



## COMPTE RENDU

### **MISSION DE COMPAGNONNAGE CHIRURGICAL GYNECOLOGIQUE HOPITAL DE SIKASSO Mali Du 15 au 30 septembre 2018**

**\*\* Si vous désirez lire le rapport complet avec notamment ses annexes faites en la demande au siège de GSF.**

#### **Préambule :**

Ce rapport a été écrit à quatre et six mains. *Les parties en italique sont de NB*  
La partie obstétrique sera traitée dans un autre rapport de MS et SDM.

#### **1 INTRODUCTION :**

L'Association Brive-Sikasso, déjà vieille de près de 35 ans, œuvrant dans le cadre du Jumelage entre les deux villes, a permis le rapprochement naturel entre GSF et les structures de santé de la ville de Sikasso.

En 2017 est signée un partenariat et en janvier 2018 une mission d'évaluation composée du Président de GSF le Dr Claude ROSENTHAL et d'une sage-femme Madame Claudine BURBAN se rend sur place et pose les grandes lignes de ce superbe projet.

Cette mission de septembre 2018 est la première étape du programme MALIGORE.

### Ont participé comme « Missionnés GSF » :

Marianne SOLER	Sage-femme	MS	1 <sup>ere</sup> mission
Sabine DE MARNE	Sage-femme	SDM	
Noémie BRUEY	Gynécologue	NB	1 <sup>ere</sup> mission
Laetitia BOYER	IDE Post OP	LB	
Serge BOYER	Gynécologue	SB	

### Ont participé comme Soutien Logistique dans la préparation de la mission :

De très nombreux messages emails sont été échangés en amont de notre venue avec :

#### a) La Mairie :

- Le Maire, M Kalfa SANOGO .....
- Le 2<sup>ème</sup> adjoint, chargé du partenariat, M Vincent .....
- Le Secrétaire général mairie M Koué DIOMA .....

#### b) L'Association TERIYA (interface Brive-Sikasso :

Le Président Mr Souleymane COULIBALY ....

#### c) L'Hôpital :

Le Directeur : Dr Faoussouby CAMARA....

Directeur adjoint : Dr Youssouf DIAKITE .....

Le Président CME , Dr Layes TOURE (ortho/traumato).....

Le Chef service de gynécologie : Dr Soumaïla TRAORE .....

#### d) Le Centre de Santé de Référence (CSRef)

Le Directeur par intérim : Dr Drissa KONATE .....

#### e) Le Directeur Régional de la Santé : Dr Dramane TRAORE .....

#### f) Le Président de l'Association Brive-Sikasso : Mr M.BLANCHER .....

## 2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Mise en route et accompagnement de la chirurgie gynécologique voie basse et voie haute dans le cadre de la campagne de la prise en charge des maladies handicapantes de la femme, hors fistule : NB et SB
- Mise en place des soins post opératoires dans un espace dédié avec personnel qualifié, accompagnement par une IDE : LB
- Mise en route d'un accompagnement en Maternité à l'hôpital de Sikasso : MS (Voir rapport indépendant)
- Mise en route d'un accompagnement en Maternité au Centre de Référence de Sikasso : SDM (Voir rapport indépendant)



### 3. PREPARATION DE LA MISSION :

Briefé de très nombreuses fois par le Président de GSF, Claude ROSENTHAL et Claudine BURBAN, Sage-femme, qui ont effectué la mission d'évaluation en janvier 2018 et par le Président de l'Association Brive-Sikasso, Monsieur Michel BLANCHER. Que celui-ci, trouve ici nos plus sincères remerciements pour son aide logistique, son écoute et sa parfaite connaissance du terrain.

La mission a également été préparée en amont par de nombreux échanges emails avec le Dr Soumaila TRAORE, chef du service de la Maternité de Sikasso, et le Directeur de l'hôpital le Dr Faoussouby CAMARA, afin de recruter des patientes, de faire participer les gynécos et les chirurgiens des hôpitaux périphériques.

De nombreux échanges mails ont également été effectués avec les autres partenaires locaux : Le Maire de Sikasso et son équipe, Monsieur Kalfa SANOGO, le Président de l'Association TERIYA, Monsieur Souleymane COULIBALY, équivalent local de l'Association Brive Sikasso. RDV pris à notre hôtel le Mamelon pour le dimanche 16 au soir lors de notre arrivée pour installer le programme de la quinzaine et partager le verre de l'Amitié avec tous nos partenaires locaux.

#### **4. JOURNAL DE BORD :**

##### **Samedi 15 Septembre:**

L'équipe GSF est réunie à l'aéroport Charles de Gaule avant l'embarquement.

Vol sans problème jusqu'à Bamako. Le passage de police et de douane se fait rapidement et tous les sacs personnels et de matériels sont bien réceptionnés.

Comme prévu deux chauffeurs envoyés par le Dr Faoussouby CAMARA, Directeur du centre hospitalier de Sikasso, nous attendent avec une pancarte : « Dr Serge. GSF »

Nous donnons l'adresse aux chauffeurs A... et M.... : « GESAM Baco Djicoroni rue 734 porte 623 Aci Sud », et là commence une errance sans fin dans Bamako, car ils ne connaissent pas cet hôtel.

Rapidement nous constatons que le numéro des rues est très aléatoire et presque toujours absent.

Nous épuisons les plans B, C, D... après appel téléphonique à nos correspondants à Sikasso pour trouver le logement d'autant que la nuit tombe rapidement. Et puis comme souvent en Afrique, la dixième ou vingtième personne interrogée, improbable rencontre dans la rue grouillante de Bamako, connaît le GESAM et nous y conduit. L'immeuble porte un autre nom et la rue ne porte pas de numéro. Forcé à l'adaptation habituelle de nos missions, la Providence est venue à notre secours.

##### **Dimanche 16 Septembre :**

Départ de Bamako à 8H, une voiture pour nos bagages, une plus confortable pour l'équipe GSF.

Nous traversons à vive allure les villes et villages et arrivons vers 12H30 après 380 Km à Sikasso.

Installation à l'hôtel, celui-ci est connu de nos chauffeurs, « le Mamelon » nom prédestiné pour l'équipe GSF.

En fait construit sur une collinette qui surplombe la ville à côté du grand marché.

A 18H, comme prévu une grande délégation de la Mairie, de l'Hôpital, de l'Association TERRIYA (en langue bambara signifie AMITIE) nous rejoint pour nous souhaiter la bienvenue, rappeler les partenariats déjà bien anciens, autour du verre de l'Amitié. Les présentations faites des uns et des autres, nous nous quittons prêts à démarrer la mission dès le lendemain.

##### **Lundi 17 Septembre:**

L'équipe GSF se sépare, Sabine De MARNE est attendue au Centre de Référence, proche de notre hôtel.

Marlene SOLER se dirige vers la Maternité, l'équipe chirurgicale, Laetitia ROUSSEL BOYER, Noémie BRUEY, et moi-même vers le service de gynécologie et le bloc opératoire, après un passage rapide au staff quotidien pour les présentations.

Détour ensuite pour une nouvelle réception et présentation chez le Directeur le DR Faoussouby CAMARA.

« La campagne prolapsus » peut commencer, une vingtaine de patientes de Sikasso mais aussi de villes éloignées ont été enregistrées. Ce jour deux patientes seront prises en charge au bloc, des prolapsus complets.

Découverte des équipes de bloc et des nombreux gynécologues, chirurgiens et urologues, venus assister et participer aux interventions de la semaine, gynécos des villes de Bougouni, Koutiala, Sikasso .....Remise des instruments chirurgicaux apportés. (ANNEXEN°2)

*« Lors de l'intervention, les différents personnels s'agglutinent autour des opérateurs sans distinguer le stérile et le non stérile. De plus, tout le monde répond à son téléphone, s'interpelle, discute fort, sans respecter le travail du chirurgien et encore moins la patiente qui n'est pas endormie.*

*Autre chose surprenante, lorsqu'il s'agit d'une première mission, c'est le dossier médical : très sommaire avec comme items le nombre de coépouse et le nombre d'enfants vivants et décédés. »*

*« Nous examinons ensuite d'autres patientes qui ont été programmées pour la campagne : les prolapsus complètement extériorisés se succèdent, chez des femmes jeunes voire même très jeunes... Avant une hystérectomie, il faut demander l'avis au mari. Soumaïla nous explique que lors d'une hémorragie du post-partum, l'hystérectomie est pratiquée facilement à plusieurs conditions : avoir au moins 5 enfants du même père, de sexes différents.*

*Nous voyons une patiente de 30 ans avec un cas de fistule recto-vaginale sur aplasie vaginale et utérine. La patiente est mariée depuis l'âge de 16 ans, les rapports sexuels sont douloureux et il n'y a jamais eu de grossesse. Son mari n'a pas pris d'autre épouse. Après discussion, la patiente sera revue à la campagne des fistules, bien que dans son cas, il semble discutable de réparer la fistule car le risque de récurrence est important et que ce geste devrait être associé à un agrandissement vaginal, intervention très rare et nécessitant souvent plusieurs reprises. Par ailleurs, il semblerait que l'intérêt de la patiente soit de pouvoir continuer à avoir des rapports tant bien que mal, afin de garder son mari et de ne pas être rejetée par lui et socialement ».*

## **Mardi 18 :**

Le Dr Soumaila TRAORE vient nous prendre à 7H30 à notre hôtel, comme il le fera tous les jours de la quinzaine, avec beaucoup de gentillesse. Staff quotidien reprenant tous les « dossiers naissances » depuis la veille. Après la visite des opérées de la veille, qui vont bien, nous nous dirigeons vers le bloc Op. Ce jour seront prises en charge 5 femmes porteuses de prolapsus génitaux, stade 2 et 3, une a été refusée pour cette mission car jeune, 23 ans, avec un désir d'enfant, elle reviendra lors de la mission de janvier 2019 où le Dr Claude ROSENTHAL pourra faire de la chirurgie réparatrice conservatrice.

*« Pendant ce temps, une rachi-anesthésie est posée à une patiente, avant de s'apercevoir qu'il s'agissait d'une patiente refusée quelques jours plus tôt car enceinte d'environ 20 SA. Mais la patiente a des homonymes et il n'y a pas de moyen d'être sûr de l'identité de la patiente (pas de bracelet*

*d'identification) et la gestion du bloc n'est pas gérée par un seul chef. Les rôles ne sont pas clairement définis : ainsi, une fois la rachi-anesthésie, la question se pose de savoir qui va l'opérer... ».*

Au bloc opératoire, deux salles ont été réservées à la Gynécologie cette semaine pour la « campagne prolapsus », les autres spécialistes n'opèreront pas. En temps normal le service de Gynécologie bénéficie d'un seul jour par semaine des deux salles d'OP, le mercredi. De ce fait notre enseignement et prise en charge chirurgicale se fera essentiellement lors de cette première semaine.

Nouveau passage chez le Directeur avec les médecins invités des villes voisines à participer à cette campagne.

Visite protocolaire dans l'après-midi chez le Maire de Sikasso, Monsieur Kalfa SONOGO.

Retour à l'hôpital et contre visite, toutes les patientes vont bien.

Laetitia B a commencé son compagnonnage auprès des équipes de soins de l'hospitalisation pour la prise en charge post opératoire. (ANNEXE N°4 et 5).

Les dysfonctionnements au bloc OP sont très nombreux et préoccupants (à lire plus loin : 8.1)

Retour à l'hôtel à 18 H, heureux mais fatigués.

## **Mercredi 19 :**

Staff quotidien dirigé par le Dr Soumaila TRAORE accompagné par les gynécos du service.

Remise au Dr Soumaila TRAORE des médicaments et du matériel apportés, notamment des ventouses. (Annexe N°1)

Nous continuons la rencontre, la découverte et l'apprentissage du personnel nombreux du bloc opératoire et nous nous apprivoisons mutuellement !

Ce jour, six femmes seront opérées, cinq porteuses de prolapsus stade 3, par voie basse dont deux compliquées car il s'agit de reprise d'échec antérieur, et une hystérectomie voie haute pour un très gros fibrome accouché par le col.

Les différents opérateurs se succèdent accompagnés par NB et SB

Le déjeuner tardif est pris à la cantine de l'hôpital.

Contre-visite dans l'après-midi, toutes les patientes vont bien. Quelques consultations sont réalisées auprès des femmes programmées aux interventions futures.

Nous sommes donc à 13 patientes opérées en 3 jours depuis lundi.

## **Jeudi 20 :**

Ce jour a été décrété cette année, jour chômé par le gouvernement, pour fêter le 10<sup>eme</sup> jour du début de l'an musulman.

Une grande visite le matin est effectuée avec le Dr Soumaila TRAORE, toutes les patientes vont bien. Les suites sont simples.

## **Vendredi 21 :**

Staff quotidien.

Retour au bloc, après une visite rapide des opérées des jours précédents.

Sortie à J4 des premières opérées de la semaine avec les consignes pour le retour au domicile.

Quatre vont être opérées, trois prolapsus complets avec hystérectomie et cure de cystocèle, et une cure de rectocèle seule. Quelques consultations sont effectuées.

L'après-midi est plus « light » en raison de la prière du vendredi.

## **Samedi 22 :**

Jour de la Fête Nationale, il y a 58 ans le Mali gagnait son indépendance.

Une grande visite des opérées est effectuée avec le départ à J4 des 5 femmes opérées mardi, avec des suites très simples.

Le Dr Soumaila TRAORE a repris dans la soirée précédente une patiente présentant un saignement secondaire important de la tranche vaginale. Ce matin elle va bien.

Nous programmons nos activités pour la deuxième semaine avec des présentations GSF le matin au staff car il n'y aura que la journée de mercredi consacrée aux interventions chirurgicales gynécologiques.

*« Ballade dans Sikasso: nous nous arrêtons à un spectacle organisé par des jeunes de « l'Association malienne pour la protection et la promotion de la famille » dont le message est clair : promouvoir le contrôle des naissances. Sur leur T-shirt est inscrit : « Mets ta capote mon pote », « Un enfant si je veux quand je veux », « Etre jeune c'est être responsable ».*

Invitation de l'équipe GSF et dîner chaleureux chez le Directeur, le Dr Faoussouby CAMARA. Un présent est offert à notre hôte.

## **Dimanche 23 :**

Visite des opérées. Elles vont toutes très bien. Sorties de quatre patientes à J4. Excursion à Missirikoro en compagnie de Monsieur Koué DIOMA, secrétaire général de la Mairie. Dîner très chaleureux chez Mr Souleymane COULIBALY, Président de TERRIYA. Un présent est offert à notre hôte.

## **Lundi 24 :**

Staff du service, en présence de tous les médecins, sages-femmes, et infirmières présents, puis présentation à l'aide d'un diaporama, par Laetitia B, sur « La surveillance en post-opératoire »

Visite complète avec les dossiers du service maternité et gynécologie avec les anciennes opérées. Sortie de trois patientes opérées sans problème. Une autre chauffe, 39°, et présente un hématome post op sus vaginal confirmé à l'échographie vaginale.

*« Puis nous nous occupons d'une patiente avec Soumaila, Serge et Laetitia : il s'agit d'une patiente hystérectomie le 18/9 qui présente de la fièvre depuis 2 jours avec une déglobulisation post-opératoire. A l'échographie, un hématome au niveau de la loge d'hystérectomie est visualisé et au toucher vaginal, on sent que la suture vaginale a lâché. Nous décidons donc d'une reprise chirurgicale qui est finalement décalée au lendemain puisqu'il est nécessaire de faire une transfusion préopératoire qui nécessite un don de sang de la famille. »*

Noémie B accompagne le Dr Soumaila TRAORE durant la matinée d'échographie (15 patientes) et Serge B participe à la consultation avec le Dr Amarra CISSE (34 patientes, essentiellement des grossesses et quelques consultations de stérilité).

*« J'accompagne Soumaïla en consultation d'échographie : les différentes échographies s'enchainent, principalement échographies de grossesse pour datation, biométries, vitalité et présentation, échographie pelvienne pour douleurs ou infertilité. Un compte rendu est édité pour chaque patiente. L'appareil est petit mais de qualité correcte pour réaliser ce type d'échographie. Soumaïla est à l'écoute des patientes et réalise des échographies tout à fait satisfaisantes même si la notion de datation mériterait d'être reprécisée car celle-ci change à chaque nouvelle échographie, ne permettant donc pas de déceler un RCIU ou une macrosomie ».*

## **Mardi 25 :**

Staff matinal du service, exposition de dossiers, puis présentation sous forme de diaporama par Noémie B des « Complications hypertensives de la grossesse ».

*« C'est l'occasion d'échanger sur nos pratiques, sachant qu'en France nous gérons plus aujourd'hui les prééclampsies sans complications et au Mali, c'est l'inverse avec beaucoup de patientes qui présentent une éclampsie, un hématome rétro placentaire. Quelques personnes présentes posent des questions. Globalement, la prise en charge est similaire avec quelques différences au niveau du bilan biologique et du terme de prise en charge des nouveaux nés puisqu'au Mali, quasiment aucun foetus ne survit avant 32 SA. »*

La visite des opérées permet de libérer les dernières patientes. Seule reste une patiente qui sera reprise au bloc en fin de matinée pour lâchage de la cicatrice vaginale suite à un hématome sous péritonéal avec une transfusion post Op.

Matinée de consultations d'obstétrique et de stérilité pour Serge B avec le Dr Soumaïla TRAORE (34 patientes) et d'échographie pour Noémie B avec le Dr Amara CISSE (10 patientes).

Réunion très importante organisée dans l'après-midi chez le Directeur Régional de la Santé, le Dr Dramane TRAORE, (nous avons échangé en amont par mail). Nous sommes accompagnés par le Directeur de l'hôpital, le Dr Faoussouby CAMARA qui présente l'organisation et les bons résultats de la « Campagne prolapsus » mais aussi le cout.

Sont présents en plus de Serge B, Noémie B, et de Laetitia B : Monsieur Mama DIONI, Directeur du Développement social, le Dr Benoit TRAORE Chef de division Santé, et Madame Keita Fatoumata SAMAKE, Directrice Régionale de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille. Il s'agit du quatuor qui gère la santé dans toutes ses diversités dans la région de Sikasso. Echanges très intéressants pour la poursuite des missions et des « Campagnes prolapsus ».

*« Tous paraissent contents de l'initiative qui a permis d'identifier la pathologie du prolapsus comme une maladie handicapante, notamment au plan social, qui doit donc bénéficier d'une meilleure communication pour que les malades consultent et soient soignées. »*

Et le Dr Camara d'ajouter « le poids social pèse bien plus lourd que la souffrance de la maladie »

Je rappelle que GSF sera présent de nouveau dès janvier 2019 si tous les partenaires locaux le souhaitent avec l'Association Brive Sikasso.

## **Mercredi 26 :**

Staff matinal du service, exposition des dossiers de la dernière garde, puis visite du service.

Deux interventions au bloc OP :

1/ Une laparotomie pour un kyste hémorragique stabilisé qui en d'autres lieux aurait bénéficié d'une coelioscopie.

2/ Une hystérectomie voie basse pour un CIN1 chez une femme de 46 ans ayant eu 8 enfants.

Long échange de vue avec le Dr Soumaila TRAORE sur les mutilations sexuelles féminines, sujet qui sera présenté ce vendredi en réunion plénière de la communauté médicale de l'hôpital.

Récupération des boîtes chirurgicales apportées par GSF.

« Exploration » de la salle dédiée à la chirurgie coelioscopique et endoscopique, non utilisée jusqu'à présent. Le gros matériel est présent : colonne coelio, caméra, écran de contrôle, scialytique, respirateur sont neufs. Dans un immense carton de 1M50 x 1M50 nous découvrons trocars, pinces coagulantes, résecteur endoscopique utérin, tout le matériel souhaitable pour lancer un compagnonnage coelioscopique, à voir avec nos amis de Chirurgie Solidaire. Il faudra peut-être compléter par le matériel stérile à usage unique, à savoir : housse de caméra, tuyau d'insufflation et quelques trocars à usage unique dont le trocart optique.

Déjeuner tardif dans l'après-midi au Mamelon où nous invitons le Dr Soumaila TRAORE.

Visite renouvelée de courtoisie de Mr Souleymane COULIBALLY qui vient s'assurer que tout se passe très bien.

## **Jeudi 27 :**

Staff matinal du service, exposition des dossiers, puis présentation par Marlene S « Les hémorragies de la délivrance ».

*« C'est l'occasion d'échanger sur les pratiques : Bakri avec préservatifs par exemple. On insiste sur le fait de l'importance de quantifier les pertes et d'avoir tout le matériel nécessaire à proximité de la salle d'accouchement ».*

Visite du service. Sortie de la dernière patiente de la campagne prolapsus, reprise mardi matin.

Participation active des membres de GSF à la « séance d'Audit », revue de morbidité maternelle mensuelle, avancée en raison de notre présence. De nombreux acteurs sont présents :

Le Dr Moussa KANTE, chef de service d'anesthésie réanimation.

Le Dr Aboubakar SANGARE, chef de service de Pédiatrie.

Le Dr Aminata GROITA, de la Direction régionale de la santé.

Mme Berthé DEMBELE, A M de la Direction régionale de la santé

Le Dr Soumaila TRAORE, les gynécos du service et quelques sages-femmes de l'hôpital.

Etaient excusés le Directeur et son adjoint, habituellement présents, mais actuellement à Bamako au ministère.

Durant deux heures trente seront présentés avec projection quatre dossiers de femmes décédées ces dernières semaines, dans les premiers jours ou heures, de leur hospitalisation. La parole circule librement avec respect des propos des uns et des autres, prenant le temps de s'écouter, conforme à la charte de l'audit qui est lue en préambule de la séance, (annexe N°6). Nous avons été très

agréablement impressionnés par la rigueur des exposés à la recherche de l'évitabilité ou non de ces morts maternelles. Les conclusions sont notées et seront lues lors de la prochaine séance mensuelle.

*« Au total, sur les 4, un est finalement remis à une autre séance car incomplet. Les 3 autres sont considérés comme évitables avec une prise en charge non optimale, pour un cas de cause obstétricale directe et 2 de causes obstétricales indirectes ».*

A noter déjà 32 morts maternelles depuis le début de l'année 2018 dont 8 constatées à l'arrivée. Pour mémoire 34 en 2017.

Invitation et dîner très sympathique chez le Dr Soumaila TRAORE, avec sa famille, en présence du Dr Layes TOURE, Président de la communauté médicale de l'hôpital, chirurgien orthopédiste et le Dr Aboubacar DIALLO chef de service de chirurgie. Deux présents sont offerts à notre hôte.

## **Vendredi 28 :**

A l'invitation du Dr Soumaila TRAORE et du Dr Layes TOURE, Président de la CME, présentation au staff général de l'hôpital des « Mutilations sexuelles Féminines, l'Expertise de GSF », devant une bonne cinquantaine de participants médecins, cadres et soignants de l'hôpital, toutes spécialités confondues.

Exercice de communication difficile en raison notamment de la prévalence des MSF au Mali (plus de 90% des femmes sont excisées) mais dans un respect mutuel des différences. De très nombreux échanges ont suivis avec les médecins, qui n'ont pas manqué de souligner nos incohérences françaises sur l'alcool et la maltraitance des vieux « jetés » dans les hospices. « Vérité en de ça de la Méditerranée (Pyrénées), erreur au-delà ».

*« Mais la plupart des membres présents semblent opposer à l'excision, bien que la motivation mise en avant ne soit jamais la diminution du plaisir féminin ».*

A noter aucune prise de paroles des femmes présentes en nombre dans la salle !

A la lumière de ce débat d'idée sur cette conception traditionnelle de leur société, le président de la CME et le Dr Soumaila TRAORE ont proposé de travailler, comme l'a fait SFSF au Bénin avec Delphine WOLFF, à recenser, dénombrer, inclure les matrones de Sikasso et colliger les complications reconnues à l'hôpital. Beau projet !

Cette présentation a été entrecoupée par l'arrivée impromptue du Maire de Sikasso, Mr Kalfa SANOGO, accompagné par l'ORTM, la télévision malienne. Un reportage a été enregistré sur la « Campagne prolapsus » et des interviews données.

Ensuite débriefing de notre quinzaine dans le service de gynécologie avec l'ensemble du personnel. Chaque acteur de GSF présente les points positifs et les points à modifier, surtout dans les comportements plus que dans les connaissances. Noémie B, Laetitia B et Marlène S s'expriment à tour de rôle. Avec franchise et honnêteté, avec la rigueur et le cœur, nos interventions permettront certainement au Dr Soumaila TRAORE de faire passer des messages à son personnel. Ce dernier rappelant ce proverbe africain : « Celui qui ne te dit pas la vérité est ton ennemi et non ton ami ».

Un débriefing général, de notre mission et de la « Campagne prolapsus », est ensuite organisé par la direction de l'hôpital en présence du Directeur Adjoint le Dr Youssouf DIAKITE, du deuxième adjoint

de la Mairie, Mr Vincent COULIBALY, du Président de l'Association TERRIYA, Mr Souleymane COULIBALY, du Surveillant Général Mr Hamidou KONATE et bien sûr du Dr Soumaila TRAORE.

Après les remerciements d'usage réciproques est évoquée la pérennisation des futures missions et de leurs financements. Cette prise en charge chirurgicale, complètement gratuite pour les patientes porteuses de prolapsus, a été entièrement financée, et uniquement, par l'hôpital. Nous avons également évoqué la mise en route de la salle de coelioscopie avec la possible participation de l'ONG Chirurgie Solidaire. Nous avons l'accord de la direction de l'hôpital et des chirurgiens concernés pour faire le lien avec le Président de Chirurgie Solidaire.

Après la prière du vendredi, nous nous retrouvons tous au Mamelon pour un repas commun, rejoint par le Maire de Sikasso qui vient saluer de nouveau l'engagement de GSF.

## Samedi 29 :

Départ pour Bamako à 8H30 avec deux nouveaux chauffeurs. Route sans souci jusqu'à ce qu'une grue en travers de la chaussée tente de soulever un camion-citerne de liquide inflammable couché sur le flanc et nous barre durant une heure le passage. Plus loin, cet obstacle passé, un pneu éclatera faisant arracher l'aile arrière du 4X4. Arrivée à 15H30. Nous avons bien fait de prendre de la marge ! Envol vers 23H.

## Dimanche 30 :

Dispersion de l'équipe GSF à CDG après une quinzaine passée ensemble.



SB et NB

## **5 LES MOYENS :**

### **5.1 Ont participé aux différentes activités chirurgicales et d'enseignements:**

#### **A/ Les médecins de l'Hôpital de Sikasso :**

**Dr Soumaila TRAORE** Chef du service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Sikasso

**Dr Moussa COULIBALY** *Gynécologue*

**Dr Amara CISSE** *Gynécologue*

**Dr Oumou TOURE** *Gynécologue*



**Dr Amadou CAMARA** *Gynécologue*

**Dr Ibrahim TRAORE** *Gynécologue*

**Dr Aboubacar DIALLO** *Chirurgien*

**Dr Batio TRAORE** *Chirurgien*

**Dr Moussa DIASSANA** *Chirurgien*

**Dr Salif TRAORE** *Urologue*

**Dr Moussa KANTE** *Anesthésiste*

#### **B/ Les médecins de l'Hôpital Centre de Référence de Bougouni :**

**Dr Mariam CISSE** *Gynécologue*

**Dr Mala SYLLA** *Gynécologue*

**Dr Ousmane COULIBALY** *Gynécologue*

#### **C/ Les médecins de l'Hôpital Centre de Référence de Koutiala :**

**Dr Tian MAGASSA** *Gynécologue*

**D/ Le personnel infirmier anesthésiste au bloc Op et dans l'unité de surveillance post Opératoire des femmes hospitalisées:**

Monsieur K... infirmier anesthésiste, Mesdames C..., sage-femme chef, R..... surveillante du service, et de très nombreuses infirmières et sages- femmes.

Le surveillant du bloc Op Monsieur Y.....B..., et Monsieur Y....K... le surveillant général de l'hôpital.

### **5.2 Matériels disponibles dans le service**

### **A/ Bloc Opérateur :**

Deux salles d'opération classiques avec chacune:

Une table correcte pour chirurgie gynécologique voie basse avec étriers

Deux scialytiques plafonniers très corrects.

Aspirateur et bistouri électrique satisfaisant et fonctionnel.

Respirateur anesthésique non utilisé durant notre passage car seulement des rachianesthésies ont été pratiquées.

Une salle neuve, « en avenir », de chirurgie endoscopique, entièrement équipée, non mise en service !

### **B/ Instruments opératoires :**

En nombre très insuffisant pour la chirurgie voie basse et « brulé » par des stérilisations successives de mauvaise qualité, manque de valves voie basse.

Complément apporté et mis à disposition : Deux boîtes entières d'instruments neufs, (annexe N°2)

### **C/ Service de soins post OP :**

Une, puis deux, enfin trois salles d'hospitalisation de 6 à 8 lits ont été mises à disposition par le Dr Soumaila TRAORE, afin de créer un secteur de surveillance post Op regroupé permettant une prise en charge des patientes avec un personnel dédié et motivé. Laetitia B a pris en charge ce secteur o combien important puisqu'en fin de première semaine nous avons 17 femmes opérées hospitalisées.

#### **5.3 Matériels apportés par NB et SB**

Fils chirurgicaux, blouses stériles, gants, champs opératoires, sondes et sacs urinaires etc.  
(Annexe N°1)

## **6 LES RESULTATS :**

### **6.1 Nombre de sessions de formation :**

5 journées opératoires ont été organisées du lundi 17 au vendredi 22 septembre (« Campagne prolapsus ») et le mercredi 26. (Journée classique opératoire pour le service de gynéco). A noter également une reprise chirurgicale le mardi 25.

### **6.2 Contenu de la formation :**

A) Les différentes techniques chirurgicales gynécologiques, voie basse et haute, exprimées en salle d'OP.

B) Formation du personnel du service de gynécologie sous forme de diaporama présenté le lundi 24 par Laetitia B sur « La surveillance post Op », le mardi 25 par Noémie B sur « Les complications hypertensives de la grossesse », le jeudi 27 par Marlene S sur « Les hémorragies de la délivrance ».

C) Conférence devant l'ensemble des médecins de l'Hôpital et le personnel soignant le vendredi 28 sur les Mutilations Sexuelles Féminines par Serge B.

D) Formation pratique et théorique des soins post-opératoires avec l'équipe d'infirmiers et de sages-femmes dédiée par Laetitia B.

### **6.3 Nombre de participants :**

Les gynécologues, chirurgiens, urologues ont été 14 à participer aux différentes interventions soit comme opérateur principal soit comme aide. (voir plus haut au 5.1 et plus bas au 6.5).

#### 6.4 : Evaluation pré et post-formation :

La plupart des opérateurs cités plus haut ont une excellente connaissance de la chirurgie voie basse, qu'ils soient gynécos, chirurgiens ou urologues. Plus qu'un compagnonnage nous avons échangé des techniques, des pratiques et des astuces chirurgicales, apporté des principes de rigueur dans le bloc opératoire, fait part de retour d'expériences heureuses et malheureuses. Ils sont très demandeurs pour poursuivre l'expérience.



**Dr Soumaila TRAORE**

6.5 : Les interventions chirurgicales :

N°	DATE	NOM Prénom	AGE	DIAGNOSTIC	ACTE OP	OPERATEUR + AIDES	SORTIE
1	17	M.....	60	H3 C3 R0	HVB+ T Ant+Halban	****.	J4
2	17	D.....	57	H3 C3 R0	HVB+ T Ant+Halban	****.	J4
3	18	D.....	57	H2 Récidive Opérée voie haute	HVB	.	J4
4	18	O....	62	H3 C2 R1	HVB+ T ANT		J4
5	18	S.....	40	H3 C3 R0	HVB+ T ANT		J4
6	18	T....	40	H3 C3 R0	HVB+ T ANT		J4
7	18	K....	27 G8/P8	H2C1 RO Allongement hypertrophique col	HVB		J9
8	19	C....	38	Gros Fibrome	HVHTE+ Salpingectomie		J5
9	19	T.....	58	H3 C3 R1	HVB+ T Ant+Halban		J4
10	19	K.....	27 G5 P4	H3C1R1 Récidive Opérée voie basse	HVB		J4
11	19	T....	45	H3 C3 R1	HVB		J4
12	19	T.....	36	H3 C3 R1	HVB+ T ANT		J4
13	19	S.....	60	H3 C1 R1	HVB		J4
14	21	K.....	60	H3 C3 R1	HVB +T Ant+Halban		J4
15	21	K....	57	H3	HVB+T ANT		J4
16	21	T.....	37	RECTOCELE	COLEPOST	SB+	J4
17	21	C.....	35	H3 C3 R1	HVB+T ANT		J4
18	26	B.....	30	KYSTE HEMORRAGIQUE	LAPARO		J5

19	26	D....	40	CIN1 HTA 8G	HVB		J4
----	----	-------	----	----------------	-----	--	----

19 Femmes avaient été recrutées dans la grande région de Sikasso pour cette « Campagne prolapsus ». Deux ont été récusées car une enceinte de quatre mois avec une H3 C3, et une jeune de 23 ans avec trois enfants, déplacée à la mission de janvier 2019 pour une chirurgie réparatrice conservatrice.

Les deux femmes opérées le mercredi suivant 26 septembre ont portés le nombre final à **19 de patientes prises en charge avec le soutien de GSF** durant la quinzaine.

#### 6.6 Activités de consultation :

Participation de NB et SB aux consultations d'obstétrique +++ et de gynécologie +, (68 patientes) et d'échographies (25 patientes) avec les Drs Soumaila TRAORE et Amara CISSE.



## **7 Les Points forts :**

### **7.1 Le Bloc Opérateur :**

-La prise en charge « sécuritaire » des patientes pendant les interventions peut s'envisager avec la présence impérative en salle des infirmiers (IBODE et IADE) et des internes de l'hôpital qui ont participé à toutes les interventions.

### **7.2 Le Service de soins post OP :**

La « création d'une unité dédiée », deux puis trois salles d'hospitalisation, dans le service de gynécologie, a été capitale pour la surveillance des patientes durant la quinzaine : regroupement des patientes à surveiller, formation complémentaire des infirmières et des sages-femmes, de jour et de nuit, établissement et démonstration de l'intérêt majeur d'une feuille de surveillance des paramètres vitaux et des soins standard (Annexe N°5). L'ensemble du personnel soignant a très bien adhéré à cette proposition de surveillance, et nous pouvons penser que cela sera poursuivi après notre départ en améliorant encore les transmissions écrites.

### **7.3 Le recrutement des patientes à opérer :**

-A été très bien organisé en amont avant notre venue à Sikasso par l'hôpital et la Direction Régionale de la Santé.

*« L'organisation de la Campagne Prolapsus : les patientes ont été recrutées en amont et l'indication opératoire était bonne. Après avoir rencontré la Direction Régionale de la Santé et plusieurs discussions, il s'avère que ces campagnes chirurgicales (puisque c'est le même principe pour la campagne de prise en charge des fistules) permettent de faire connaître cette pathologie auprès de la population. Comme il s'agit d'une pathologie tabou et avec un impact social important (la patiente peut être mise de côté par son mari), la campagne permet aux femmes de consulter et de bénéficier d'une prise en charge gratuite d'une pathologie très invalidante pour elles ».*

-Le recrutement et la sélection pourront être améliorés en encourageant les médecins des hôpitaux périphériques de venir avec leurs patientes à opérer. Des conseils de « sélection » ont été formulés pour la prochaine mission pouvant ainsi bénéficier d'une chirurgie conservatrice et réparatrice.

-Précisons cependant qu'il nous semble difficile actuellement d'opérer plus de 5 à 6 patientes par jour et que nous pouvons être limités par le nombre de lits d'hospitalisation si nous faisons 5 jours opératoires lors de la prochaine « Campagne de prolapsus ».

-Rappelons que l'hôpital a pris en charge tous les frais habituels pour de telle opération (160 000 FCFA environ), comprenant l'acheminement et le retour des patientes en voiture ou car, leur nourriture ainsi que celle des accompagnants, le kit opératoire, l'acte opératoire. GSF a fourni blouses OP, fils chirurgicaux, sondes urinaires, gants stériles....

### **7.4 La tenue des réunions d'Audit mensuelle sur la de MorbiMortalité maternelle.**

Surprenante à ce niveau mais o combien importante pour progresser. (Annexe N°6)

**7.5 La perspective d'ouvrir un travail sur les Mutilations Sexuelles Féminines, de recenser et inclure les exciseuses dans un programme de reconversion, et dénombrer les complications reconnues.**



**Sourire des femmes opérées avant le départ**

## **8 Les Points à améliorer :**

**Je rappelle ce proverbe africain, cité par le Dr Soumaila TRAORE : « Celui qui ne te dit pas la vérité est ton ennemi et non ton ami ».**

### **8.1 Le Bloc Opératoire :**

**-Au fil de la quinzaine nous avons assisté à un très grand nombre d'insuffisances et d'évènements indésirables plus ou moins graves.**

**-Le premier nous a marqué, homonymie de nom et prénom. Une patiente, porteuse d'un prolapsus H2 C2 qui avait été récusée car..... enceinte de 4 mois, a été installée sur la table d'opération et a bénéficié d'une rachianesthésie ! Les patientes arrivent au bloc avec des dossiers médicaux mal renseignés ou pas renseignés du tout.**

**-Les fautes d'asepsie sont majeures, répétitives et quotidiennes : Une boîte d'instruments chirurgicaux déjà ouverte sert à plusieurs interventions successives, passe d'une salle à l'autre. Les aides opératoires sont souillées en permanence par les « spectateurs » qui se pressent sur les opérateurs, il en est de même de la table des instruments.**

**-Les blouses opératoires tissés et les champs opératoires, de bonne qualité, sont très humides à l'ouverture des tambours, faisant douter d'une stérilisation sûre et efficace.**

**-Malgré la présence d'un Sas pour se changer avec des placards, les intervenants rentrent en salle d'OP avec les tenues des salles d'hospitalisation et les chaussures de ville! Il faut créer et faire vivre une zone tampon à l'entrée du bloc avec vestiaire obligatoire pour tous : chaussures, sabots, vêtements dédiés au bloc OP, bavettes, masques.**

**-Le comptage des compresses est lui aussi très aléatoire malgré une affichette de recommandations collée dans chaque salle. Il vous manque une poubelle dans une salle, que cela ne tienne, on va la chercher dans l'autre, sans rien signaler, même si elle est déjà remplie par les compresses de l'intervention en cours, et bien entendu à la fin..... le compte est inexact . Et on cherche les compresses manquantes !**

**-Les instruments chirurgicaux pour les voies basses sont en nombre insuffisant et de mauvaise qualité, usés par le temps, les ciseaux ne coupent plus depuis longtemps. Besoin pour nos futures campagnes de rapporter des instruments complémentaires (Valves de Bresky, Aiguille de Deschamps, JL Faure, Chaput, Kelly, Valve à poids ...). Il faut envisager de les laisser sur place.**

**-Il a été impossible d'obtenir une anesthésie sous AG pour une voie haute avec hystérectomie pour gros fibrome. Ce n'est pas dans les habitudes, donc intervention difficile et à risques pour la patiente.**

**-L'asepsie verbale est également à travailler. Le bloc est un « lieu de passage et de bavardage continu » par des gens qui n'ont rien à y faire. Aucune rigueur, ne serait-ce pour le respect des femmes opérées, qui ne sont pas endormies, et des opérateurs. On y parle haut et fort de politique, de faits de société, et de foot comme si une intervention chirurgicale n'était pas en cours. On s'y dispute parfois !**

**-Il semblerait, selon les dires du personnel des salles d'hospitalisation, que les infections Post Op sont très fréquentes. Rien d'étonnant à cette affirmation.**

**-Les patientes arrivent au bloc sans douche préalable et avec des pagens pas toujours propres.**

**-Il faut enseigner le lavage des mains, le séchage, puis la prise des solutions hydro-alcooliques, à tous les opérateurs car c'est très fantaisiste actuellement.**

**-La tenue du livre des protocoles opératoires, présent dans le couloir entre les deux salles d'OP est très inégale, selon les opérateurs et les jours. A la fin de notre « Campagne prolapsus » seules 6 interventions sur les 17 avaient été notées dans le livre, dont 4 par les opérateurs GSF. Informations indispensables et utiles en cas de complications post Op ou simplement pour faire des statistiques et un bilan dans quelques semaines. Les protocoles pourraient être écrits par les aides OP, ou les internes, cela serait un bon apprentissage pour la compréhension de l'intervention avec la supervision de l'opérateur N°1.**

***«Organisation générale au bloc : les dossiers ne suivent pas les patientes et peuvent donc être égarés ; il n'y a pas de moyen fiable d'être sûr de ne pas confondre les patientes (alors qu'homonymes très fréquents) en l'absence de bracelet d'identification. Il n'y a pas de programmation claire, écrite et***

*respectée des patientes ce qui peut être à l'origine d'erreurs. Il serait nécessaire d'avoir un véritable coordonnateur au bloc qui gère à la fois le respect des règles d'hygiène et le déroulement des programmes opératoires. Prendre les mesures de protections nécessaires vis-à-vis du risque de transmission du VIH (avertir les intervenants, doubler les gants au bloc ).*

*Protocoliser les pratiques : sans être adepte du « tout protocole », certaines choses doivent être protocolisées afin de faire partie des automatismes : par exemple, vérifier l'identité de la patiente et l'indication opératoire avant le bloc, compter les compresses toujours au même moment, en donner toujours autant au début de chaque intervention, toujours préparer certains matériels en fonction de l'intervention (exemple : sonde urinaire prête pour la fin d'une hystérectomie par voie basse)... »*

**BIEN ENTENDU L'ENSEMBLE DE TOUS CES NOMBREUX DYSFONCTIONNEMENTS NE SONT PAS LE FAIT DU SERVICE DE GYNECOLOGIE UNIQUEMENT MAIS DE TOUS LES OPERATEURS ET DE TOUTES SPECIALITES CONFONDUES.**

**-Ces constatations et recommandations, à peu de frais, permettraient de diminuer l'usage intempestif et très coûteux des antibiotiques dans le post OP.**



## Compagnonnage au bloc

### 8.2 Le Service de soins post OP :

**-L'expérience positive et concluante d'un secteur dédié de surveillance post Op, doit être reproduite et ensuite transmise aux personnels de la Maternité, pour la surveillance des césariennes, très fréquentes, et plus tard, pourrait être étendue à celui du service de chirurgie viscérale et orthopédique.**

**- Laetitia B a su, avec patience et accompagnement quotidien, enseigner la prise des paramètres vitaux et surtout leur importance pour dépister à temps une complication, toujours possible. Deux exemples de complications précoces sont venus conforter cette surveillance nouvellement apprise.**

**-Améliorer les transmissions entre les équipes d'infirmières et de sages-femmes. Favoriser et encourager les transmissions écrites dans les dossiers de soins, afin de limiter au mieux les oublis, néfastes pour les patientes.**

**-Travailler sur le dossier de soins, voire sur la planification et l'organisation des soins, dans un bureau disponible, dans lequel seraient regroupés les dossiers, le matériel nécessaire et un tableau Veleda.**

### 8.3 Hygiène dans le service :

Il n'y a pas de point d'eau ni de Solution Hydro Alcoolique dans le service. Les tables et les salles d'examen, les lits d'hospitalisation ne sont pas nettoyés, malgré parfois la présence de sang ou autres liquides après chaque passage et/ou départ.



### 8.4

Il serait très intéressant de pouvoir doter le service de gynécologie d'un négatoscope, d'un colposcope, et d'un Poupinel afin d'éviter la stérilisation centrale pas adaptée pour la Maternité. Ce matériel collecté chez un gynécologue en France par l'association Brive Sikasso a été adressé par un container cet été.

## 9 CONCLUSIONS :

La mission s'est déroulée dans une très bonne ambiance de respect mutuel, de confiance et de partage réciproque entre tous les membres de GSF et nos amis maliens, sans doute grâce à l'ancienneté des relations amicales établies entre tous les partenaires et notamment grâce à l'historique du Jumelage Brive.Sikasso.

Cette première mission pratique, dans le cadre du partenariat avec Gynécologie sans Frontières, a été à la fois une mission de compagnonnage et de développement, mais aussi une mission d'échanges et de partage des connaissances, car nos opérateurs maliens, dont le Dr Soumaila TRAORE sont déjà très bien formés.

Lors des prochaines « Campagnes prolapsus » il faudra bien se souvenir que nous pouvons intervenir seulement une semaine complète plus un jour le mercredi suivant, ce qui limitera à 25 ou 30 au maximum les patientes. Par ailleurs, pour encadrer les différents opérateurs dans les deux salles d'OP fonctionnant en simultanée, l'équipe de gynéco GSF devra être composée de deux intervenants, un ancien et un jeune, comme cette fois.

On peut penser que toutes ces femmes opérées, porteuses de prolapsus invalidants, n'auraient pas été prises en charge, sans la présence de GSF et surtout sans la gratuité des soins, offerte et permise par la Direction de l'hôpital (150.000 FCFA, soit 225 Euros). Sans la « Campagne prolapsus » il n'y aurait pas eu de traitement médical et social de ces femmes. Il faut souhaiter que ce financement puisse être poursuivi dans l'intérêt majeur des femmes maliennes.

GSF, avec toutes ses composantes, maternité et chirurgie, peut et doit assurer deux missions annuelles pérennes dans les années à venir.

Beaucoup de choses restent à améliorer, nous l'avons décrit plus haut, mais je pense que l'hôpital de Sikasso et plus particulièrement le service de gynéco-obstétrique ont un très bel avenir. Dans la ville de Sikasso, l'Hôpital de Référence Régionale est bien celui dirigé par le Dr Faoussouby CAMARA et le Dr Soumaila TRAORE.

Merci à tous nos Amis Maliens.

Dr Serge BOYER Gynécologue  
Dr Noémie BRUEY Gynécologue  
Laetitia BOYER IDE Post OP.



**Les Notables de Sikasso**

#### **ANNEXES :**

- 1/ Matériel et Médicaments apportés, dons
- 2/.Matériel chirurgical prêté
- 3/ Dossier médical GSF
- 4/ Conduite à tenir en Pré et Post OP
- 5/ Feuille de surveillance Post OP

## 6/ Charte des Audits



## DES SOURIRES POUR TERMINER

