quels sont les résultats de ces campagnes de dépistage :

Au total 1615 femmes ont été dépistées. 1369 lors des six missions menées par les expats de GSF et 246 entre nos missions par les médecins malgaches et le personnel infirmier formés mais pas toujours très motivés devant la réticence des patientes voulant être prises en charge uniquement par les vazaha (les blancs étrangers)!

Au cours de l'avant-dernière d'octobre 2015, 240 femmes ont été dépistées, 22 ont eu des cols douteux, tous prélevés, révélant 2 cancers du col (évident cliniquement), un condylome, et une dysplasie moyenne.

La dernière mission en mars-avril 2016, 137 femmes ont encore été dépistées : Aucun cancer évident du col n'a été découvert, 25 FCV ou/et biopsies ont été réalisés sur AA+, col douteux ou suspect (ou pour montrer la technique du prélèvement). Une lésion d'In Situ et deux dysplasies légères. Les résultats ont toujours été communiqués, avec la conduite thérapeutique appropriée et proposée, au médecin malgache, dans la quinzaine suivant notre retour.

Lors des quatre premières missions, 230 femmes ont été traitées par cold coagulation, soit 23%, ce qui semble très élevé. Ce pourcentage a diminué à chaque mission, passant de 39% de femmes traitées par cold coagulation lors de la 1ere mission à 10 % à la dernière!!

Toutes les femmes suspectes de cols anormaux, traitées et contrôlées par des biopsies ont eu en fait… des résultats anatomopathologiques rassurants! Nous devons conclure au « sur traitement » comme il est dit dans beaucoup de publications internationales, décriant cette technique qui n'est pas sans risque par ailleurs (sténose du col, dysménorrhée, infertilité secondaire).

Les risques de « sur traitement » ou de « sous traitement » sont donc très importants lorsqu'ils ne sont pas guidés et validés par des prélèvements au préalable. Apres cette constatation objective et une réflexion éthique collégiale, s'inspirant des principes de bienfaisance, de non malfaisance, de justice et d'autonomie, que nous a inculqués le Pr Jean François Mattei, nous avons décidé de modifier notre engagement à Madagascar. En effet les cancers invasifs du col diagnostiqués sont trop avancés pour être pris en charge sur place correctement et avec succès. Il n'y a aucune structure médicale sur la Grande Ile pouvant pratiquer les thérapies classiques des cancers du col et la population pauvre en très grande précarité ne peut aller se faire soigner… à la Réunion où vont quelques privilégiées.

Il s'agissait d'un projet certes généreux et ambitieux mais dont le résultat a été très moyen, avec un bénéfice moindre pour la population malgache et d'un cout très élevé.

> Nos certitudes « humanitaires » ont ainsi été ébranlées et nous avons décidé d'arrêter ce type de mission, rappelant que ce doit être toujours en premier l'intérêt des patientes qui doit primer et non celui des bailleurs ou des «expats».

Alors nous avons décidé de nous réorienter vers une nouvelle mission, sur l'ile de Ste Marie, (Nosy Boraha) petite ile de la côte Nord-est de Madagascar (50Km X 6Km) dans 3 structures de Santé: le Pôle de Santé Solidaire aidée par la fondation Andzaha, la petite maternité tenue par des sœurs des Filles de Marie et l'hôpital de district.

Cette ile sous ses aspects parfois paradisiaques cache cependant les mêmes incertitudes et les mêmes injustices que celles de la « Grande ile » mais il y règne une certaine complémentarité et une grande solidarité entre les structures médicales, sans doute dues à l'insularité.

20 000 habitants, 450 naissances par an dont plus de la moitié en brousse par les matrones ou dans les centres de santé de base. Cette collaboration franche, équitable entre ces trois entités, sans concurrence, avec plutôt un esprit de complémentarité, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt des femmes nous a poussés à nous investir sur la durée. Nous y avons retrouvé l'esprit des solidarités familiales et villageoises ancestrales malgaches, évitant la fracture sociale.

Seul point noir « l'enfermement sur l'ile», l'insularité des femmes lorsque le seul chirurgien, comme actuellement, est indisponible pour des semaines voire des mois;

> Personne sur l'île n'est officiellement qualifié pour faire les césariennes!

Quant au problème majeur des évacuations sanitaires il est très souvent insoluble dans l'urgence, faute de moyens humains, financiers, aériens ou maritimes. Si pour nous Ste Marie a des allures de paradis, pour les médecins malgaches des hauts plateaux (Tananarive) cela peut correspondre à un exil et de ce fait ils ne sont pas «emballés» par une mutation sur l'ile.

Nous avons instaurés sur Ste Marie à la fin de l'hiver austral, en octobre 2015, et en mars 2016 avec le Dr Emilien, médecin du Pôle de Santé Solidaire, un compagnonnage au quotidien, à la fois pour le dépistage des cols utérins, les consultations de gynécologie obstétrique et les échographies avec un matériel excellent et portable.

En avril 2016, GSF restant très attaché à Madagascar, nous avons lancé un autre projet avec une mission exploratoire de chirurgie, de consultations gynécologiques et d' obstétrique, à Toliara (Tuléar), 2 millions d'habitants, sur la côte sud-ouest de Madagascar, au CHU Antanambao dans le service du Pr Sonia Fenomenana.

Cette dernière travaille pratiquement seule, assurant avec les sages-femmes (8) près de 1000 naissances par an et environ 300 césariennes dans une chaleur souvent étouffante.

Dans cette région comme partout à Madagascar, beaucoup trop de femmes accouchent à leur domicile avec les matrones (60 à 70 %) et n'ont recours au CHU que lorsque l'accouchement se complique très gravement pour la mère et l'enfant.

Il est souvent trop tard ! Dans cette région une femme sur 120 va mourir, en essayant de donner la vie, après des hémorragies non contrôlables ou après les complications des crises d'éclampsie. Tout ceci est dû à l'absence de consultation prénatale pour les grossesses pathologiques, à un retard de référence ou d'évacuation vers le centre de soins approprié et surtout à la pauvreté.

Le nombre de femmes qui décèdent du fait de leur accouchement est 100 fois plus élevé à Madagascar qu'en Europe. A Madagascar, les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement, représentent la 3ème cause de mortalité dans les hôpitaux, notamment par manque de personnel capable de réaliser des interventions chirurgicales et obstétricales d'urgence.

> Plus de 50% des femmes de 15-19 ans ont déjà eu une naissance. La prévalence contraceptive est de seulement 29% à Madagascar.

Apres cette mission d'avril 2016, nous avons décidé de répondre à la demande des équipes médicales malgaches de Tuléar, de poursuivre notre engagement et de renforcer l'enseignement SONU, avec les acteurs de santé dans les centres de santé de base, les hôpitaux de district, et les deux CHU de Toliara.

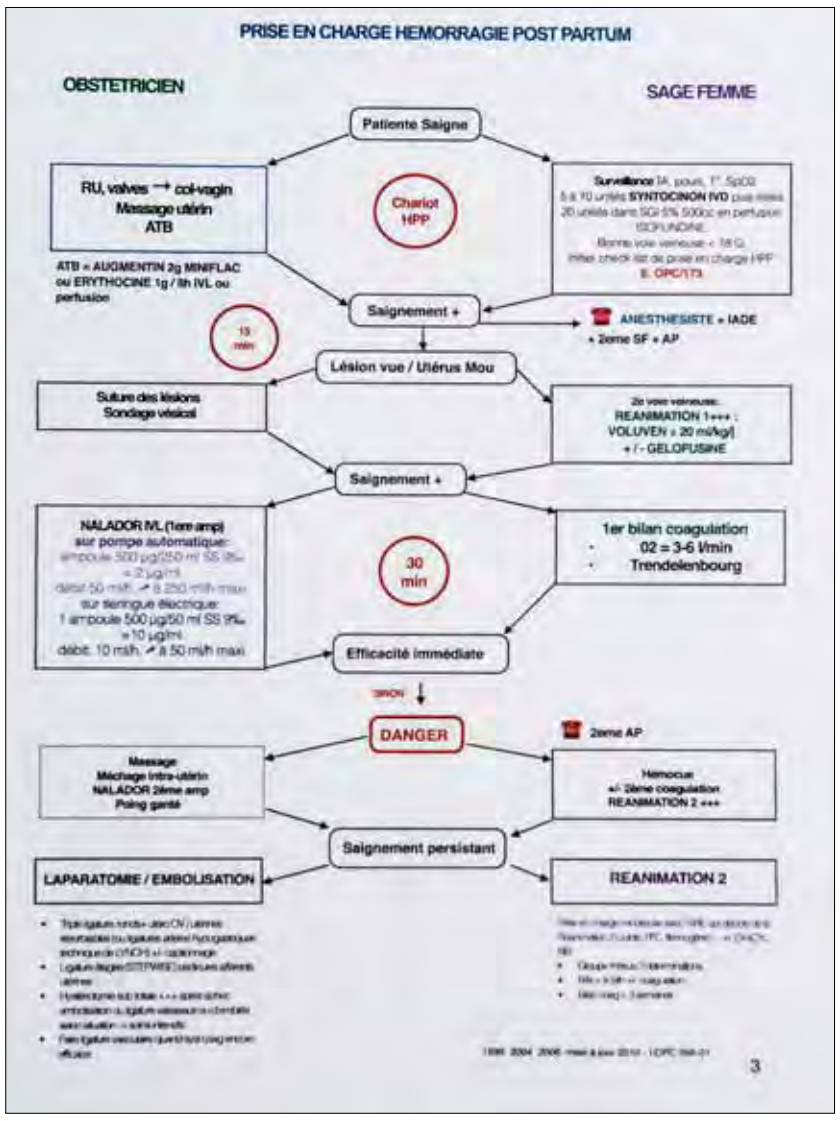
Au sein du CHU, nous allons installer un compagnonnage chirurgical pour la formation à la chirurgie voie basse (hystérectomie voie basse et cure de prolapsus, chirurgie des fistules) et la coelio-chirurgie. Ce programme, actuellement en finalisation de financement, est baptisé « MADAMAGORE », « Amélioration de la mortalité – morbidité maternelle par la prise en charge gynéco-obstétricale en réseau de soins maternels et infantiles à Madagascar». Il débutera en janvier 2017 avec deux missions par an de 6 expatriés (médecins, sages-femmes, et infirmières), pendant trois ans.

Le chemin est encore long, c'est le début d'une nouvelle aventure au pays des sourires éternels, où l'accueil et la gentillesse des malgaches n'ont d'égal que leur bonheur de nous accueillir en partenaires respectueux de leurs différences.

Serge Boyer
Gynécologue-Obstétricien
Secrétaire Général GSF

Le méchage intra-utérin dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum

Quand ? Pourquoi ? Comment et pour quel résultat ?



Introduction

L'hémorragie du post-partum (HPP) demeure la première cause de de mortalité maternelle dans le monde [1]. La stratégie de prise en charge (PEC) varie selon les conditions et l'environnement médical. Les moyens à utiliser s'enrichissent régulièrement et en 2014, le collège national du gynécologie-obstétrique français (CNGOF) reconnaissait l'utilisation du tamponnement comme un moyen contribuant à l'arrêt de l'HPP [2].

Nous rappelons notre stratégie de PEC et présentons la technique du méchage, moyen de tamponnement peu coûteux pour tous de par le monde, puis terminerons par nos résultats.

Stratégie de prise en charge de l'HPP

L'HPP se définit comme une perte de sang d'au moins 500 CC après l'accouchement.

Les recommandations de PEC définies par les sociétés savantes sont disponibles [2, 3]. Il est souhaitable que chaque équipe les décline selon ses conditions, son environnement et ses moyens. L'objectif demeure le même : arrêter l'hémorragie qui menace et met en danger la vie la parturiente.

Pré-requis : l'équipe

Rappelons que pour être efficace, la PEC doit être collégiale réunissant:

- Sage femme (SF), première actrice sur le lieu d'accouchement qui pose le diagnostic et note ou fait noter l'heure du début de l'HPP, prodigue les premiers soins et fait appeler du secours, une deuxième SF

- Médecin accoucheur ou Gynécologue Obstétricien, qui une fois sur les lieux, recherche la cause, agit et donne des directives.

- Anesthésiste Réanimateur (AR), le Médecin (MAR) et l'Infirmier AR ou l'un ou l'autre selon les contextes, doit être présent, jouer son rôle de réanimateur après avoir pratiqué les moyens d'analgésie et d'anesthésie. Il travaille en échangeant de façon fréquente avec le groupe obstétrical.

- Auxiliaire de puériculture ou aide soignante selon, habituée à accompagner la sage femme pendant l'accouchement.

- Le biologiste est alerté sur son site. Il analyse les bilans demandés et apprête les produits sanguins de réanimation, à défaut d'une structure dédiée au sang de type établissement français de sang - EFS - en France.

Pré-requis : l'équipement

Dans notre expérience, nous avons rassemblé dans un chariot spécial intitulé « chariot HPP » tout le matériel de prise charge de l'hémorragie du post-partum immédiat, en dehors des drogues mis dans un environnement frais.

Dans ce chariot nous avons la composition suivante (voir Fig). Le minimum requis dans le chariot pour une meilleure prise en charge l'HPP (coté GO et SF) est :

- matériel de perfusion des macromolécules avec aiguille de gros calibre et macromolécules pour permettre une perfusion rapide.

- des valves pour permettre un examen minutieux des voix génitales,

- des gants,

- des pinces de Museux (quatre), pour a priori permettre deux types de geste : saisie rotation tension du col «dans le but de diminuer le débit des artères utérines », méchage intra-utérin très pratique dans notre équipe.

- des mèches, en quantité suffisante. En prévoir une dizaine à chaque fois, sachant que la moyenne d'utilisation est de quatre.

- une bonne table d'accouchement est souhaitable permettant la mise en position de Trendelenbourg.

Pré-requis : formation continue et sensibilisation de l'équipe

La formation des sages femmes et des médecins accoucheurs doit insister sur cette première cause de la mortalité maternelle qu'est l'HPP [1].

Il est également indispensable de penser à une formation continue de l'équipe après l'initiale qui est individuelle et souvent reste théorique.

Dans notre expérience, nous sollicitons les réflexes de toutes les personnes prenant en charge l'accouchement. Nous mettons en place un atelier de simulation de prise charge de l'hémorragie du post-partum immédiat tous les six mois, avec la présence de tous les acteurs précités, hors anesthésistes.

Des réunions de morbi mortalité sont tenues suite à un éventuel cas clinique déclaré, avec la présence du MAR.

Pré-requis : Rédaction d'un protocole de prise en charge

Rédiger un protocole de prise en charge en tenant compte les réalités rencontrées sur le terrain est gage de succès. Les éléments nécessaires à prendre en compte pour cette rédaction sont disponibles dans les recommandations.

La particularité de notre protocole que nous reproduisons ci-après [fig 1: Protocole de prise en charge de l'hémorragie du post-partum du centre hospitalier de Bagnols sur Cèze.] est de répondre à une question qui nous semble fondamentale: qui fait quoi lorsque ça saigne?

Ainsi dans notre protocole nous avons déterminé une ligne de réflexion destinée à la sage-femme, une ligne destinée au gynécologue, et la rédaction du rôle joué par l'auxiliaire de puériculture. Les séquences de prise en charge par l'anesthésiste sont connues de cette équipe.

L'avantage d'une telle déclinaison est l'absence de panique qui règnerait en salle d'accouchement, l'obtention du nécessaire silence avec concentration de chacun qui sait ce qu'il a à faire, et connait les gestes à faire.

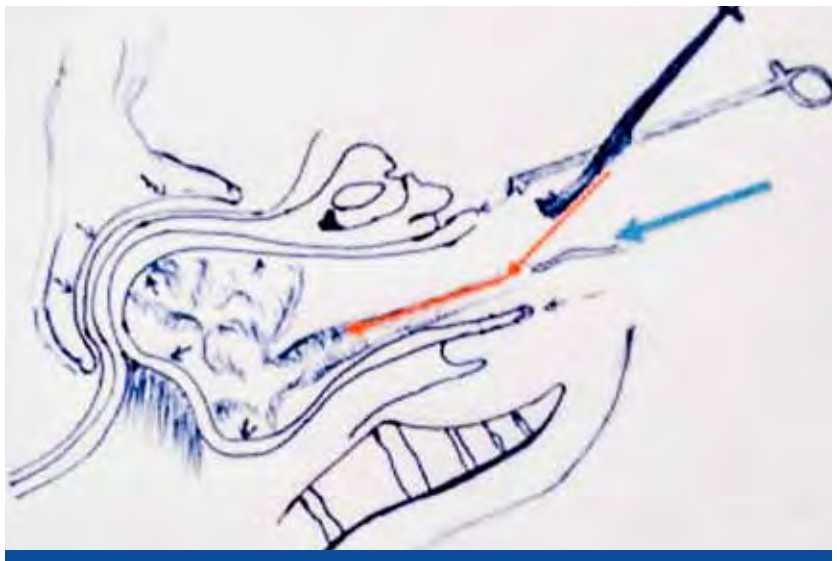


Figure 2 : Schéma de méchage utérin. Sens d'introduction des mèches : flèches bleues (en général) et rouges (après césarienne).

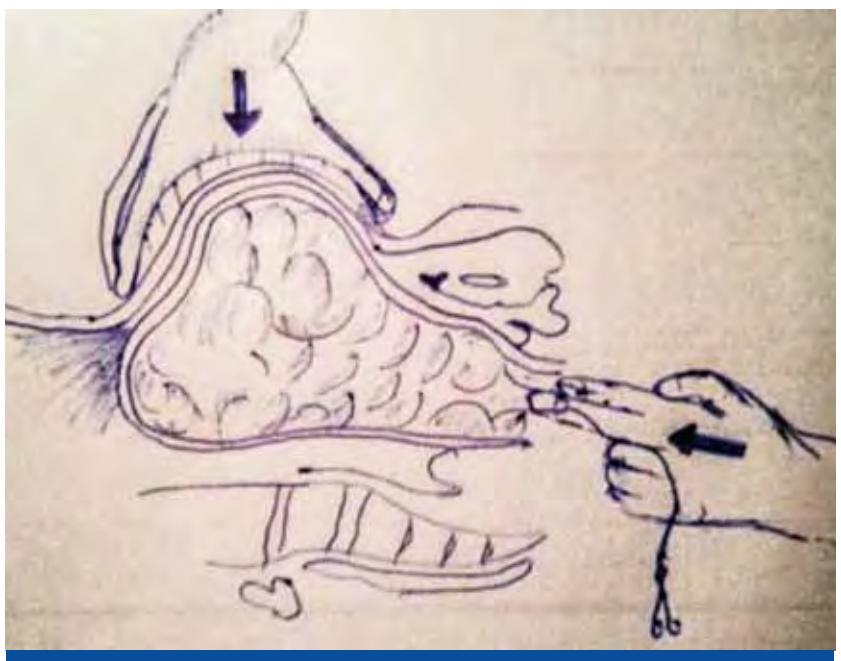


Figure 3 : Toucher bi-manuel avec pression.

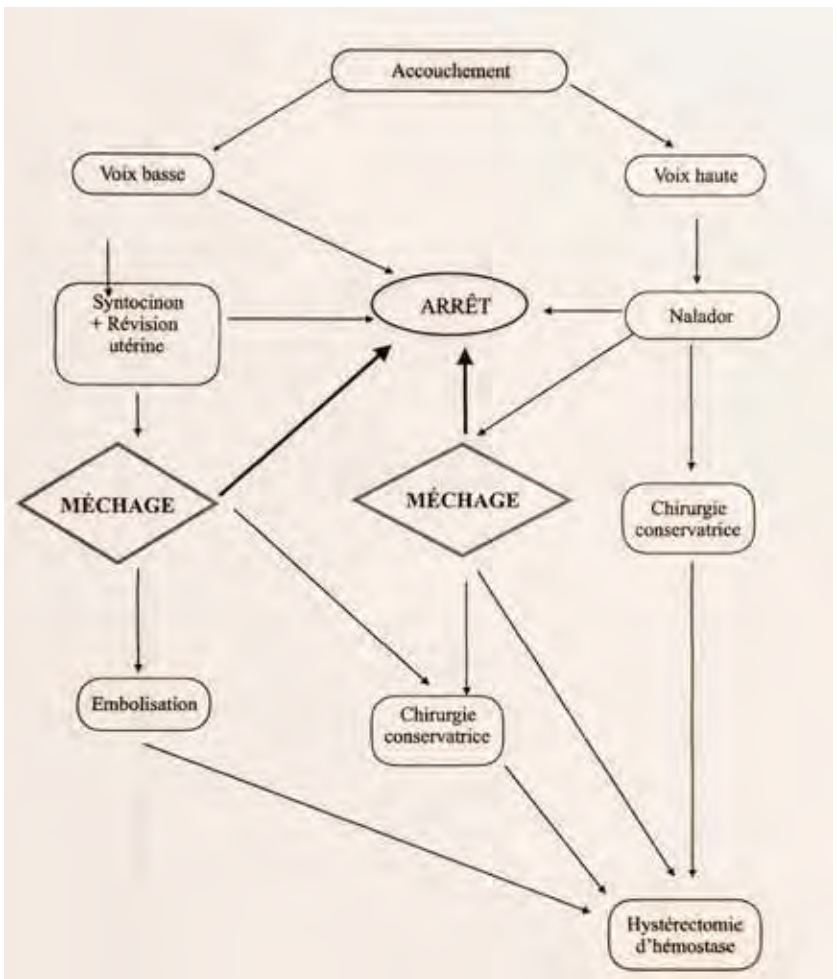


Figure 4 : Inclusion du méchage dans la stratégie

TECHNIQUE DE MÉCHAGE INTRA-UTÉRIN.

Plusieurs mèches sont disponibles. Nous retenons comme caractéristiques suivantes : uni-mèches de gaze hydrophile de coton ourlé, ayant à la base, un fil repère de polyester tressé; dimensions de 90cm de long × 6,5cm de large / 70 X 5 cm. Le coût moyen à l'unité est de moins de 4€ soit moins de 2625 F CFA. (Ercemèche® de Péters surgical, Unimèche® Euro-Pharmat B.Braun). 4 mèches en moyenne par patiente.

Sous anesthésie péridurale (APD) ou anesthésie générale (en cas d'absence ou d'inefficacité de l'APD), position gynécologique, désinfection du vagin à la Bétadine® 10%. Traction du col à l'aide de 4pinces de Museux, assurant une bonne préhension du col. On tamponne la cavité utérine (Fig. 2) dont l'intégrité est vérifiée, libérée de débris et caillots. Du fond utérin jusqu'au col, on introduit grâce à une pince longuette (axe utérus, flèche bleue), mèche après mèche, en tamponnant minutieusement toute la cavité utérine. Le fil repère de la mèche est laissée sur pince. Le fond utérin est maintenu par l'autre main opératrice ou par une main aidée.

Un toucher-pression associé au maintien abdominal de l'utérus (Fig. 3) termine la fin du méchage intra-utérin en poussant fortement les mèches dans le fond utérin. Une ou deux compresses intra-vaginales assurent une pression vagino-utérine.

La sulprostone (Nalador®) 2 ampoules est poursuivie, relayée par de l'ocytocine (Syntocynon®) 10 unités. Une antibiothérapie à large spectre type amoxicilline - acide clavulanique est administrée tant que les mèches sont en place (2 g pendant la pose des mèches puis 1 g toutes les 6 heures) et poursuivie 1 ou 2 jours après ablation des mèches, à la posologie de 3 g par jour. Surveillance clinique continue, par la sage femme au bloc obstétrical (salle de réveil ou en réanimation si transfusion de plusieurs culots nécessaire. Ce n'est pas le cas dans notre cohorte).

Surveillance clinique durant au moins 6 heures (jusqu'à la fin du deuxième flacon de sulprostone) à 10 heures, le temps du relai par l'ocytocine. La patiente est ensuite ramenée dans sa chambre et y demeure jusqu'au retrait des mèches. Ablation complète des mèches après 12 à 24 h, en 3 à 5 minutes, et selon le contexte, simplement avec ou sans analgésie, anesthésie, toujours en salle d'accouchement. Pas de contrôle échographique nécessaire pendant ou après la pose des mèches. Pas d'hystérographie à distance.

Dans le cas particulier d'HPP en post-césarienne, si l'indication de méchage est retenue (après exclusion d'une mauvaise suture, d'une lésion), la mèche est portée dans la cavité utérine par la pince longuette. Le bout porteur de mèche est orienté en direction de la face postérieure de l'utérus (flèche rouge sur Fig. 2), vers le fond. On évite ainsi le frottement de la paroi antérieure porteuse de l'utérotomie et le risque de désunion.

Nous pratiquons le tamponnement intra-utérin après constat de l'inefficacité des mesures thérapeutiques habituelles à savoir : l'utilisation de l'ocytocine, l'exploration de la filière génitale, la révision utérine, le massage utérin, l'utilisation du Nalador®. Sur la Fig. 3, nous montrons de façon générale et schématiquement à quel moment nous décidons de mécher.

En cas de césarienne, nous distinguons deux situations :

- **hémorragie en per-césarienne** avec atonie utérine : nous appliquons d'emblée le traitement chirurgical conservateur (capitonnage, suture vasculaire élective, technique de B Lynch);
- **hémorragie en post-césarienne,** après fermeture de la paroi : après avoir exclu une lésion mal suturée, nous pratiquons le méchage.

LE DÉMÉCHAGE

Celui-ci est réalisé dans notre série entre 12 et 24 heures après sa mise en place, le plus souvent sans analgésie ou anesthésie, parfois sous protoxyde d'azote-oxygène ou encore sous une courte anesthésie générale. Le moyen choisi est subjectif et dépend de l'opérateur, de l'état de la patiente (asthénie, stress, appréhension, peur), du déroulement de la PEC de l'HPP (complexité, importance des pertes et retentissement clinique), de la crainte d'une éventuelle reprise hémorragique.

L'ablation des mèches est simple, rapide et sans difficulté. De la plus externe à la plus profonde, on tire sur le fils repère puis la mèche. Un peu de saignement cervical peut être observé. Tamponner simplement et vérifier pendant quelques 15 secondes son arrêt.

NOS RÉSULTATS

Nous présentons directement les résultats spécifiques liés à la technique. Dans une étude précédente [4] nous présentons les caractéristiques générales de la population présentant une HPP qui ne changent pas ici malgré une période retenue plus longue (9 ans vs 4 ans) et qui restent comparables à la littérature.

Population

Notre étude est rétrospective et elle évalue la prise en charge d'une cohorte exhaustive de parturientes qui ont présenté une HPP sur une période de 9 ans allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2015.
Nous excluons les hémorragies des parties molles, et retenons les seules hémorragies d'origine utérine.
7708 accouchements s'y sont déroulés, avec 359 cas d'hémorragie du post-partum immédiat soit 4,66 % dont 4% par voie basse 313 et 0,6 % par voie haute 46.

Terrain

La maternité est dotée d'un service de néonatologie - pédiatrie prenant en charge des naissances à partir de 33 semaines d'aménorrhée. Les praticiens hospitaliers sont en astreinte opérationnelle, en dehors des praticiens anesthésistes réanimateurs qui sont en garde sur place.

Le service est reconnu par l'université Montpellier formatrice des DES en gynécologie obstétrique et des médecins spécialistes étrangers en formation en France.

Prise en charge de l'HPP et place du méchage

La prise en charge est conforme aux recommandations de pratique clinique (RPC) du Collège National du Gynécologie et obstétrique français CNGOF), au protocole et à une organisation de notre service.

Malgré les gestes thérapeutiques mis en place par une équipe complète de sage-femme, gynécologue et anesthésiste-réanimateur, en cas de persistance de l'HPP et après utilisation des prostaglandines, nous débutons le méchage intra-utérin [Figure 4]

Le succès de la prise en charge est défini par l'arrêt des saignements, pendant et/ou immédiatement après la pose complète des mèches, constaté par l'opérateur et par la stabilité clinique (tension artérielle, pouls, température), sans reprise ultérieure. Quant à l'échec, il est défini par la persistance des pertes sanguines au- delà de la pose des mèches, avec instabilité clinique (TA, pouls), voire par le recours à un traitement supplémentaire (technique chirurgicale conservatrice, embolisation ou hystérectomie).

Après arrêt du saignement par les mèches, nous préconisons de poursuivre l'utérotonique selon le type disponible, sulprostone (Nalador®) relayée par l'ocytocine (Syntocynon®) ou l'ocytocine seule jusqu'à l'ablation des mèches. Une couverture d'antibiotique à large spectre type amoxicilline - acide clavulanique est administrée tant que les mèches sont en place (2 g pendant la pose puis 1g/6h).
En cas de césarienne, deux cas de figure:

- L'hémorragie se manifeste durant la césarienne, les techniques chirurgicales sont utilisées : (capitonnage, suture vasculaire élective, technique de B Lynch);
- L'hémorragie se manifeste après la fin de la césarienne, nous utilisons le méchage. L'orientation des mèches, vers la paroi postérieure dans ce cas, évite le frottement de l'utérotomie suturée (flèche rouge, fig. 2).

Nos chiffres

Dans notre étude précédente [4], nous détaillons les caractéristiques générales de notre population étudiée.
Ci après nous présentons les résultats du méchage réalisé durant la période étudiée.
Nous détaillons sur la Fig. 5, la prise en charge globale de nos 359 parturientes. Elle se fait selon les RPC et, le tamponnement ici est exclusivement le méchage.

Malgré une plus grande population étudiée par rapport à notre précédente cohorte [4], les caractéristiques générales sont proportionnellement les mêmes avec,

- Étiologie à l'origine hémorragie, atonie : 232 cas (64,53%), rétention placentaire : 106 cas (29,43%), autres: 21 (5,84%) dont 2 cas de placenta acréta.
- Nombre de mèches utilisées est très variable, allant de 2 à 9. Pour les 130 patientes méchées; on compte une moyenne de 4 à 5 mèches par patiente.

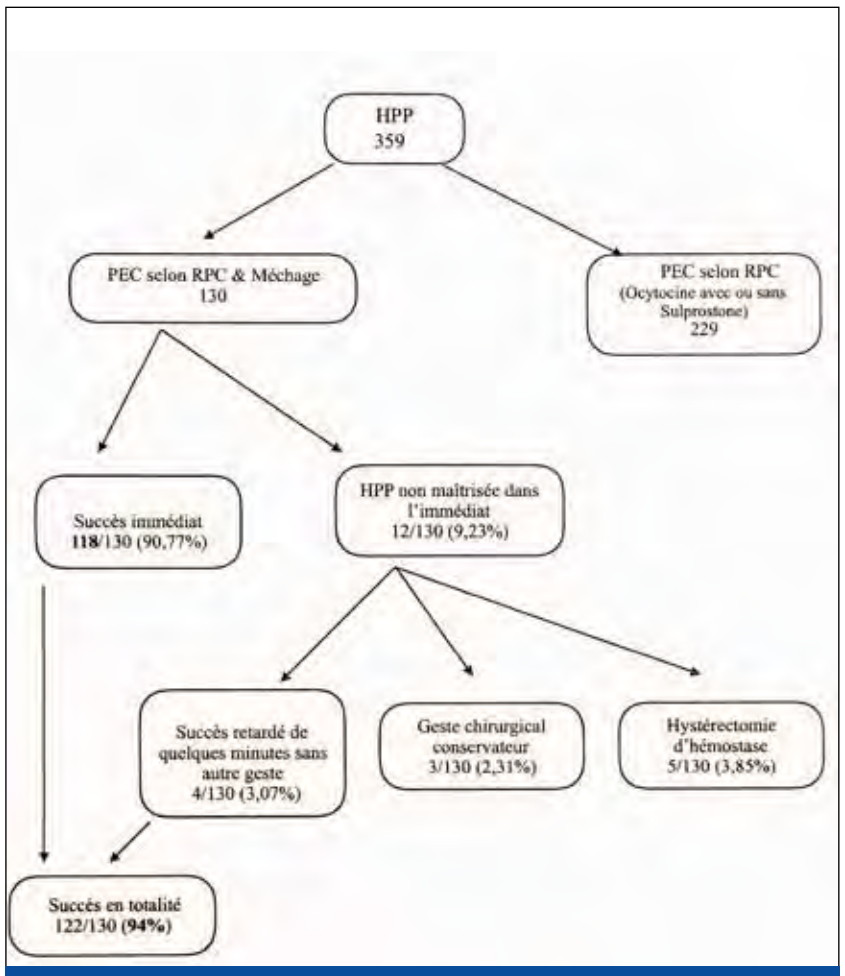


Figure 5 : Succès, échec de la prise en charge de

Déméchage

L'ablation des mèches posées à nos 130 patientes s'est faite sans aucune difficulté au bout de 12 à 24H. Simple et rapide elle dure entre une et trois minutes. Dans un cas de placenta acréta, l'ablation des mèches s'est faite après cinq jours. Dans notre série aucune reprise du saignement n'est constatée.

Devenir à long terme gynécologique et obstétrical des patientes méchées
Toutes les patientes ont été revues un mois et demi à deux mois après l'accouchement. Aucun signe fonctionnel n'est noté suite au méchage.

Une étude en cours dans le service sur la réalisation d'une hystéroscopie diagnostique après méchage, nous permettra de démontrer l'absence de synéchie post-traumatique suite à ce geste.

Comme dans nôtre étude précédente, des grossesses sont obtenues par la suite sans aucune difficulté : 59 cas de grossesses post-méchage.

COMMENTAIRES

Nous pratiquons le tamponnement intra-utérin après avoir constaté l'inefficacité des mesures thérapeutiques habituelles à savoir : l'utilisation de l'ocytocine, l'exploration de la filière génitale et suture, la révision utérine, le massage utérin, l'utilisation du Nalador®. Sur la Fig. 4, nous montrons de façon générale et schématiquement à quel moment nous décidons de mécher.
Bien que pour certains, l'utilisation du tamponnement doit être laissé à l'appréciation de chaque praticien et ne doit pas retarder la mise en œuvre des mesures invasives [2], donc chirurgicales, nous affirmons :
…on utilisation doit se faire systématiquement, par méchage intra-utérin, afin d'éviter dans 94% des cas, les mesures chirurgicales qui peuvent être très lourdes. Notre expérience assez longue, qui remonte à avant 1999, le démontre [4]. Beaucoup d'auteurs par le passé sont de cet avis [5,6,7].

Nous affirmons aussi, l'efficacité globale de ce moyen qui a un taux de succès important, avec une rapidité de l'arrêt des saignements, une économie de sang pour la patiente en raison de l'arrêt de l'hémorragie et une meilleure gestion du stress de

L'équipe

L'intérêt médico économique est très grande : le coût des mèches est faible, accessible pour les populations plus modestes, peu de transfusion, absence ou très peu de transfert, absence de morbidité induite par les mèches.

Une stabilité clinique immédiate est constatée peu après la pose des mèches. Ce qui dément la crainte de saignement occulte.[8]
Les mèches sont souillées mais restent souvent peu alourdies de sang à l'ablation.

Délai avant méchage

Nous procédons au méchage dès lors que persiste l'hémorragie malgré une prise en charge vigoureuse jusqu'à l'utilisation du Nalador, et environ une dizaine de minutes après le début de ce dernier et selon le débit de l'HPP.

Retarder la mise en place des mesures correctives adaptées est source de complications.

Lorsqu'on ignore l'heure du début de l'hémorragie, il est indispensable de mettre en œuvre d'emblée une prise charge vigoureuse la plus adaptée pour la patiente avec utilisation des prostaglandines (si disponibles) puis/ou de l'ocytocine ainsi que le tamponnement par méchage si nécessaire.

Technique du méchage

Techniquement, les mèches sont introduites les unes après les autres tant qu'il y a saignement et de l'espace dans la cavité utérine.

La pratique du méchage utérin nécessite un apprentissage simple et rapide. Nous utilisons les mèches après la vérification habituelle des causes de saignement (évacuation utérine incomplète, lésions des parties molles, voire rupture utérine). Cette étape est soigneuse, active et ordonnée. L'introduction intra-utérine des mèches s'achève par un toucher bi manuel, puis est renforcée par un bourrage vaginal avec des mèches ou de grandes compresses.

Des précautions périphériques sont prises : une sonde urinaire à demeure et une perfusion d'utérotoniques; un poids abdominal posé sur l'utérus, classiquement utilisé, assure une contre pression pouvant être bénéfique, mais n'est pas indispensable.

Succès et échec

La pression du bourrage intra-utérin et la contre pression due aux contractions utérines physiologiques ou induites par des utero-toniques associés participent à l'arrêt du saignement.

L'arrêt du saignement est immédiat et constaté par l'absence de perte sanguine et la stabilité clinique.

La surveillance des patientes est simple, basée sur le contrôle des pertes (rares ou moindres, souillant légèrement les compresses vaginales) et la clinique (douleur, tension artérielle, pouls, température qui sont stables, urines).

Le déméchage est fait après 24 heures.

Aucun bilan biologique n'est pratiqué après la pose des mèches. Celui-ci est réalisé après le déméchage. À l'ablation, les mèches sont plus ou moins alourdies, souillées avec des caillots épars accrochés aux fibres.

Nous observons un taux d'efficacité élevé comme dans plus de 1000 cas de méchage cités dans littérature que nous rappelons [4], où le contrôle de l'hémorragie après méchage fut un succès.

C'est une méthode de qui a fait ses preuves dans le passé et devait rester disponible dans des lieux prenant en charge l'accouchement, permettre d'éviter des complications inutiles liées à l'hémorragie du post-partum et sécuriser un transfert vers des zones de meilleure prise en charge.

Avenir des patientes.

Aucune complication n'est notée, et de nombreux cas de grossesses constatés.

Conclusion

Le méchage intra-utérin est un moyen très utile qui a une place particulière dans l'arsenal de prise en charge de l'HPP. Elle est facile à mettre en place, et à maîtriser. Efficace, elle est sans risque pour la patiente et économiquement peu onéreuse. Elle est très utilisée dans notre équipe et se révèle efficace et rassurante.

Makosso M, et al. Le méchage intra-utérin : utilité et place dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat. À propos de 99 cas. L'expérience d'un centre hospitalier français de niveau 2 A. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2014), http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.12.010

Mathieu MAKOSSO
Gynécologue-Obstétricien
Chef de service
Chef de Pôle Femme Mère Enfant
Centre Hospitalier de BAGNOLS SUR CEZE
Avenue Alphonse Daudet
30200 BAGNOLS SUR CEZE
Missionné et adhérent GSF

«Femmes, je vous aime...» Un livre photos sur les femmes, un combat, un don pour GSF !

« L'intimité des femmes: grossesse, accouchement, ménopause aura été l'objet de toute mon attention, toute ma vie.
Chacune de ces étapes féminines fut l'occasion de moments de crainte, de moments de Joie.
Depuis 2010, grâce à Gynécologie Sans Frontières, j'ai découvert une autre façon d'aimer les femmes ...
En luttant contre la mortalité maternelle liée aux accouchements, en enseignant la prise en charge des fistules et des complications handicapantes liées à la naissance,

En luttant contre les pratiques ancestrales et culturelles de l'excision, du repassage des seins et des autres mutilations sexuelles féminines,
En dénonçant les mariages précoces, les grossesses des adolescentes,
En sensibilisant les professionnels, notamment de santé, à la lutte et à la prise en charge des violences faites aux femmes intra-familiales et professionnelles,
En refusant l'impunité aux viols collectifs ou utilisés comme armes de guerre,
En demandant simplement le droit à l'égalité et le droit au respect pourchacune de ces femmes,

Beaucoup de ces femmes croisées dans ma vie et présentes dans ce livre ont été victimes de violence,
Chacune de ces femmes exprimait pourtant simplement le bonheur d'être une femme, la joie d'être une mère.»

Claude Rosenthal
Femmes, je vous aime...

Un livre coûtant 35 € et dont l'intégralité des bénéfices sera reversé à l'association Gynécologie Sans Frontières

Rogé Cavaillès soutient Gynécologie Sans Frontières

Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire en immersion

Brive La Gaillarde - Beynat 13 - 17 juin 2016 - 4 témoignages

La Formation en Gynécologie Obstétrique humanitaire s'est déroulée du 13 au 17 juin dans la région de Brive La Gaillarde.
Jamais le mot immersion n'a pris autant de force avec sa double signification :

Il a plu sans discontinuer pendant les 5 jours, jours et nuits : Un seul arc en ciel du lundi au vendredi.

> Nous étions tous ensemble, participants et formateurs sur le même site partageant les heures de travail, de repas et de répit, perdus dans la nature de la verte Corrèze, aux Hameaux de Miel.

Nous souhaitions ainsi nous mettre dans des conditions de missions et permettre un prolongement des échanges, en dehors des heures de cours.

Malgré le temps cela a été une succession de moments sympathiques. Des orateurs brillants, des rencontres exceptionnelles, des moments intenses de travail et de réflexion, des fous rires et une joie réelle d'être ensemble..
La chance a voulu que parmi les participants deux africains, nous donnent leur point de vue sur « l'humanitaire » : Grands moments d'échanges et de vérité.

Chaque déjeuner, chaque diner a été l'occasion de continuer les conversations. La soirée du mercredi soir fut conviviale et réussie avec des musiciens bénévoles corréziens conduit par notre confrère Remi Boudet, le magnifique et performant couple Forveille et notre ami Thierry Harvey.

Quelques témoignages de cette « grande FGOH » :

« En juin dernier, j'ai participé en temps que sage femme avec beaucoup d'intérêt à la FGOH à Brive dispensée par GSF. Cette semaine a été pour moi d'une très grande richesse au niveau de la qualité, du contenu et de la diversité des interventions et des intervenants.

> *La formule en immersion a permis à notre petit groupe de sages-femmes et médecins d'origine géographique et professionnelle très diverses d'échanger facilement et simplement entre-nous ainsi qu'avec les membres de GSF.*

La semaine a été intense avec un programme chargé sans temps mort, si bien que pendant 5 jours nous avons baigné joyeusement et exclusivement dans l'ambiance de l'aide humanitaire. Pour diversifier et donner un peu de mouvement, peut être aurait-il été bien en début de semaine de faire quelques petits exercices de groupe, car il est plus facile de s'exprimer et de communiquer en nombre restreint. Selon les caractères de chacun, il faut quelques fois un peu de temps pour entrer dans le groupe.

L'organisation et l'accueil très convivial étaient parfaits. Sur ce point un grand merci à Elisabeth et Roselyne, car même, sans nous connaître, je crois que l'attribution des chalets pour deux ou trois était particulièrement approprié, et, de l'arrivée à Beynat jusqu'au départ tout était facile. Malgré une météo très humide, le centre de Beynat en pleine nature était très agréable et la petite pause détente à la piscine du centre en milieu de semaine vraiment appréciable.

Enfin merci à toute l'équipe GSF de nous avoir fait partager par ces enseignements et discussions leurs expériences, leur engagement, leurs valeurs pour à notre tour, nous projeter dans le monde ô combien nécessaire de l'aide humanitaire.»

Isabelle

« Cette semaine de formation du côté de Brive reste après quelques mois comme une parenthèse importante dans ma vie, et dans mes choix. Trente ans d'exercice de ce magique «métier de chien», une curiosité intacte pour chaque femme rencontrée, une immense envie de partage, et puis déjà des échanges avec des professionnels d'autres pays. Voilà ce qui avait un peu motivée ma venue à la FGOH. Il fallait que je trouve un espace pour recevoir de l'information, pour «apprendre» encore et toujours, et prendre un peu de temps à l'écart de ma vie personnelle pour murir mon projet de mission.

Où? pour qui? avec qui? dans quel but? Un peu de tout ça.

Passer une semaine d'échanges avec les autres stagiaires, les membres de GSF, les formateurs d'une immense qualité, vraiment, m'a permis d'éclaircir aujourd'hui pourquoi je m'engage, et avec qui.»

Eve-Marie

Immersion…immersion… qu'est ce à dire?... Une mise à l'épreuve militaire la tête sous l'eau nous serait elle réservée pendant ces 5 jours???...

Claude, enfant de la Corrèze, dont les chandails sont étonnamment imperméables à ce crachin local est là, sur le quai de la gare, pour nous accueillir et nous rassurer sur la météo parfaitement en phase avec le projet : douche du ciel dès l'arrivée, plic ploc ploc, pieds dans l'eau platch, ploutch… Ben voilà, fallait le dire, c'est pour de bon «L'Immersion»!

Tout droit arrivée de ma Polynésie non natale, je vénère l'idée d'avoir mis autre chose que des «tongs» dans mes valises et enfile comme d'autres puis superpose tout ce qui peut tenir chaud. Les gens du sud tout proche font de même en grognant :

« Faisait 27° au départ d'Aubagne il y a 5 heures» grelotte Claudine, ma sympathique compagne de cabane au bord du lac. De l'eau, de l'eau... Le lieu est bucolique mais humidissime. Seul le nom «hameaux du miel» réchauffe la gorge.

Bon, de toute façon je n'ai plus le choix, suis coincée au milieu de nulle part, sans moyen d'en partir, sans réseau SFR (Sic!) alors je plonge.

Mais notre petit souci d'humidité n'est rien, c'est de souffle qu'il s'agit, souffle de vie. Pendant 5 jours hors du temps, de belles personnes déjà bien entrainées à la plongée sous marine nous accompagnent dans une lente coulée vers les profondeurs de la souffrance féminine. Elles nous tendent leur tuba et nous guident vers les horizons brisés de la santé des femmes. On atteint parfois les abysses mais heureusement les experts de la solidarité et du compagnonnage, boostés à l'adrénaline de l'humanitaire nous aident à refaire surface, à régler nos détendeurs.
Plongée extrême dans les bassesses de l'accueil à la française, à Calais et Grande Synthe. Remontée poignante avec Alexandra une sage-femme hors norme, pompier à ses heures, dotée d'ouïes spéciales et d'un sonar altruiste.

Poussière rouge de l'Afrique, chaleur suffocante, désoeuvrement médical, fatigue et parfois désespoir... toujours adouci par les sourires de ces femmes réparées. Je veux les connaitre ces femmes, et être de ces médecins là, transmettre et apprendre, apprendre et transmettre. Des branchies me pousseraient elles ?...
Apprendre à palmer entre 2 eaux en suivante la réflexion éthique et tolérante de Jacques Lansac. Puis revenir à l'essentiel, regarder les bébés, cesser de nuire, retenir notre souffle en écoutant un pédiatre belge et extra-terrestre.
Et enfin, ne pas retenir nos larmes, car c'est là maintenant que c'est autorisé, pendant ces quelques jours ensemble, immergés dans le même dessein, celui de rejoindre cette belle entreprise, être GSF un jour et le plus tôt possible d'une façon ou d'une autre.

> *Pour l'instant reste l'émotion d'une semaine intense, nourrie d'expériences à reproduire, de relais à prendre.*

Bien sûr que cette formule était une excellente idée! La semaine suivante, j'ai prolongé ma «dpc» sur le mode « Immersion » mais cette fois dans un centre anticancéreux lyonnais, de pointe. Autres femmes qui remercient en larmes leur chirurgienne qui a su préserver leur féminité : le bikini fera toujours partie de leur garde robe pour l'été. Ouf ! Autres latitudes, autres maux, mêmes émotions professionnelles.
Nous faisons un métier formidable, au bord du précipice des injustices faites aux femmes, et l'actualité le rend toujours plus justifié. Il me semblerait utile d'immerger nos futurs collègues. Un baptême initiatique et éclaireur de fin d'études plutôt qu'un bizutage hasardeux. Et on les rassurerait en leur parlant de la « soirée-gala-mégateuf-soupape-régressive» du mercredi soir et du Mojito spécial du Président...

Donc n'oubliez pas de commander la pluie pour les prochaines éditions!»

Ruth M'bwang

La FGOH à Brive la Gaillarde en juin 2016, si je devais la conter en chantant, c'est une combinaison entre les parapluies de Cherbourg (au niveau de la météo) et les Demoiselles de Rochefort (au niveau de l'enthousiasme) si l'on tient compte du fait que nous étions deux sages--femmes lyonnaises déjà membres de l'association, venues en quelque sorte finaliser notre engagement en nous formant à des missions à l'étranger.

Pour relater au plus près de ce que nous avons vécu durant cette semaine, quelques « formules clefs » qui ne seront qu'une pâle expression de l'intensité des sentiments qui nous auront animés: d'abord la convivialité de cette formule en immersion qui nous a permis de poursuivre échanges et réflexions en dehors des temps d'enseignement, ceci participant évidemment à une meilleure connaissance des uns et des autres, puis parmi les participants la présence opportune de Karim et Anthony qui en apportant un témoignage en live de l'humanitaire en Afrique ont pertinemment permis un ajustement du débat, enfin la qualité des intervenants (savoir et pertinence des expériences) qui s'exprimaient le plus souvent avec une grande modestie.

Une alchimie toute particulière pour de belles rencontres! Des éloges et encore des éloges pour une semaine toute en humanité !»

Claudie

AIDEZ-NOUS À FAIRE CONNAÎTRE GSF !

En nous aidant à distribuer
notre plaquette de présentation
En faire la demande par mail :
admin.gynsf@gmail.com

Gynécologie sans Frontières et Sages-Femmes, Gynécologues,

La santé des femmes en France et dans le Monde, notre préoccupation !

Préparons ensemble l'avenir, les belles missions de Gynécologie Sans Frontières pour 2017
Colloque violences faites aux femmes, formation gynécologie obstétrique humanitaire, mission de soins et de compagnonnage, mission d'urgence etc… **Rejoignez-nous !**

http://www.gynsf.org/doc/Dossier_recrutement_Sf_GSF.pdf
Contact : admin.gynsf@gmail.com

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES / VIOLENCES INTRA FAMILIALES
COLLOQUES - LYON : 8 NOVEMBRE 2016 - DRAGUIGNAN : 25 NOVEMBRE

SOUTENEZ LES ACTIONS DE GSF EN FAISANT UN DON ET SUIVEZ NOTE ACTUALITÉ SUR : HTTP://WWW.GYNSF.ORG

Gynécologie Sans Frontières

POUR LA SANTÉ DES FEMMES À TRAVERS LE MONDE
DES GYNÉCOLOGUES ET DES SAGES FEMMES S'ENGAGENT !

SOUTIENT L'ACTION DE GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES:

*déduction fiscale : 75% de votre don jusqu'à 529 euros puis 66% si supérieur à 530 euros sont déductibles de vos impôts, dans la limite de 20% de vos revenus imposables. ex : 100 euros ne coûte que 25 euros; 1000 euros : 292 euros

Un don, sauf mention explicite, ne comprend pas l'adhésion systématique.
Afin de répondre aux exigences de notre exercice comptable, nous vous informons que toute adhésion* et/ou don* reçu après le **1er décembre 2016,** sera crédité au titre de l'exercice 2017
Merci de votre compréhension et de votre fidélité.

Nom : ..... **Soutient l'action de Gynécologie Sans Frontières :**

- ☐ En adhérant à l'association – cotisation* annuelle 2016 d'un montant de 40 euros.
- ☐ En faisant un don* d'un montant de :
  - ☐ 50 € ☐ 100 € ☐ autre montant ..... €

Rogé Cavaillès

SÉCHERESSE INTIME ?
Vos patientes se confient à vous…

Spécial sécheresse

La solution Rogé Cavaillès pour un usage quotidien

À l'extrait naturel d'olivier

- **Une action hydratante immédiate**
- **Une action protectrice**
- **Une formule haute tolérance**

Rogé Cavaillès soutient Gynécologie Sans Frontières

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