

le Monde de Gynécologie Sans Frontières



Editeur de la publication : Henri-Jean Philippe Président de GSF
Directeur de publication : Claude Rosenthal Communication GSF
Imprimerie MAUGEIN (19)

Crédits textes et photos : Alexandre Dumont (photos C. Rosenthal),
André Benbassa (photos N. Bessières), Olivier Garbin, Philippe Arvis,
Noëlle Bessières, Florence Francillon, Razan Al Turk (photo C. Rosenthal),
Samuel Gondgé, Serge Boyer (photo C. Rosenthal), Denis Therby.

Journal semestriel gratuit de Gynécologie Sans Frontières
distribué sans abonnement - Date de parution OCTOBRE 2014

Gynécologie Sans Frontières (GSF)
Université de Nantes - Faculté de Pharmacie - 9 rue Bias - BP 61112
44011 Nantes cedex 1 - Tél : 02 53 48 46 35
Réalisation Comevents

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

Faire de l'humanitaire en santé
Quelles motivations ?



3

Les différences entre
demandeurs d'asile, réfugiés...



4

Camp de réfugiés de Zaatari
Une journée ordinaire



6

Le manifeste de GSF
Un engagement fort



8

Impressions d'Afrique
Carte postale du Burundi



11



Henri-Jean Philippe
Président de GSF

Le mot du Président

Chers amis et chers membres et partenaires de GSF,
Nous avons décidé de nous rapprocher de vous afin de vous faire participer plus étroitement à nos actions en France et à l'étranger et ainsi qu'à la vie de notre association. La santé des femmes est notre objet dans toutes ses composantes : médicales, sociales et politiques mais uniquement dans les régions du monde où les moyens sont insuffisants. Il pourra s'agir de différents types d'actions et dans différents domaines :

Bilan et perspectives

- **Les violences faites aux femmes, phénomène mondial et également français**
Notre rôle est d'apporter notre contribution dans le cadre des plans nationaux de lutte contre ce type de violence.
- **Les soins obstétricaux de base**
Notre rôle pourra être de mettre en place une unité d'obstétrique sous tente comme à Zaatari ou de former des sages-femmes et des infirmiers.
- **La chirurgie gynécologique**
Notre rôle sera celui d'accompagner la formation de jeunes chirurgiens du pays.

- **Les violences sexuelles**
Notre rôle sera celui de formateur pour la composante sociale et psychologique.
- **Les droits des femmes**
Notre rôle sera celui d'avocat auprès des femmes pour défendre l'accès à l'éducation, la contraception, à l'intégrité de leur corps, l'égalité des droits dont bénéficient les hommes car en leur absence, leur santé, leur intégrité et même leur vie serait en danger. Chaque moyen de communication aura son rôle :

- **Le site : www.gynsf.org, actualités et l'administration de GSF**
- **Facebook : les échanges**
- **La newsletter, tous les 6 mois**
- **Et notre nouveau journal, « le journal de GSF », semestriel, rapportant les événements marquants de GSF, de la santé des femmes et des droits des femmes. Profitez-en pour vous approprier GSF. Soyez ou devenez des membres actifs et des partenaires.**

GSF c'est vous, aussi !

Comment réduire la mortalité maternelle dans les pays du Sud ?

Revue de la littérature sur l'efficacité et la mise en œuvre des interventions



Chaque jour dans le monde, plus de 800 femmes meurent des suites de complications survenues pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum (1). Parmi ces décès, entre 1 et 10 ont lieu dans les pays industrialisés. La grande majorité des morts maternelles se produisent dans les régions les plus pauvres du monde, notamment en Afrique sub-saharienne.



Alexandre Dumont 1-2
1- Institut de recherche pour le Développement, UMR 216, Paris, France
2- UMR 216, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

nir les premières évidences scientifiques sur l'efficacité et la mise en œuvre des interventions visant la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.

Les causes médicales de la mortalité maternelle

Les ruptures utérines, les hémor-

Dans ces pays, les femmes les plus à risque de mortalité maternelle sont les plus pauvres, celles qui résident loin des services de santé et les moins instruites.

Cette revue de la littérature a pour objectif de présenter les résultats des évaluations qui ont permis de four-

ragies ante ou post-partum, les hypertension sévères, les infections et les complications du premier trimestre de la grossesse (avortement et grossesse extra-utérine) sont à l'origine de 80 % des décès maternels.

Les traitements de ces urgences obstétricales sont pourtant bien connus et une classification a été élaborée pour analyser les besoins dans les pays en développement.

On distingue les soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base et SOU complets (tableau 1). Cependant leur mise en œuvre représente des défis majeurs dans la plupart des pays à faibles ressources pour des systèmes de santé fragiles et en développement.

Les causes non médicales de la mortalité maternelle

Pour des raisons socio-culturelles multiples, l'accouchement à domicile reste une pratique encore courante dans les sociétés tradition-



Maternité de Kissi Dougou, Guinée Conakry

nelles. Actuellement dans le monde, deux tiers des accouchements ont lieu à la maison et la moitié ne sont pas assistés par du personnel qualifié. L'intervention des tradi-praticiens, matrones ou chefs religieux, en cas de complication obstétricale, représente une alternative fréquente lors d'un recours aux soins, y compris en milieu urbain. Les femmes et leur entourage tardent souvent à prendre la décision de se rendre dans une formation sanitaire parce qu'elles ne reconnaissent pas la gravité de la situation ou parce qu'elles n'en perçoivent pas le bénéfice attendu. Elles éprouvent souvent des difficultés à arriver rapidement à l'hôpital à cause du mauvais état des routes, de l'absence de véhicule motorisé ou des distances parfois considérables à parcourir.

Les différents délais de prise en charge des urgences obstétricales peuvent être classées en trois phases :

1. Le délai dans la décision de consulter.
2. Le délai dans l'acheminement des patientes vers les structures adaptées.
3. Le délai dans la prise en charge au sein des formations sanitaires.

Le manque de directives cliniques pour rationaliser la référence, l'insuffisance de communication entre les échelons, une disponibilité inconstante des moyens de transports et les difficultés liées à l'acceptabilité des services de référence qui ont parfois une mauvaise réputation expliquent en grande partie le faible niveau de performance des filières de soins. De plus, le problème du coût élevé des soins obstétricaux d'urgence, en particulier la césarienne, constitue, en dehors des barrières culturelles et physiques éventuelles, un obstacle important à une utilisation appropriée des services. Enfin, la qualité des soins dans les établissements de santé est très hétérogène, et assez souvent insuffisante. Des comportements professionnels inappropriés nuisent à la prise en charge des urgences obstétricales. Il en résulte des délais trop longs dans la prise de décision et dans le traitement des complications. **Ainsi, la mortalité maternelle hospitalière reste très élevée, autour de 1% des parturientes en Afrique sub-saharienne notamment.**

Qu'est ce qui est efficace dans ce contexte ?

De nombreuses initiatives ont été prises pour remédier à cette situation. Elles sont basées sur des interventions médicales ou non médicales, dans la communauté ou au sein des formations sanitaires, pour améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services obstétricaux. Ces différentes approches ont pour but de réduire les différents délais dans la prise en charge des urgences obstétricales dont la plu-

part ne sont pas prévisibles (6). Ces délais peuvent être classés en trois phases (voir la figure 1) : (I) le délai dans la décision de consulter ; (II) le délai dans l'acheminement des patientes vers les structures adaptées ; et (III) le délai dans la prise en charge au sein des formations sanitaires.

Les interventions réalisées au niveau de la communauté (groupe de femmes, village, quartier) ciblent généralement le premier et le deuxième délai. Elles sont sensées améliorer l'utilisation des services. Les interventions réalisées au niveau de la filière de soins et des établissements de santé ciblent le deuxième et le troisième délai. Leur but est d'améliorer l'accès en temps utile à des services de soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité.

Comment améliorer l'utilisation des services de santé ?

Les interventions qui ciblent le premier délai concernent les programmes de formation complémentaire et de supervision des agents de santé communautaire. La qualification de ces agents est très variable selon les pays et les études : représentant de la communauté (souvent féminin), relais communautaire, accoucheuse traditionnelle, matrone, animateur ou travailleur social, infirmière obstétricienne ou sage-femme de village. Cette formation complémentaire a pour objectif d'offrir des soins maternels et néonataux à domicile. Elle est différente de la formation habituelle que les agents de santé ont reçue dans le cadre d'un diplôme reconnu par l'Etat. Elle cible les soins maternels pendant la grossesse, l'accouchement et dans la période du post-partum ; les soins néonataux essentiels ; les conseils pour l'allaitement ; la gestion et l'orientation des cas compliqués ; le développement des compétences pour l'Information, l'Education et la Communication (IEC) au niveau des populations dans le but de changer les comportements et mobiliser la communauté. Les sessions de formation ont lieu dans un établissement de santé, et/ou dans la communauté. Selon les programmes, une supervision régulière est prévue pour assurer le lien entre les agents de santé communautaire et les services de santé. Une méta-analyse de 18 essais contrôlés randomisés et études quasi-expérimentales a évalué l'impact de la formation/supervision des agents de santé communautaire dans les pays en développement (7).

Globalement, ces interventions permettent de réduire la mortalité néonatale, mais ont peu d'effets sur la mortalité maternelle.

Comment améliorer la filière de soins ?

Les interventions visant à limiter les retards dans l'accès aux services de SOU consistent à mettre en place



Transport en commun, ambulance à Haïti

des moyens de communication tels que le téléphone, la radio et les véhicules de transport, à réduire la barrière financière (coût du transport), à développer des lignes directrices et protocoles des soins pour aider les professionnels de la santé à prendre des décisions en temps utile, à réorganiser les systèmes de santé (par exemple en offrant des services de santé intermédiaire comme les maisons d'attente ou en renforçant la collaboration entre les différents niveaux de soins) et à mobiliser les membres de la communauté (y compris les accoucheuses traditionnelles) afin qu'ils participent activement aux activités de référence des urgences obstétricales (par exemple, accompagner les femmes pendant le transport ou mettre à disposition de la communauté des véhicules pour le transport urgent des femmes et/ou des nouveau-nés). Les interventions peuvent être simples (une seule composante) ou combiner plusieurs activités afin d'améliorer simultanément la communication, le transport et lever la barrière financière liée aux coûts de transport.

La plupart de ces interventions ont été suivies d'une réduction de la mortalité néonatale, et parfois maternelle lorsque le système de référence des urgences a été significativement amélioré.

L'effet le plus important a été observé en Inde (8).

Comment améliorer la pratique médicale dans les formations sanitaires ?

Le concept et les techniques d'amélioration continue de la qualité (ACQ) offrent des stratégies variées pour améliorer les services de santé. Cette approche concerne les interventions complexes dans lesquelles les acteurs de santé sont directement impliqués, en analysant et modifiant les processus de soins pour amé-

liorer la performance des services et la santé de leur patient. Elle concerne les techniques d'éducation des professionnels (formation continue), les méthodes d'audit clinique, l'intervention de leaders d'opinion, les systèmes de rappel et d'aide à la décision assistés ou non par ordinateur (9). Des méthodes d'audit clinique ont été décrites depuis longtemps, et l'obstétrique est l'une des spécialités médicales où cette approche a été largement utilisée. Les revues de morbi-mortalité réalisées dans la plupart des maternités françaises illustrent bien cette méthode. Certains pays en développement commencent également à l'utiliser. Il s'agit d'une analyse systématique

et approfondie de la qualité des soins, incluant les procédures de diagnostic et de traitement, l'utilisation des ressources, et les résultats sur la santé et la qualité de vie des patients. Il existe plusieurs façons de mettre en œuvre les audits et il y a probablement autant d'opinions sur la question que d'auteurs sur le sujet. Cependant, il existe des étapes clés, communes à toutes ces approches, qui définissent le cycle de l'audit : **(a) identification des cas; (b) collecte de l'information; (c) analyse des résultats; (d) élaboration des recommandations; et (e) mise en œuvre et évaluation des mesures recommandées.** Un large essai contrôlé randomisé en grappe au

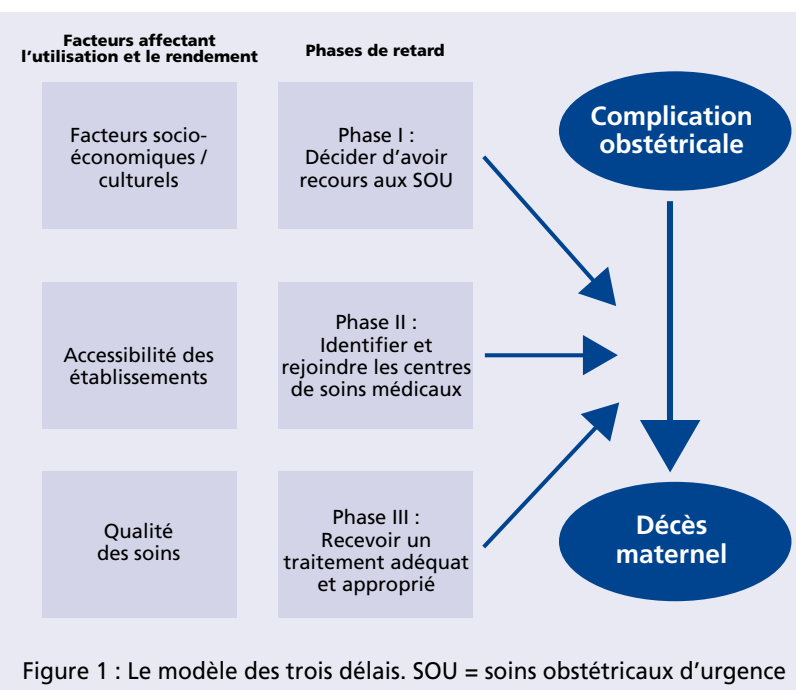


Figure 1 : Le modèle des trois délais. SOU = soins obstétricaux d'urgence

SOU de base

1. Administration parentérale d'antibiotiques
2. Administration parentérale d'ocytociques
3. Administration parentérale d'anticonvulsifs
4. Extraction manuelle du placenta
5. Aspiration intra-utérine lors des avortements ou curetage
6. Extraction instrumentale du fœtus (forceps ou ventouse)

SOU complets

- Soins de 1 à 6 associés à :
7. Chirurgie (césarienne)
 8. Transfusion sanguine

Tableau 1 : Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) essentiels

Sénégal et au Mali, évaluant l'efficacité des audits de décès maternels combinés à la formation continue en SOU et à la supervision du personnel de santé, a montré une réduction de 15% de la mortalité maternelle (10). L'effet était particulièrement marqué dans les hôpitaux de première ligne (35% de réduction).

Conclusion

Les urgences obstétricales sont à l'origine d'une large part de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Le retard dans la prise en charge de ces urgences est souvent fatal pour la mère et son enfant. De nombreuses initiatives ont été testées pour mobiliser les communautés ou améliorer la filière de soins et les pratiques médicales afin que les femmes puissent accéder plus rapidement à des services obstétricaux de qualité.

Quelques évaluations expérimentales ou quasi-expérimentales per-

mettent de fournir des premières évidences sur l'efficacité et la mise en œuvre des interventions qui visent à réduire la mortalité maternelle.

Les approches basées sur les audits de décès maternels ou échappées-belles dans les établissements de santé et les interventions qui améliorent le système de référence des urgences obstétricales semblent les plus efficaces. ■

AD

Correspondance :

Alexandre Dumont,
Institut de Recherche
pour le Développement
UMR216 MERIT
Faculté de Pharmacie
4 avenue de l'Observatoire
75005 Paris - France
Tel: + 33 1 53 96 20
Fax: + 33 1 53 73 96 17
Email: alexandre.dumont@ird.fr

Références bibliographiques

1. Abouzahr C, Wardlaw T. The World Health Report 2005 – Make Every Mother and Child Count: WHO, April 7, 2005, 2005: Available online at: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.
2. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. Lancet 1987; 1(8534):668-70.
3. Déclaration du Millénaire. <http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.html>. Genève: Organisation des Nations Unies, 2000.
4. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010; 375(9726):1609-23.
5. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368(9543): 1284-99.
6. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med 1994; 38 (8): 1091-110.
7. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2010; 11: CD007754.
8. Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S, et al. Effect of community based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster randomized controlled trial. Lancet 2008; 372: 1151-62.
9. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF and Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet 2005; 366: 1026-35.
10. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser W. QUARITE (quality of care, risk management, and technology in obstetrics): a cluster-randomized trial of a multifaceted intervention to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali. Lancet 2013; 382: 146-157.



Vélo-ambulance au Malawi

Faire de l'humanitaire en santé

Quelles motivations ?

On ne part pas en humanitaire par hasard mais le plus souvent par motivation. Ces motivations sont nombreuses mais pas toujours très claires aux yeux mêmes de celui qui souhaite partir.



Dr André Benbassa
Administrateur GSF

Pour sa propre satisfaction, c'est le plus souvent la recherche d'une autre façon de travailler dans un milieu inconnu mais bien différent de son quotidien dont on a besoin de rompre la monotonie qui s'installe avec le temps.

C'est aussi l'occasion de rencontrer d'autres modes de vie, d'autres cultures, tout en exerçant son métier dans des conditions de travail plus

On peut distinguer globalement des motivations de nature personnelle, pour sa propre satisfaction, et des motivations plus altruistes, partir pour les autres.

simples enfin débarrassé des pesanteurs administratives avec moins de paperasse, moins de réunions.

« Là-bas » il n'y a pas de scanner, d'IRM, de laboratoire pour asséoir un diagnostic hésitant. Il faut se débrouiller avec ce que l'on a sous la main, c'est à dire peu, parfois rien d'autre que son bon sens et son expérience.

Partir pour être utile

Partir pour être utile quand on peut encore l'être et continuer à faire ce que l'on sait faire avant de disparaître dans l'oubli d'une vie professionnelle aussi exigeante que passionnante. Voilà pourquoi les missions à caractère chirurgical ont la faveur de ces chirurgiens



File d'attente pour le dépistage du cancer du col, Madagascar, 2013



Cours théorique sur le cancer du col, Madagascar, 2013

aux cheveux blancs et au crâne dégarni. Ils sont heureux d'être là, bravant l'inconfort et le manque d'hygiène par manque d'eau. Ils sont là et ils vont opérer comme d'habitude et ils en sont heureux.

par les autres bien sûr, mais par eux-mêmes avant tout.

Partir pour les autres

Partir pour les autres, pour apporter à ceux qui ont moins parfois rien son expérience et sa compétence et vivre en même temps une aventure qui sera le plus souvent enrichissante.

On ne revient pas d'une mission tout à fait indemne. Il y a l'avant et l'après.

Partir et revenir différent, plus tolérant peut-être et se sentir presque honteux de retrouver des conditions de vie aussi confortables et aussi

sécurisées que sont les nôtres. Partir ainsi c'est apprendre ce qu'est la misère des populations, c'est ressentir l'injustice de la répartition des biens sur terre, en nourrir une certaine obligation de changement sachant qu'un petit mieux est toujours possible.

Finalement quelles que soient les motivations pour partir en humanitaire, il y a toujours un engagement qui amène à travailler différemment dans des conditions souvent difficiles et pleines d'inconnues. L'expérience mérite d'être vécue car elle amène à chacun autant de bien qu'elle est censée en apporter aux autres.

AB

Finalement tous reconnaissent qu'ils sont là pour servir à quelque chose avec le besoin, rarement avoué, d'être admiré pour ce qu'ils font

Finalement tous reconnaissent qu'ils sont là pour servir à quelque chose avec le besoin, rarement avoué, d'être admiré pour ce qu'ils font,

Les différences entre demandeurs d'asile, réfugiés, déplacés internes, apatrides, migrants et immigrants

Contraints de fuir

Chaque année des millions de gens sont contraints de quitter leur foyer à cause de la guerre, de persécutions religieuses ou ethniques, de catastrophes naturelles ou pour des motifs économiques. Parfois les motifs de déplacement se mêlent, il s'agit alors de mouvements migratoires mixtes (corne de l'Afrique, pays du bassin méditerranéen, Amérique centrale, Caraïbes, Asie du Sud-Est, Balkans).

Les principales sources de cet article (dont il s'inspire très largement) sont les différents rapports du Haut Commissariat aux réfugiés (HCR). En 2013, ce dernier comptabilisait 42 876 000 personnes déracinées ou en fuite : réfugiés, personnes déplacées internes, apatrides, requérants ou demandeurs d'asiles (figure 1).

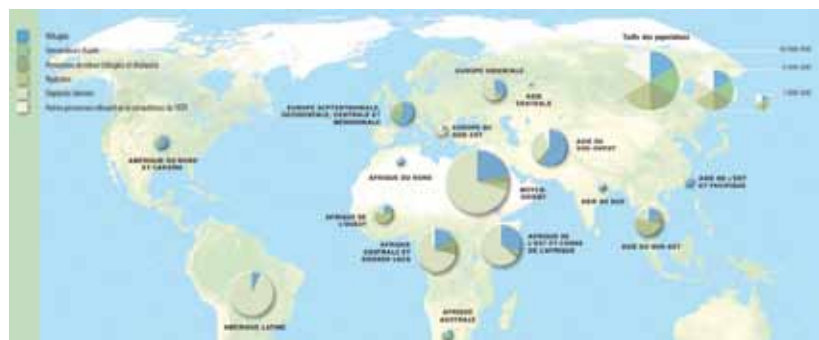


Figure 1

Les réfugiés



Olivier Garbin
Service de gynécologie,
CMCO, Hôpitaux
Universitaires de
Strasbourg, France

La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés stipule qu'un réfugié est «une personne qui du fait de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de son pays». Cette convention définit également qui ne l'est pas (combattants, terroristes, criminels). Elle affirme qu'un réfugié ne doit pas être expulsé ou refoulé «aux frontières de territoires où sa vie ou sa liberté seraient

menacées». Elle précise les droits élémentaires que chaque état doit octroyer aux réfugiés ; elle a été signée par 148 pays fin 2010.

Tout réfugié a le droit de demander l'asile. Il peut jouir d'une assistance et de droits élémentaires au moins équivalents à ceux dont bénéficie tout étranger en situation régulière, notamment liberté de pensée et de mouvement, droits économiques et sociaux. En pratique, ces droits sont rarement respectés, en particulier la liberté de mouvements et celle de travailler. Les réfugiés doivent respecter les lois et règlements de leur pays d'asile.

En 2013, la population des réfugiés était estimée à 11,7 millions de personnes (rapport global du HCR 2013, «Accueillir les réfugiés»), **principalement réparties en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie** (Figure 2). Certains pays sont lourdement sollicités ; ainsi, **au Liban, 1 habitant sur 6 est un réfugié, en Jordanie 1 habitant sur 12**

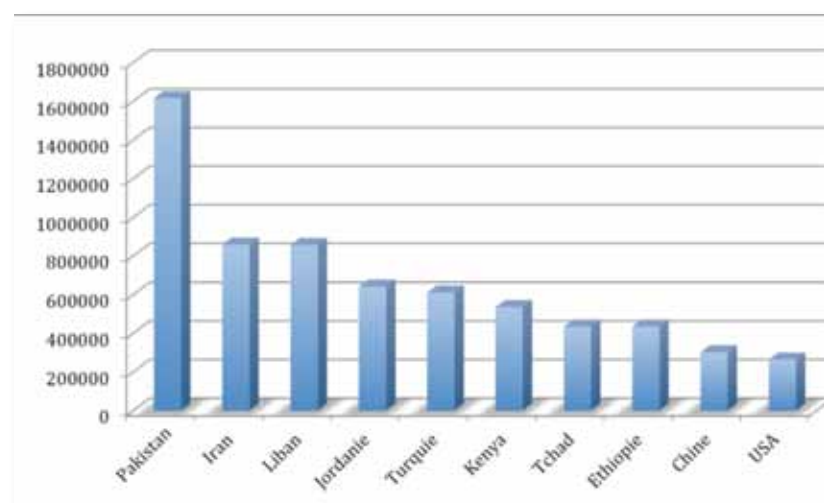


Figure 2



Figure 4. Enfants syriens dans le camp de Zaatari, Jordanie, décembre 2012.

(Figure 3). On imagine sans peine les impacts considérables sur les pays hôtes, économiques, politiques, sanitaires, en termes de sécurité, d'autant plus qu'il s'agit souvent de pays en voie de développement. **46 % des réfugiés vivent dans des pays où le PIB est inférieur à 5 000 dollars par habitant** (rapport global du HCR 2013, «Accueillir les réfugiés»).

Contrairement à une idée répandue, la plupart des réfugiés n'ont qu'un souhait : retourner chez eux et une des missions essentielles du HCR est de favoriser leur retour.

Par définition, les réfugiés forment une population défavorisée avec plus de pauvreté et d'analphabétisme que la population générale du pays d'où elle provient. C'est une population vulnérable avec une majorité de femmes, de femmes isolées, de femmes enceintes, d'enfants, de vieillards, d'infirmités et d'invalides de guerre, de malades chroniques (Figures 4 et 5).

Contrairement à une idée répandue, la plupart des réfugiés n'ont qu'un souhait : retourner chez eux

Sur le plan médical, les réfugiés ont de moins bons indicateurs sanitaires que la population d'origine. Ils sont particulièrement menacés par les diarrhées, la rougeole, le paludisme les infections respiratoires, la malnutrition et les autres maladies infectieuses.

Le taux d'IST et de transmission HIV sont élevés (prostitution, viols, mauvais accès aux soins).

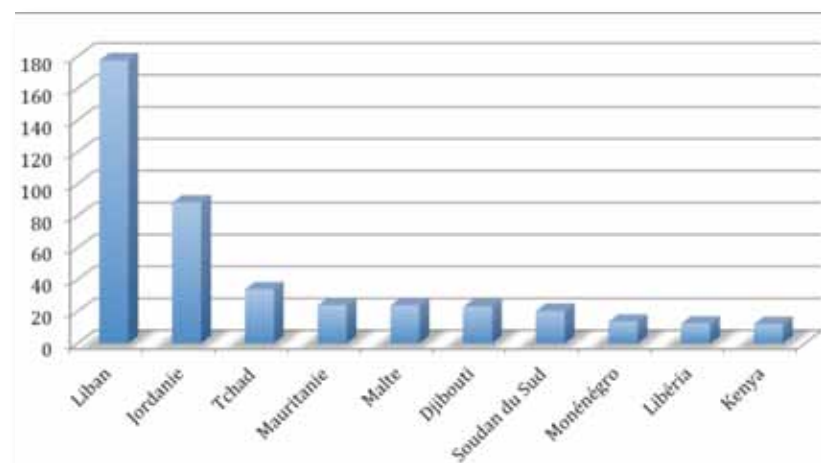


Figure 3

Les déplacés internes

Il s'agit d'une personne obligée ou contrainte de fuir son foyer ou son lieu de résidence habituel «notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'a pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État».

Il s'agit d'une personne obligée ou contrainte de fuir son foyer ou son lieu de résidence habituel

Il s'agit donc de réfugiés, mais dans leur propre pays.

Ils sont depuis le début des années 2010 plus nombreux que les réfugiés proprement dits. Ils étaient 15 millions en 2011, 33,3 millions en 2013, avec un triste record historique (Figure 1). On estime à plus de 6 millions le nombre de dépla-

cés internes sur le seul sol syrien. D'autres pays sont très largement concernés : Sud Soudan, République Centrafricaine. Certaines populations n'ont été découvertes que tout récemment (population Kachin au nord du Myanmar). Les réfugiés internes sont particulièrement vulnérables (violences, violences sexuelles, recrutement d'enfants soldats...), leur accès et leur protection sont très difficiles.

Les demandeurs d'asile

Il s'agit d'une personne qui dit être un réfugié mais dont la demande n'a pas encore été reconnue comme réfugié. **Tout réfugié a été, un jour, demandeur d'asile.**

Ce sont les systèmes nationaux d'asile qui établissent qu'il peut bénéficier d'une protection internationale. Ceux qui ne sont pas reconnus peuvent être renvoyés dans leur pays d'origine. Ce système d'asile doit être rapide et équitable, il doit dissuader les personnes qui ne sont pas d'authentiques réfugiés afin de ne

pas engorger le système et permettre aux légitimes usagers de pouvoir en bénéficier.

Une protection temporaire peut être mise en place quand les systèmes d'asile régulier se retrouvent débordés. C'est le cas des personnes admises rapidement dans des pays où ils seront en sécurité sans pour autant leur garantir l'asile permanent (exemples de la guerre des Balkans, de la Syrie). Lors de ces déplacements massifs pour des raisons évidentes, les demandeurs d'asile obtiennent le statut de réfugiés «prima facie».

Il s'agit d'une personne qui dit être un réfugié mais dont la demande n'a pas encore été reconnue comme réfugié.

Les pays industrialisés observent une hausse significative, alimentée par la crise en Syrie, du nombre de demandes d'asile, 612 700 personnes en 2013. C'est le nombre le plus élevé depuis 2001.

L'Europe a enregistré 484 600 demandes d'asile avec une augmentation d'un tiers par rapport à 2012 : 109 600 requêtes pour l'Allemagne, 60 100 pour la France et 54 300 pour la Suède. L'Amérique du Nord se place au deuxième rang avec 98 800 demandes, provenant majoritairement de chinois.

L'Afghanistan, qui était le principal pays d'origine des demandeurs d'asile ces dernières années, se classe désormais à la troisième place, derrière la Syrie et la Russie.

Les taux de reconnaissance pour les personnes originaires de la Syrie, de l'Erythrée, de l'Irak, de la Somalie et de l'Afghanistan se situent entre 62% et 95%. Les taux de reconnaissance pour les ressortissants de la Fédération de Russie et pour la Serbie et le Kosovo sont beaucoup plus bas, 28% et 5% respectivement. La France garantit au demandeur

d'asile de demeurer en France le temps de l'instruction de son dossier (19 mois en moyenne) avec attribution de l'Allocation Temporaire d'Accueil (ATA), de l'Aide Médicale d'Urgence et d'un hébergement en Centre d'Accueil de Demandeur d'Asile (CADA), à défaut en Centre Provisoire d'Hébergement (CPH) ou en hébergement d'urgence, ce qui est souvent le cas, le système étant débordé. En 2010, moins de 20% des demandes étaient acceptées en France (voir le très bon site <http://www.histoire-immigration.fr>).

Les apatrides

Selon la convention de New York du 28 septembre 1954, le terme apatride s'applique «à toute personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant par application de sa législation».

Ces personnes n'ont pas d'existence officielle, ils n'ont aucun droit.

On distingue l'apatride *de jure* qui est une personne qu'aucun état ne considère comme son ressortissant et l'apatride *de facto*, qui ne jouit pas de droits fondamentaux octroyés aux autres ressortissants d'un pays. En 2011, seulement 66 pays avaient ratifié la Convention.

Ces personnes n'ont pas d'existence officielle, ils n'ont aucun droit. Ils peuvent n'avoir jamais quitté leurs lieux de naissance, sont parfois réfugiés. Leur nombre est estimé à 12 millions dans 64 pays.

Les pays qui comptent le plus grand nombre d'apatrides sont l'Estonie, l'Irak, le Kenya, la Lettonie, le Myanmar, le Népal, la Syrie et la Thaïlande.

L'apatridie peut résulter de plusieurs causes :

- d'une combinaison de lois entre



Figure 5. Invalide. Camp de Zaatari, Jordanie, décembre 2012.

pays ne permettant d'obtenir aucune nationalité à la naissance,

- d'une discrimination contre un groupe minoritaire (Kurdes de Syrie et d'Irak, musulmans du nord de Myanmar, montagnards de Thaïlande, Roms en Europe...),
- de dissolution d'états (URSS, Yougoslavie), de la décolonisation (Bidoons des états du Golfe),
- de défaillances administratives, de la non déclaration de naissance avec des difficultés pour prouver sa naissance,
- de discrimination à l'égard des femmes (dans 30 pays, seuls les hommes peuvent transmettre la nationalité ; les enfants de femmes qui ont épousés des étrangers n'ont pas la nationalité de ces pays).

Parmi certains apatrides célèbres, citons Albert Einstein de 1896 à 1901, Charles de Gaulle après sa déchéance de nationalité par le gouvernement de Vichy.

Parmi certains apatrides célèbres, citons Albert Einstein de 1896 à 1901, Charles de Gaulle après sa déchéance de nationalité par le gouvernement de Vichy.

Migrant, immigrant

Un migrant est une personne qui se rend dans un pays étranger, pour des raisons variées et pour une certaine durée (supérieure à 1 an). Un migrant économique est une personne qui quitte son pays d'origine pour des raisons économiques

et non pas pour fuir des persécutions.

Un immigrant est une personne qui a établi sa résidence permanente dans un pays autre que sa patrie d'origine.

Conclusion

De plus en plus d'êtres humains sont contraints de quitter leur foyer. Si les réfugiés sont les plus connus, les déplacés internes sont désormais les plus nombreux. Les demandeurs d'asile se tournent de plus en plus vers les pays industrialisés, où leurs demandes sont le plus souvent refusées. Le sort des apatrides reste méconnu.

Rendons hommage à l'HCR et en France aux associations qui viennent en aide à ces victimes de la folie des hommes.

OG

- **Rôle des sages-femmes dans la prise en charge des violences**
Gladys LARAVINE (La Réunion)
- **Quelles modalités pour réduire la mortalité maternelle par HPP ?**
Julie TORT, Alexandre DUMONT (Paris)
- **Une maternité sous tente dans le camp de Zaatari**
Marion PANOUILLOT (Nantes)

- **Unité d'obstétrique d'urgence dans le camp de réfugiés syriens de Zaatari en Jordanie, P. Arvis**
- **Formation aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence : P. Moreira**
- **Méthodologie pour réduire la mortalité maternelle. A. Dumont**
- **La césarienne dans le monde : expérience en Europe, en Afrique et en Asie**

Camp de réfugiés syriens de Zaatari (Jordanie)

Une journée ordinaire au camp de réfugiés de Zaatari



Philippe Arvis
Administrateur GSF

5 h du matin

C'est ma nuit de repos, et il faut essayer de récupérer car les gardes reviennent vite, un jour sur deux. Dormir n'est pas facile ici, car la nuit est bruyante, même avec des bouchons d'oreille.

Cette ville de 75 000 habitants qu'est le camp de réfugiés de Zaatari n'a qu'une seule entrée, située à une centaine de mètres d'ici. Nuit et jour, une noria incessante de camions, d'autocars, d'ambulances, de pick-up, entre et sort dans un grand concert de cris, de klaxons et de sirènes.

Les réfugiés franchissent la frontière syrienne de nuit, pour éviter d'être une cible trop facile pour les snipers de l'armée régulière syrienne. **Chaque nuit apporte son nouveau flot de réfugiés, toujours plus d'un millier, avec beaucoup de femmes et d'enfants, qui arrivent épuisés par les rudes épreuves de leur exode.** Ils forment à l'entrée du camp de longues files d'attente, et ce spectacle de leurs silhouettes hagardes dans la lumière des projecteurs n'est pas sans rappeler les sinistres images de la déportation.

A vingt pas de notre tente-dortoir, la tente d'accouchement participe à cette symphonie fantastique nocturne, en mêlant les halètements des parturientes, les appels à la clémence divine, les encouragements de la sage-femme, les cris de l'enfantement, les pleurs des nouveaux-nés, le tout rythmé par le poum-poum du monitoring.

7 h

La douche est un des bons moments de la journée, il ne faut pas la manquer car l'eau n'y est chaude que pour une durée de 2 heures, et la

température extérieure, souvent inférieure à zéro la nuit, n'incite guère aux bains froids. Nous profitons des excellentes installations sanitaires de l'hôpital militaire de campagne français, au sein duquel est installé notre campement. En réalité, sans la présence de l'armée française, la mission aurait été quasiment impossible. Elle nous assure la sécurité, la maintenance lourde, la stérilisation des instruments, une bonne partie de la biologie courante, le pressing, la restauration du déjeuner, et met à notre disposition ses équipements sanitaires et sportifs.

Dans cette ambiance plutôt morose, la vitesse avec laquelle la vie reprend ses droits fait chaud au cœur

8 h

L'équipe de garde est partie se coucher après une nuit agitée.

Le travail est dur pour la sage-femme, qui doit accomplir une multitude de tâches, y compris le ménage et le nettoyage des instruments.

Ici, il n'y a ni aide-soignante, ni auxiliaire de puériculture, ni anesthésiste

Ici, il n'y a ni aide-soignante, ni auxiliaire de puériculture, ni anesthésiste. Il faut savoir tout faire, les admissions, la surveillance du travail, l'accouchement, les soins au nouveau-né, le post-partum, le tout rapidement et dans des conditions matérielles difficiles.

En salle de travail, le thermomètre ne dépasse guère 14° la nuit, et par cette température, le corps nu du nouveau-né fume comme un bol de thé bouillant.

9 h

Les premières consultantes se présentent. Elles ont été filtrées à l'entrée du camp français par les légionnaires de garde, épaulés par un interprète. Depuis la semaine dernière, nous avons convenu avec les autorités du camp de n'assurer que les consultations obstétricales du 3^e trimestre, et les urgences. La gynécologie de base et la contraception peuvent être assurées par d'autres structures sanitaires du camp, en particulier l'hôpital saoudien : ces consultations encombrant inutilement notre petite structure, et gênent l'accès à celles qui en ont réellement besoin. L'oisiveté des réfugiées, associée à la gratuite des consultations, engendre manifestement une surconsommation médicale qu'il faut réguler. **Notre responsabilité est de faire le dépistage, pour toute femme en fin de grossesse entrant dans le camp, des grossesses pathologiques, et de déterminer qui peut accoucher dans le camp et qui doit être transféré vers l'hôpital jordanien de la ville voisine.** Toutefois beaucoup échappent à ce dépistage, et plus du tiers des parturientes n'a pas de suivi documenté ni de terme précis.

La présence d'une interprète est indispensable pour la consultation, et son rôle est crucial, car pour interpréter correctement les demandes et les réponses, elle doit se comporter comme un véritable auxiliaire médical. Nos deux interprètes remplissent heureusement parfaitement leur tâche, mais la traduction allonge considérablement la durée des consultations.

Le terme est souvent fixé de façon approximative

Beaucoup de femmes n'ont pas été suivies régulièrement pendant leur grossesse, elles n'ont pas de carnet de santé, les antécédents pathologiques sont difficiles à préciser, et le terme est souvent fixé de façon approximative. Pour ces raisons, une échographie est pratiquée à chaque consultation. Avec le petit appareil portable dont nous disposons, pas question de faire autre chose que de la biométrie de base. On ne se déshabille pas pour l'examen clinique, pudeur et froid obligent, on soulève juste le manteau pour la palpation de l'utérus, et la manche pour la prise de tension artérielle.

10 h

Notre jeune collègue obstétricienne continue les consultations avec une sage-femme, mon rôle de chef de



Il paraît que ça calme les bébés

© Philippe Arvis

mission m'appelle à la réunion bi-hebdomadaire du camp consacrée aux problèmes sanitaires, co-présidée par la représentante locale de l'UNFPA (fond des Nations Unies pour les réfugiés) et par le représentant du ministère jordanien de la Santé. **Nous sommes généralement une trentaine de représentants de toutes les ONG et organisations travaillant dans le camp.** Bien difficile pour le débutant que je suis de comprendre, dans la masse des sigles et des acronymes, qui est qui, et qui fait quoi !! En revanche, facile de comprendre que rien d'important ne se décidera dans ce brouhaha multilingue.

Les principales informations utiles et les échanges décisifs circuleront plutôt sur les messageries web, ici il faut plutôt essayer de repérer les personnes ressources, qui pourraient vous aider à résoudre vos problèmes de matériel et d'approvisionnement.

12 h

La sage-femme de garde m'attend avec impatience, ça chauffe en salle de travail. La parturiente est une

fillette de 16 ans, à dilatation quasi-complète depuis 2 heures. Devenue incontrôlable, sourde aux ordres et aux conseils, droguée par l'épuisement et la douleur, elle roule des yeux paniqués d'animal pris au piège, et cherche à se sauver. Une extraction assistée par ventouse va rapidement abréger son supplice. A peine les soins au nouveau-né réalisés, une grand-mère s'en saisit, s'assied par terre, et en quelques secondes le bande de la tête au pied, parfaite réplique du Nouveau-né de Georges de la Tour. Il paraît que ça calme les bébés et qu'ils pleurent moins !

13 h

Nous avons sorti les tables pour déjeuner dehors, le chaud soleil de midi nous fait oublier pour un moment la froideur glaciale de la nuit. Les deux chirurgiens militaires français et leurs anesthésistes ont fait de même, et tentent de récupérer d'une nuit de garde particulièrement difficile, qui s'est terminée par une amputation des deux bras pour un garçonnet de 12 ans.



Dans la poussière, visite dans les tentes du camp de Zaatari

© Claude Rosenthal



© Philippe Arvis

Défilé des bébés du jour

L'hôpital de campagne reçoit par vague des blessés de guerre, et fait les premiers soins. Pas de grosses interventions ici, la structure ne le permet pas, le job est plutôt de stabiliser les fractures, de stopper les hémorragies et de conditionner les patients pour un transfert vers les hôpitaux d'Amman.

14 h

Le lieutenant de la Légion Etrangère, responsable de la sécurité du camp militaire français, nous attend pour une visite du camp de réfugiés. Ici, pas question de sortir seul, il faut être accompagné par un légionnaire et les sentinelles à l'entrée notent scrupuleusement les heures de passage à la barrière.

Une immense étendue de tentes et de mobile homes

Le camp est une immense étendue de tentes et de mobile homes, au centre d'une vaste plaine aride et caillouteuse. La rapidité avec laquelle le camp s'agrandit est absolument stupéfiante : là où il n'y avait que du désert, en trois jours surgit du sol un nouveau village de 5000 âmes, avec son château d'eau, ses sanitaires, ses cuisines communes, et ses habitations provisoires de toile ou de plastique.

Si vous revenez dix jours plus tard, vous verrez une vie grouillante, des échoppes bordant les rues, avec des épiciers, des restaurants, des tailleurs, des coiffeurs, des écoles, des mosquées, des enfants qui jouent dans les rues. Dans cette ambiance plutôt morose, la vitesse avec laquelle la vie reprend ses droits fait chaud au cœur. Et ce monde n'est pas désorganisé, ce sont des villages entiers qui ont fui ensemble, et se re-

construisent dans ce nouvel environnement, avec la même hiérarchie, les chefs de village, les notables, les imams, les chefs de famille. Beaucoup d'hommes font des allers-retours avec la Syrie voisine, laissant ici leur famille en sécurité.

16 h

L'accouchement en cours ne se passe pas très bien. La dilatation stagne à 4 cm, avec une poche des eaux rompue depuis plus de douze heures, et il y a déjà eu plusieurs ralentissements des bruits du cœur.

La prudence s'impose, en raison de plusieurs contraintes majeures : l'accès à la salle de césarienne n'est jamais rapide, les moyens de réanimation sont rudimentaires, et une catastrophe obstétricale avec un décès pourrait être à l'origine d'une réaction violente incontrôlable de la population du camp. Je vais négocier l'affaire avec le gynécologue de l'hôpital militaire marocain, tout proche. Nous avons conclu avec lui une sorte de convention : nous faisons tous les accouchements normaux, et il s'occupe des césariennes et de la petite chirurgie d'urgence. C'est intéressant pour lui car il est tout seul pour assurer nuit et jour le fonctionnement de la maternité et des urgences, et pour nous car il est d'une gentillesse et d'une serviabilité remarquable, et dispose d'un bloc opératoire bien équipé avec anesthésiste et pédiatre.

Cette fois, il ne répond pas à son téléphone, il dort après une nuit de garde où il a fait deux césariennes, et l'infirmier du bloc part le chercher dans sa tente. Une fois obtenu son accord, et vérifié la disponibilité du bloc, le transfert est assuré dans un brancard porté par les légionnaires, et notre jeune consœur va l'assister pour la césarienne.

La mère et l'enfant se portent bien, mais, entre la décision de césarienne et l'extraction, il s'est passé près de deux heures trente.

18 h

Le début de la soirée est consacré aux tâches d'administration et de maintenance, et nous avons organisé un petit bureau dans notre tente de vie, avec ordinateurs et imprimante. Pendant que notre logisticien se bagarre avec les gonfleurs de la tente d'accouchement, qui se dégonfle régulièrement et s'affaisse sur ses occupants, je m'occupe de la messagerie interne du camp, la plupart des informations circulant par web interposé. Chaque jour, nous rédigeons aussi un rapport d'activité détaillée pour l'épidémiologiste de l'hôpital militaire et un rapport pour GSF, pour faire part de notre activité et de nos difficultés éventuelles. La disponibilité et la réactivité des permanentes de GSF aura été pour nous d'un grand secours, matériel et moral, dans les moments difficiles.

Il faut ensuite vérifier les stocks de médicaments, et refaire les commandes. Nous ne manquons pas de médicaments, il y en aurait même plutôt trop, et nous échangeons régulièrement nos surplus avec la pharmacie militaire, contre des produits manquants. La gestion de la pharmacie n'est pas aisée, car les médicaments sont entassés dans de grandes malles métalliques ou dans des cartons posés sur des étagères, et nous n'avons ni le temps ni les moyens de mettre en place une gestion rationnelle des stocks.

Depuis l'ouverture de la maternité, le nombre d'accouchement augmente de façon continue. Après deux semaines, nous en avons fait le même nombre que la mission précédente en trois semaines. Nous sommes déjà sur un équivalent de 1500 accouchements par an, ce qui paraît beaucoup en regard de nos capacités logistiques : une seule salle d'accouchement, 6 lits de post-partum, 2 gynécos, et 4 sages-femmes, dont une étudiante. Un calcul rapide montre qu'avec une ville de 100 000

habitants, chiffre qui sera bientôt atteint, et les chiffres de natalité nationale, on peut s'attendre à 3 000 accouchements par an. Avec nos moyens actuels, à partir de quel volume d'activité devient-on dangereux, faut-il s'agrandir ? Pour l'instant, nous nous contentons de limiter le nombre d'admissions, et de transférer quand tous nos lits sont occupés.

20 h

Toute l'équipe profite du savoureux repas concocté par une de nos sages-femmes, sur une petite plaque chauffante. Dès le coucher du soleil, le froid est vif et le vent glacé s'infiltre pas les ouvertures des tentes. Les radiateurs électriques sont à la peine, et nous sommes contents de manger chaud. Après le dîner, attirés comme par un aimant par notre brochette de jolies filles, une joyeuse bande de légionnaires frappe à la porte. On boit du punch et on triche aux cartes dans les rues et la bonne humeur.

23 h

A l'accueil, une grossesse gémellaire à 32 semaines avec une rupture des membranes. Cette situation n'est pas de notre ressort, il va falloir la transférer, après avoir vérifié qu'elle n'a pas de dilatation avancée.

Le parcours du combattant commence : il faut d'abord obtenir l'autorisation du médecin de garde représentant le ministère jordanien de la Santé et qui baragouine un anglais incompréhensible, puis rédiger une demande de transfert. Ensuite, il faudra trouver une ambulance pour transférer la patiente à l'Hôpital public de la ville la plus proche. Près de deux heures pour obtenir toutes les autorisations. Demain, nous apprendrons que la patiente a été re-

foulée dès son arrivée à l'hôpital, au motif qu'elle n'était pas en travail. Les réfugiés syriens ne sont pas acceptés facilement, et une discussion un peu houleuse avec la direction de l'hôpital public nous a éclairés sur la vraie raison de ces rejets. Les réfugiés sont censés être soignés gratuitement dans les structures publiques où ils représentent près du quart des hospitalisés, le ministère de la Santé jordanien compensant le manque à gagner par une contribution financière. En réalité, les hôpitaux n'en ont jamais vu la couleur, et cette charge financière supplémentaire plombe mortellement leur équilibre financier. Pour nous, cela signifie en clair qu'il est illusoire d'espérer une prise en charge prolongée pour une grossesse pathologique.

1 h du matin

Le service d'accueil nous adresse une jeune femme enceinte de cinq mois qui vient d'arriver dans le camp et saigne abondamment.

Elle est accompagnée de ses trois enfants, 5, 4 et 2 ans qu'elle a emmené dans sa fuite, et qui ont marché pendant des heures dans le froid et la pluie. Pendant que la sage-femme s'occupe de la mère, nous donnons à manger aux enfants. Ils sont sales, couverts de boue, échevelés, et dans leurs grands yeux clairs, on lit un mélange d'étonnement et de peur.

3 h du matin

Il paraît qu'un chauffage électrique a déclenché un début d'incendie dans la tente voisine cette nuit, que les militaires sont venus prêter main-forte et que tout le monde s'agitait. Rien vu, rien entendu : de toute façon, l'incendie je m'en fiche, j'étais déjà cuit.

PA

Formation Humanitaire en Gynécologie-Obstétrique : Deuxième Session 2014 du 17 au 21 Novembre 2014 à Tours...

Renseignements et bulletin d'inscription à télécharger sur :
<http://www.gynsf.org/formations.php>

Les objectifs de cette formation sont d'apporter aux participants :

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

Deux sessions par an avec la même formation et les mêmes enseignements pour chaque niveau.

Formation Niveau 1 : Informations générales sur les missions humanitaires en gynécologie-obstétrique et formation en vue de participer à une mission d'urgence ou de soins.

Formation Niveau 2 : Formation en vue de participer à une mission de formation ou de développement et en communication (Condition préalable : avoir déjà participé au Niveau 1).

Directeurs de l'enseignement :

D^r Richard MATIS (Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille)

P^r Henri-Jean PHILIPPE (CHU de Nantes, Faculté de médecine de Nantes)

M^{me} Florence FRANCILLON (CHI Poissy-Saint-Germain UVSQ)

L'île rouge

Formation aux soins obstétricaux d'urgence et dépistage du cancer du col dans la région d'Atsinanana

Madagascar, l'île rouge, vingt millions d'habitants, une instabilité politique chronique et une pauvreté extrême.



Dr Noëlle Bessières
Gynécologue
obstétricienne. Grenoble.
Vice-présidente GSF

Ce pays a une mortalité maternelle comparable à celle de l'Afrique de l'ouest. Selon le ministère de la Santé malgache, dix femmes meurent chaque jour en donnant la vie et le plus

souvent à domicile, car les «lieux de naissance»... sont rares et le personnel qualifié encore plus ! C'est dans la région Atsinanana, 1200000 habitants que Gynécologie Sans Frontières a débuté en 2012 des missions de formations aux soins obstétricaux d'urgence et au dépistage du cancer du col selon la technique du «see and treat» recommandée par l'OMS. Depuis, tous les six mois, GSF et son équipe Rhône-Alpes, avec le soutien technique et logistique de la direction régionale de la santé publique de la région Atsinanana, sillonne cette région en 4x4 pour remplir les missions qu'elle s'est donné. Les «lieux de naissance» où ont lieu ces formations et ce dépistage, sont en fait des sortes de centres de soins ruraux.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du col, la population est invitée à se rendre dans ces lieux par des campagnes d'information menées par des «prestataires» qui sont en réalité des agents de santé à la formation médicale très rudimentaire mais dont l'efficacité est remarquable. A chaque séance pas moins de cent cinquante femmes attendent patiemment d'être dépistées et éventuellement traitées pour des lésions précancéreuses.

Madagascar, c'est d'abord la gentillesse de son peuple, une île à la terre rouge, à la végétation luxuriante, avec un mode de vie au plus proche de la nature mais où l'on vit dans un dénuement presque total, sans eau ni électricité, du moins dans la campagne.

Le luxe est d'avoir un vélo...

Un pays où l'on se déplace à pied sur des kilomètres, où le luxe est d'avoir un vélo...

Un pays où il faut tout payer et de plus payer d'avance pour être soi-

gné, et même dans les lieux de naissance, où l'eau ne coule pas forcément au robinet (3 des 6 maternités visitées, fonctionnent avec l'eau du puits...). Un pays où «le délestage», comme ils disent pour parler des coupures d'électricité dure de 2 à 6 heures par jour et toujours sans prévenir... L'eau est alors coupée, faute d'énergie pour faire fonctionner les pompes.

Un pays où les lieux de naissance visités sont éloignés les uns des autres avec des routes ou des pistes défoncées ou inondées. Les conditions de logement sont le plus souvent précaires mais ces petites difficultés, sont largement compensées par l'accueil chaleureux des agents de santé ou des sages-femmes en demande de formation... et de matériels surtout... Tant ils sont privés de tout, même de fils de suture. «Il y a pas»...

Comme il n'y a pas de sac à recueil de sang, il n'y pas de bandelettes urinaires pour dosage de la pré-éclampsie il n'y a pas... de tout ! Il n'y a pas de dossier, il n'y a pas de mort périnatale mais que des morts nés, il n'y a pas de mort maternelle enregistrée du moins dans les lieux de naissance... Car ces mères meurent le plus souvent à la maison avec l'aide des matrones !

«Il y a pas»...
Comme il n'y a pas de sac à recueil de sang, il n'y pas de bandelettes urinaires pour dosage de la pré-éclampsie, il n'y a pas... de tout !
Il n'y a pas de dossier, il n'y a pas de mort périnatale mais que des morts nés

Et une réflexion me vient alors...

Pourquoi pas, comme le préconise UNFPA en Haïti plutôt que d'espérer former les matrones, ne pas envisager de les marginaliser en les rémunérant pour toute femme transférée et rendre les soins obstétricaux gratuits et vraiment gratuits, médicaments compris.

Alors les lieux de naissance deviendront des vraies maternités avec des sages-femmes mieux formées et du matériel adéquat... Rêvons un peu.

NB

Le manifeste de GSF : un engage

Améliorer les conditions de prise en charge des fe

L'implication forte de Gynécologie Sans Frontière auprès des femmes, de toutes les femmes, ici comme ailleurs, dans les pays émergents comme en France, est notre véritable raison d'être à GSF. Depuis bientôt 20 ans, sages-femmes et gynécologues, mais aussi hommes et femmes de bonne volonté, se mobilisent à nos côtés afin d'œuvrer ensemble à l'amélioration des conditions de prise en charge des femmes, et de leur santé.



Florence Francillon
Vice-présidente GSF
Responsable du recrutement sages-femmes sage-femme formation / logistique
Association Maternité et Médecine de la Reproduction
Poissy-St-Germain
Rédactrice en chef de «Vocation Sage-femme»
Editions Masson-Elsevier

En France, depuis des années, nous avons mené, avec le soutien du ministère de la Santé, une large campagne de sensibilisation et de formation auprès des professionnels de santé et des autres professionnels concernés, autour des mutilations sexuelles féminines et des violences faites aux femmes. Notre engagement s'inscrit également dans la prévention et l'information, avec des campagnes vers les jeunes concernant la contraception et la découverte de leur sexualité, ou des professionnels de santé autour de thématiques comme les grossesses à l'adolescence, santé et prostitution, violences sexuelles.

Les violences faites aux femmes nous concernent tous, sur un plan sociétal et éthique évidemment, mais aussi avec notre regard de professionnels soucieux de la santé des femmes. Sensibiliser et fédérer nos consœurs et confrères, mais aussi

nos autorités de tutelles et nos instances, constitue pour nous un angle d'action et de plaidoyer qui s'inscrit dans des actions concrètes et fortes en santé génésique.

Ainsi, à l'occasion de notre dernière journée humanitaire consacrée au «Rôle des professionnels de santé vis à vis des violences faites aux femmes» au palais du Luxembourg, et face au terrible constat des violences conjugales en France, l'idée a germé de fédérer autour d'un manifeste nos sociétés savantes ainsi que nos conseils de l'ordre respectifs, avec le soutien du ministère des droits des femmes et son haut patronage.

Le manifeste de Gynécologie Sans Frontière du 7 mars 2014 a donc été validé et co-signé officiellement par les conseils des Ordres des médecins et des sages-femmes, ainsi que par de nombreuses sociétés savantes et associations engagées autour de la périnatalité, en présence de Madame la ministre Najat Vallaud-Belkacem, alors au ministère des droits des femmes. L'affiche, imprimée et accessible sur simple demande auprès de nos déléguées, est destinée à nos salles d'attente afin que les patientes sachent que nous sommes tous mobilisés et que nous pouvons être un véritable recours pour elles si elles sont victimes de violences conjugales.

«Nous, médecins, sages-femmes et représentants des professions

médicales, nous nous engageons à soutenir les actions de dépistage et de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences.

Vous êtes les victimes, nous sommes à votre écoute, nous pouvons vous aider.»

Plusieurs colloques de sensibilisation et de formation des professionnels de santé et médico-sociaux sont en train de s'organiser en France métropolitaine et dans les DOM-TOM sous l'impulsion de GSF. Cette approche médicale des violences conjugales est primordiale. Le temps d'une consultation, dans l'intimité du cabinet, est en effet un des rares moments où la patiente peut enfin, en confiance, lever la chape de silence et de souffrance de son quotidien et appeler à l'aide... encore faut-il, en tant que praticien, savoir poser les bonnes questions, savoir que faire et vers qui orienter en cas de violences conjugales. Le début d'un long parcours, pourtant essentiel, pour espérer réussir à s'en sortir.

Les missions de GSF sont d'aider les femmes en souffrance partout dans le monde, et malheureusement ici en France il reste aussi beaucoup à faire. Elles sont encore tellement à mourir chaque année sous les coups de leur compagnon :

121 femmes décédées en 2013 ! Alors, mobilisons-nous tous ! ■ FF



Signature du manifeste. Ministère des droits de la femme.

Une merveilleuse expérience avec Gynécologie Sans Frontières

En direct de la République Centrafricaine



Situation des maternités de Bangui pendant la crise militaro-politique de 2013-2014

La République Centrafricaine (R.C.A) est un pays enclavé au cœur de l'Afrique avec une superficie de 623 000 Km². Elle est limitée au nord par le Tchad, au sud par le Congo et le Congo Démocratique, à l'est par le Soudan et le Sud Soudan, à l'ouest par le Cameroun. La population est estimée à 4 950 000 habitants.



Samuel Gondjé
Chef de service de la maternité du camp Henri Izamo.
Ministère de la Défense nationale,
direction générale du service de santé de l'armée nationale,
Avenue Gamal Nasser, Bangui (R.C.A) :
Tél. +236 70 94 38 76.
Samuel Gondjé a fait son Internat à Brive-la-Gaillarde dans le service de gynécologie-obstétrique du Dr Colas-son en 2008-2009

Un certain nombre de personnes hospitalisées ont été sorties de force de leur chambre et sauvagement assassinées dans la cours des hôpitaux devant les autres malades et leurs familles

Ce pays a été le théâtre d'une crise militaro-politique sans précédent depuis décembre 2012.

Le summum a été atteint le 24 mars 2013 avec la prise du pouvoir par la rébellion, puis le 05 décembre 2013 où les atrocités les plus graves ont été commises suite aux combats entre les milices et la Séléka.

Les structures hospitalières ont été systématiquement pillées. Un certain

nombre de personnes hospitalisées ont été sorties de force de leur chambre et sauvagement assassinées dans la cours des hôpitaux devant les autres malades et leurs familles

Heureusement, dans ce chaos généralisé, nous avons pu compter une fois de plus sur nos frères français. Sans l'intervention de l'armée française, nous allions, c'est sûr, vers un nouveau génocide en Afrique.

Maintenant, il va falloir tout reconstruire

Maintenant il va falloir tout reconstruire, en particulier le système sanitaire qui était déjà très fragile. Que la direction de GSF ait pensé à la Centre-Afrique me touche profondément ainsi que, j'en suis certain, toute la population de mon pays, les femmes en particulier qui ont payé un lourd tribut aux événements (assassinats, viols, humiliations diverses...).



Aucune femme ne doit mourir en donnant le vie

Merci GSF, nous vous attendons à Bangui dès que la sécurité sera totalement rétablie ! Ce n'est pas encore tout-à-fait le cas aujourd'hui mais la situation s'améliore de jour en jour grâce à l'action remarquable de l'armée française.

Merci GSF, nous vous attendons à Bangui dès que la sécurité sera totalement rétablie ! Ce n'est pas encore tout-à-fait le cas aujourd'hui mais la situation s'améliore de jour en jour grâce à l'action remarquable de l'armée française.

La grande agglomération de Bangui (la capitale de la R.C.A) compte six maternités dotées d'un bloc opératoire dont une maternité de référence nationale. Pendant la crise du 05 décembre 2013 à fin février, toutes les maternités, y compris celle de référence, ont dû fermer faute de personnel qui, craignant pour sa vie, ne venait plus au travail.

Seule la maternité du camp Henri Izamo (Gendarmerie : 21 lits) que je dirige, est restée ouverte, malgré le climat d'insécurité qui nous a obligé, mon personnel présent et moi-même, à rester sur place, jour et nuit, pendant plusieurs semaines avec des armes à portée de mains pour défendre les patientes hospitalisées en cas d'attaque. La fréquentation a toutefois baissé, d'autant que MSF a ouvert plusieurs

centres de prise en charge avec possibilité d'accoucher dans différents sites de déplacés.

Malgré le pillage de l'ambulance, des lits et matelas et autres matériels et médicaments au sein de notre maternité, les différentes activités ont donc pu être maintenues tant bien que mal.

Retrouver des conditions de travail acceptables

Actuellement les conditions de travail restent très difficiles. La seule ambulance qui permettait le trans-

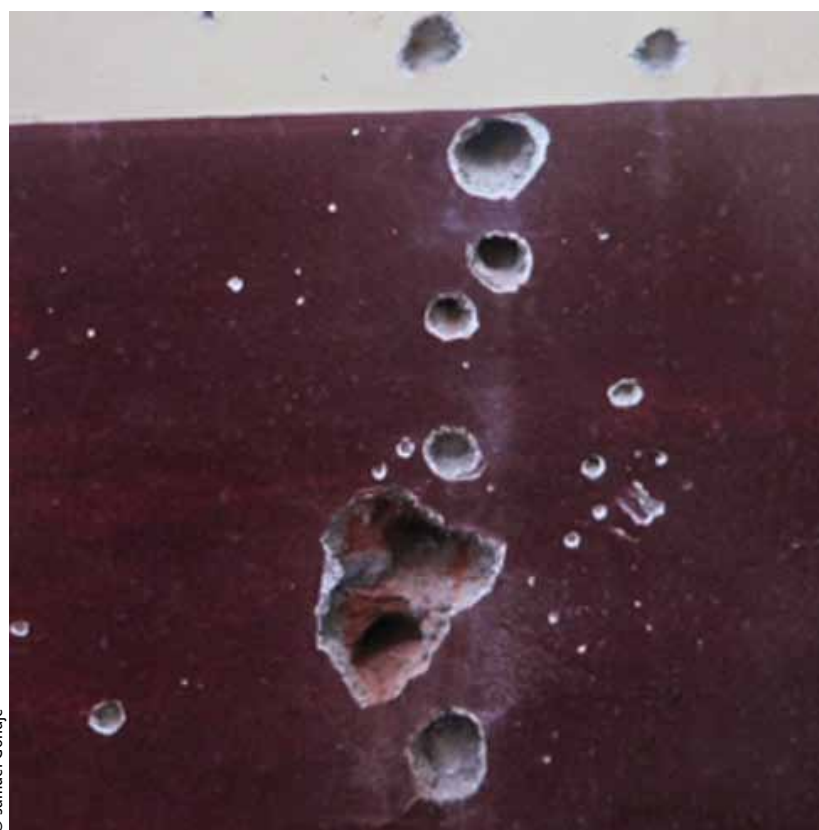
fert des patientes vers la maternité de référence a été volée. Elle n'a pas été remplacée. Les transferts se font actuellement à bord de taxis et parfois même de motos.

Depuis le pillage du centre, nous manquons cruellement de matériel. De plus les lits que nous avons pu récupérer sont vétustes et inconfortables pour les patientes.

Il y a, vous le voyez, beaucoup à faire pour retrouver des conditions de travail simplement acceptables.

Nous comptons beaucoup sur nos amis français auxquels tant de liens historiques nous attachent. En attendant que Dieu vous bénisse toutes et tous !

SG



Le mur du bureau du chef de service en gynécologie obstétrique

Gynécologie Sans Frontières

Olympe d'or décerné par Nicole Péry, Secrétaire d'Etat aux Droits des Femmes, le 20 Mars 2009

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

<http://www.gynsf.org>

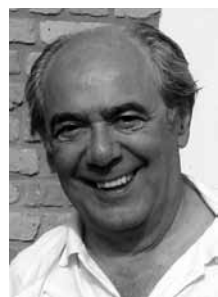
<https://www.facebook.com/pages/Gynécologie-Sans-Frontières>

Impressions d'Afrique



Carte postale du Burundi

Août 2012. Voici deux ans déjà, je m'envolais pour une première mission de compagnonnage à l'hôpital Rema au Burundi, terre déshéritée dans un pays magnifique à la nature accueillante.



D^r Serge Boyer
Ancien chef de service de gynécologie obstétrique du CH de Draguignan.
Administrateur GSF

de cet immense continent.

Arrosé par des pluies régulières et abondantes, amenées par les moussons d'Est, nous sommes dans l'Afrique verte. L'habitat y est clairsemé à travers les collines et les

d'immenses ombrelles multicolores.

Après trois heures et demie, cahoté sur une interminable route de latérite rouge, qui a perdu la mémoire du goudron initial «chinois», qui un jour l'a recouverte, nous arrivons, enfin, à Ruyigi. Petite bourgade endormie autour de sa cathédrale. Nous sommes à «MaggyLand».

La terre natale de Madame Marguerite Barankitse, dite Maggy, la «Folle de Ruyigi» ou une «Sainte en Enfer», devenue une icône internationale, après avoir recueilli et élevé, au péril de sa vie, à partir de 1993, lors de la «crise» qui a mis à feu et à sang pendant dix ans le Burundi, plus de 30 000 enfants orphelins pour la plupart, des deux ethnies dominantes, les Tutsies et les Hutus. Elle a su les accueillir, les protéger, les nourrir, mais surtout



Collaboration avec «Médecins Sans Frontières» belge

champs, irrigués par des cours d'eau toujours bondissants et rafraichissants.

«Coaché et initié» par deux anciens de la maison Gynécologie Sans Frontières, Richard et Claude, je suis allé de ravissement en ravissement. En quittant les bords du lac Tanganyika, nous laissons Bujumbura, bruyante, dans la brume ouateuse de chaleur, et après une longue route sinueuse nous nous élevons à travers les vertes collines, cultivées, où poussent café et thé, ainsi que les plantes maraîchères.

Sur le bord des routes, nous menant sur les hauts plateaux, cheminent perpétuellement, telle une parade, en un long cortège immuable depuis la nuit des temps, des femmes, richement vêtues de pagnes aux couleurs chatoyantes, qui vont des champs cultivés au marché, avec des paniers sur la tête et un enfant dans le dos, protégés du soleil par

les faire vivre ensemble, leur donner une éducation, et un métier. Elle a réussi à rompre le cercle infernal de la haine et de la vengeance, en créant une école d'amour et de tolérance, Maison Shalom, son ONG. «La haine n'a pas eu le dernier mot, et l'amour a triomphé», dit-elle souvent.

Mais Maggy dérange au Burundi, car elle a su démontrer que rien n'était impossible, que l'on pouvait bâtir un monde meilleur avec honnêteté et courage, sans compromission, à l'inverse de beaucoup de politiques locales.

Autre surprise, l'hôpital Rema, véritable havre de paix, lumineux, se dressant telle une cathédrale, sur la colline de Nyamutobo, éclairé par le soleil déclinant de cette fin d'après-midi. Hôpital créé en 2008 grâce à l'énergie communicante et la volonté entêtante de cette Femme, pour arrêter «le massacre des innocents»,



Elles quittent l'hôpital en dansant

des femmes mourant en voulant donner la vie.

C'est l'hôpital de tous les possibles, où nous croyons que espoir se conjugue avec pérennité. Rema, en langue kirundi signifie «reconstruis-toi, console-toi, courage, sois debout».

«Former sans se substituer, apprendre et accompagner», la philosophie de GSF a pu dans un tel terreau se développer et prospérer

Les femmes et les hommes qui y travaillent, plus d'une centaine, très souvent d'anciens orphelins, sont tous porteurs du même message d'espoir et de fraternité, relever ce pari fou, où la santé ne doit plus être un privilège, mais un droit. Où vous devez avoir le droit de vous faire soigner, correctement et dignement, même si vous êtes pauvres et démunis. Ils sont devenus des amis. Eux qui nous accueillent en nous disant vous «venez de si loin...», dans notre confetti d'Afrique, eux qui pour la plupart n'ont jamais quitté Ruyigi, et encore moins le Burundi. Leur horizon dépasse rarement les collines environnantes.

J'y ai retrouvé, durant ces cinq missions passées, toute l'humanité disparue de nos hôpitaux de nantis, déshumanisés, où l'avocat a remplacé le curé, et où la gestion financière et la rentabilité ont fait oublier l'Homme, ses doutes et ses souffrances.

Dépasser la simple mission de gynécologie chirurgicale

«Former sans se substituer, apprendre et accompagner», la philosophie de GSF a pu, dans un tel terreau, se développer et prospérer. Ainsi, la «transmission» par les anciens dans le métier dans

la pure tradition du compagnonnage, a pu se faire tout naturellement, évitant le «néo-colonialisme médical».

Nos «apprentis» sont devenus autonomes, et sont maintenant capables de prendre en charge les pathologies gynécologiques chirurgicales, même en notre absence.

Nous sommes là-bas, seulement parce qu'ils nous ont invités. Nous ne sommes pas chez nous, ce sont nos hôtes, nous sommes leurs invités, et leurs amis.

Depuis la première mission, une idée a germé et ne m'a plus quittée. Dépasser la simple mission de gynécologie chirurgicale, pour laquelle j'avais été mandaté. Donner plus.

Une envie irrésistible et communicative est née : agrandir le cercle, et faire se rencontrer des gens qui auraient continué de s'ignorer, à réunir toutes les bonnes volontés, nombreuses, rencontrées dans nos vies passées.

Ainsi est né tout d'abord, le partenariat entre l'hôpital Rema et celui de Draguignan, où durant 30 ans, j'ai côtoyé de gens de grande qualité humaine, voulant s'engager mais ne sachant pas toujours comment bien le faire. Deux containers de matériel, médical et informatique, ont pu être donnés et adressés, à la demande exclusive des médecins de Rema, évitant ainsi que l'Afrique ne devienne la poubelle de notre bonne conscience.

Mais nous avons pu aller plus loin en facilitant la venue d'une pharmacienne, Carole et de deux biologistes, Annie et Christian, faire des périodes de compagnonnage à Rema, et en recevant en retour un médecin «gynécologue», Vastine, et un laborantin, Christian.

Depuis deux ans des conférences de «découverte» se sont succédées dans les clubs services du Var, et notamment chez les Soroptimists, particulièrement engagées dans la lutte pour les femmes, afin de faire connaître GSF et Maison Shalom, et de lever des fonds pour les missions futures. En juin de

cette année, nous avons pu faire rencontrer à plusieurs centaines de personnes, cette femme extraordinaire, simple et attachante à la fois, cette voix de l'Afrique et du monde, Madame Marguerite Barankitse, venue en toute simplicité et amitié, durant une semaine en Dracénie.

Je fais mienne cette phrase de Kofi Annan, ancien secrétaire général des Nations Unies : «Quand on voit ce qu'une femme est capable de faire pour tant d'enfants, l'Afrique n'est pas perdue.»

Je terminerai cette «carte postale» d'un pays, où on n'en trouve pas, en remerciant tous les membres de GSF qui m'ont permis d'avoir la chance de pouvoir continuer à croire en l'Homme, et en la raison d'espérer, que l'aurore se lève enfin sur l'Afrique, et sur ce beau pays qui mixe modernité et moyen âge, pays riche de cœur, peuplé de pauvres, diront certains, mais ayant une force de résilience extraordinaire. L'espoir est perceptible. «Distribuer le bonheur ne demande pas beaucoup d'intelligence» nous rappelle Maggy, dans nos jours de doute. J'ai besoin de l'Autre, de me voir vivre dans son regard et dans ses sourires, surtout si je ne connais pas sa langue, seulement celle de son cœur.

Merci à mes compagnons «d'armes humanitaires», Claude et Richard qui m'ont fait confiance et témoigné leur sincère amitié. Ils ont partagé avec moi cette aventure humaine, car il s'agit bien d'une Aventure à la rencontre de l'Autre, et de soi-même, avec toutes ses différences et ses richesses.

Merci à Laetitia, mon épouse, infirmière de GSF, qui a su trouver les mots de réconfort les soirs de doute post opératoire, dans la lumière blafarde d'un groupe électrogène qui crachouille dans le noir.

Je vous embrasse tous en souhaitant que votre tour vienne un jour.

Allez tchao et à bientôt.

SB

Mission Haïti Maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles Port-au Prince

Le projet « Réféchance »

Longtemps considéré comme « la perle des Antilles », Haïti est un des pays les plus pauvres au monde. La situation sanitaire d'Haïti est particulièrement préoccupante et tous les indicateurs de périnatalité virent au rouge pour ce pays régulièrement frappé par les ouragans et dévasté par le seisme du 12 Janvier 2010.



Denis Therby
Gynécologue
obstétricien
Pavillon Paul Gellé
CH Roubaix
59100 Roubaix

Les mortalités infantile et maternelle demeurent parmi les plus élevées du monde : ainsi, 1900 mères perdent la vie en accouchant chaque année pour ce petit pays de moins de 10 millions d'habitants.

L'une des principales causes passe par le fait que seules 25% des naissances ont lieu dans un établissement de santé. Dans les campagnes, 3 femmes sur 4 accouchent à domicile et la majorité de la population n'a pas accès aux soins. Ceci explique qu'au total, le taux de naissances assistées par du personnel qualifié n'est que de 26%, (sans progression depuis plus de 30 ans), et que l'on observe un taux global de césariennes anormalement bas dans le pays (3,3%). Cet accès réduit aux soins est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle comme premier recours face à la maladie, avec les incuries et complications que l'on peut lui connaître.

Vers un soutien aux structures de soins : le projet « Réféchance »

L'ONG «Gynécologie Sans Frontières» accompagne Haïti depuis le seisme de janvier 2010. Les différentes missions exploratoires et de soins menées jusqu'à présent dans le pays, en particulier dans la capitale (Port-au-Prince), ont permis de dresser l'état des lieux et d'élaborer un projet visant à améliorer la santé maternelle et infantile sur la capitale et le département du Grand Ouest : **Le projet « Réféchance ».**

L'objectif général de ce programme porte sur la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et infantile, en favorisant l'accès aux soins et la pratique des accouchements dans des cadres plus sécurisés. **Pour cela, notre stratégie consiste à améliorer la prise en charge gynécologique et obstétricale dans les maternités de la capitale et du département du Grand Ouest d'Haïti, en particulier au sein de la maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles et dans les structures alentour pratiquant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUBs).**

Notre action consistera donc dans un premier temps à mettre à niveau cette maternité afin d'en faire un pôle d'excellence de gynécologie-obstétrique.

La maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles est un hôpital universitaire public qui totalise près de 5000 accouchements par an et exerce une fonction «SONUC» (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et Chirurgie). Dans le cadre d'une



Salle des grossesses pathologiques

structure pyramidale en réseau, comme nous pouvons le connaître dans notre pays, cette maternité aurait pour vocation d'être l'hôpital mère-enfant de référence du réseau de soins maternels et infantiles de la capitale et tout le territoire de l'Ouest. Force est de constater qu'elle en est malheureusement loin actuellement... Notre action consistera donc dans un premier temps à mettre à niveau cette maternité afin d'en faire un pôle d'excellence de gynécologie-obstétrique. **Le projet passe donc par une mise à niveau des moyens humains et techniques de l'établissement et consiste en un soutien logistique et matériel. Dans le même temps, une formation de tous les personnels de santé, acteurs de la naissance sera délivrée sous forme d'un apport théorique et un compagnonnage sur chaque site sensible de la maternité (consultations, salles de naissance ou bloc opératoire).**

Un second axe de soutien consistera quant à lui en un accompagnement et une formation continue de tous les professionnels de la périnatalité (sages-femmes, infirmières, auxiliaires de soins, internes-résidents et médecins), exerçant dans les maternités et centres de santé primaires «SONUBs» (Soins Obstétricaux et Néonataux de Base) de la capitale et du département du Grand Ouest, référant à Chancerelles.

Eduquer tous les professionnels de santé

Là encore, il s'agit d'éduquer tous les professionnels de santé de ces structures à la prévention de la mortalité maternelle par une sensibilisation à la culture du risque obstétrical, aux réflexes d'évitement et leur permettre de maîtriser les gestes simples et éditer

des mesures adaptées à ce risque. Enfin, la mise en place et la pérennisation d'un fonctionnement en réseau de soins de santé maternelle associé au renfort des partenariats et complémentarités SONUC/SO-NUBs complèteront ces deux actions. **La clé de réussite de cet ambitieux projet décliné sur trois ans passe par la mise en place d'un partenariat pérenne tripartite entre la maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles, l'ONG Gynécologie Sans Frontières et l'hôpital de Roubaix (59).**

Gageons que la volonté mutuelle de tous ces gynécologues-obstétriciens et sages-femmes tant Haïtiens que Français permettront d'entraver ce fléau qu'est la mortalité maternelle et redonner confiance en l'avenir ainsi que le sourire à toutes ces familles meurtries par les décès de toutes ces jeunes mères...

Roubaix le 20 /07/2014
DT



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

Prénom : Nom :
Profession :
Date de naissance :
Adresse :
Ville : Code Postal :
Tél. : Portable :
Courriel :

Bulletin d'adhésion

- ☐ Je fais un don à l'association d'un montant de :
☐ 50 €
☐ 100 €
☐ Autre : €
- ☐ J'adhère à l'association Gynécologie Sans Frontières pour l'année 20..... et je m'acquies de la cotisation annuelle d'un montant de :
☐ 40 € (membre adhérent)
☐ 75 € (membre adhérent bienfaiteur)
- ☐ Je souhaite en savoir plus sur les missions organisées par GSF et les conditions pour partir

Une attestation fiscale donnant droit à une réduction d'impôt vous sera adressée en retour.
Merci de votre soutien !

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

Gynécologie Sans Frontières (GSF)

Université de Nantes - Faculté de Pharmacie
9 rue Bias - BP 61112 - 44011 Nantes cedex

Tél : 02 53 48 46 35 / 02 53 48 46 41 - admin.gynsf@gmail.com

www.gynsf.org

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

Nous vous remercions de votre aide...