

Lutte contre l’excision en Côte d’Ivoire



Portraits de Femmes Africaines



La mortalité maternelle au mali



Les actions de GSF au Togo



GSF au Bangladesh



LE MOT DU PRÉSIDENT : Missions exploratoires et de développement en Afrique et en Asie.



Claude Rosenthal
Président de GSF

“Ce qui est fait pour moi, mais sans moi, est fait contre moi. N. Mandela”

Ces mots de Nelson Mandela, enseignés par notre ambassadeur le Pr. J.F. Mattei n’ont jamais eu autant de sens. Chaque pays, en voie de développement a ses particularités, sa politique de santé, ses traditions, sa façon de vivre et de penser.

Finis le temps des « French doctors ». GSF depuis longtemps s’est engagée dans la voie de l’accompagnement, du développement coopératif et non dans celle de la substitution.
Dans ce numéro 10, nous parlons de ces missions de collaboration avec plusieurs pays : le Mali, la Côte d’Ivoire, le Togo, le Bangladesh. Chaque missionnaire expose dans le journal ses certitudes et ses doutes.
La lutte contre les mutilations sexuelles féminines est plus que jamais d’actualité. Notre mission est de transformer les matrones exciseuses en agents communautaires de santé dans le but d’améliorer la surveillance des grossesses, dépister les grossesses à

risques, favoriser l’accompagnement des parturientes dans les centres de santé et le suivi de la mère et de l’enfant. Pour **Sylvie Gouezou et J.P. Harlicot**, cela n’a pas été sans difficultés.
Sur ce thème nous avons le plaisir de publier un texte poignant d’**Elodie Torrente** : Sané. Elodie anime des ateliers d’écriture et son prochain livre abordera, à partir de son expérience personnelle, les violences faites aux femmes.
Serge Boyer, en rappelant la mémoire du fondateur de GSF, **Roger Géraud**, évoque l’évolution de la santé maternelle depuis 20 ans.
Claudie Louet expose dans le journal la place de la mortalité maternelle dans le système de santé malien et montre à

quel point les 3 retards mis en exergue par l’OMS restent d’actualité.
Dans ce combat contre la mortalité maternelle et devant l’inflation du taux de césarienne (surtout depuis la gratuité des soins dans de nombreux pays) **Delphine Wolff** revient sur la sous-utilisation de la ventouse obstétricale en Afrique. Mais nombreux sont les obstacles : l’absence de formation (pourtant au programme SONU), le coût et l’entretien.
Au Togo, à la demande du Ministère de la Santé, dans le cadre d’un financement Muskoka, GSF effectue une mission de compagnonnage auprès du CHR d’Atakpamé et développe 4 axes de formation : Échographie, Cardiotocographie, lutte contre les

violences obstétricales et prise en charge des douleurs de l’accouchement.
A la demande de l’ONG Friendship qui exerce depuis plus de 20 ans au Bangladesh, **Richard Beddock** a conduit une mission exploratoire pour accompagner et soutenir les soignants locaux dans les deux maternités des camps de Rohingyas de la ville de Coxbazar. Plus au Nord, à Shyanmagar GSF se propose d’aider à la mise en route d’une maternité dans un véritable Hôpital-École.
Pour répondre à de nombreuses demandes, les projets de GSF sont multiples, avec toujours la même devise : accompagner sans se substituer. Alors accompagnez-nous !



SANÉ
Elodie TORRENTE

“Je suis dans une pièce blanche et stérile. Le chirurgien est à mes côtés. La chaleur de sa main diffuse un espoir jusque-là interdit. Dans quelques heures, je serai une femme. Peut-être.
Je m’appelle Sané. J’ai trente-quatre ans. Je suis malienne. Ma peau est noire, mes yeux joyeux, mes jambes longues et mon dos bien droit. Jamais je n’ai courbé l’échine, ployé sous le joug de leurs coutumes. Jamais. Sauf ce jour-là.

Je me souviens. Les fesses posées sur mes talons, à même la terre battue, sous le soleil, je joue avec Issa. L’awalé confié par la communauté nous ravit davantage à chaque partie. Cet après-midi-là, pour la première fois, je gagne. Je fanfaronne face à Issa. J’ai quatre ans, il en a six. Il perd. Il se vexe. Pourtant, Issa c’est le meilleur pour manipuler les petites graines dans les cases de bois. Mais je domine tandis qu’il peste. « Fais ta maligne. Ça ne va pas durer. », grogne-t-il avant de disposer tous les pions dans le grainetier. Je suis gaie. Je gagne. Je verse deux graines ici, trois autres dans le trou d’à côté, quand des ombres s’immobilisent au-dessus de nos têtes.

Je me souviens. Des vieilles femmes courbées, édentées, vêtues de tissus couvrant des corps cassés, des étoffes amples et colorées finissant sur des doigts osseux et des ongles jaunis.

Leur nombre ? À l’époque, je ne sais pas compter. Mais elles sont plusieurs, ça, je le vois. Ma mère n’est pas de cette étrange

délégation féminine. Au même instant, livre-t-elle à Dieu des prières inutiles ? Je ne comprends pas pourquoi Issa me regarde soudain ainsi. Avec jubilation et tristesse mêlées. Ni ce qui oblige mon copain à se lever d’un bond après avoir refermé le jeu sculpté sur mes doigts. Ces femmes sont là pour moi ? À la vitesse où il décampe entre les jambes des matrones, à voir tous ces visages creusés au-dessus de ma tête, je tente une esquiv. Trop tard. Leur piège se referme sur ma petite taille. Je me débats. Mais que peut une fillette de quatre ans contre plusieurs femmes déterminées, marionnettes convaincues du bien-fondé de leur croyance ? La plus forte soulève mon corps frêle et le transporte jusque dans la grande case traditionnelle en banco, la hutte des accouchées. J’implore ma mère. C’est mon père qui m’accueille à l’entrée. « N’aie pas peur, ma Sané. Aujourd’hui est un grand jour pour toi. Ton père est fier de donner une femme à son village. Sois heureuse. Tu es celle-là. » Il est si serein, si déterminé en prononçant ces paroles ! Je me laisse installer sur le lit de paille, à côté des couteaux, des onguents, de la boue et des bassines d’eau jaunâtre. L’une des vieilles remonte mon boubou jusqu’à

mon torse osseux pendant qu’une autre, après s’être lavé les mains dans l’eau croupie, s’empare d’un petit couteau. Je cherche mon père du regard. Il n’est plus là. Les hommes n’ont aucune place dans les histoires de femmes. C’est ma dernière pensée. La lame qui déchire mes entrailles, le fil qui coud mes petites et grandes lèvres, déchaînent des douleurs insoutenables. Mon esprit s’évanouit. Combien de temps cette mutilation durat-elle ? Je ne sais pas.
Par chance, l’infibulation ne provoqua aucun gonflement, aucune infection.

Les saignements s’estompèrent assez rapidement. Pourtant, alors que les jours suivants le village fête mon avènement, je souffre le martyre.

Les vieilles femmes n’ont laissé à mes mictions qu’un faible interstice pour s’écouler. Tandis que les villageois chantent, les plus belles de mes lèvres sont closes.
Le temps ne m’a pas permis de souffrir moins. Juste de prendre la mesure de mes douleurs. Celle de m’asseoir uniquement sur le bord des chaises. Celle d’éviter de rester debout les jambes écartées. Celle de proscrire tout contact avec la moindre étoffe un peu épaisse. Celle de compresser ma vessie pendant des heures avant de me décider à la vider. Dès l’instant où la mutilation m’a obligée à anticiper la moindre de mes positions, mon enfance s’est envolée. En cela, ils ont réussi. À leur image, je suis une femme. Comme les autres. Comme toutes les autres de la contrée, je suis mutilée.





À mes seize ans, ils décidèrent de me marier. À Issa. Depuis l'awalé, je l'avais fui, le tenant pour responsable de ma condition. La veille de ces noces forcées, les vieilles femmes revinrent me chercher. Cette fois, je ne me laissai pas soulever, embarquer, découper. Malgré les hommes venus en renfort, je réussis à me sauver de cette abominable assemblée. En dépit de la souffrance, je parvins à semer mes poursuivants dans tout le village et même loin dans les champs. Dans cette course effrénée, sans eau, ni vivres, ni argent, je quittai ma famille, des larmes plein les yeux, décidée à fuir le plus loin possible. En quelques jours j'atteignis Bamako. Là-bas, je fis la connaissance d'une femme qui me guida vers une association destinée à aider les jeunes filles malades et sans famille.

Mon histoire, ils l'avaient entendue des centaines de fois.

Nous étions des milliers dans ce pays, à subir de telles atrocités. Illettrées pour la plupart, en fuite ou répudiées, beaucoup d'entre nous trouvaient dans ce lieu, auprès des autres, le refuge refusé par nos proches. J'y fus accueillie, soignée, écoutée, reconfortée pendant quelques jours. Puis, alors que je me sentais mieux, bien que toujours souffrante, Issa se présenta à moi, un soir, dans une ruelle, visiblement saoul. Il avait retrouvé ma trace et entendait me ramener pour m'épouser. Quitte à employer la force, me menaçait-il avant de me plaquer contre une porte. Ses bras musclés m'empêchèrent de résister. Il s'introduisit si violemment dans mon entrejambe étroit que je perdis connaissance. Le lendemain, je me réveillai à l'hôpital. Issa avait déchiré cette partie de mon corps que dorénavant je maudissais.

Le peu de considération des médecins pour cette douleur qui me détruisait m'ôta toute foi en l'homme, tout amour pour ce pays qui tyrannisait ses femmes. L'Europe fut alors mon espoir. Et même si je mis cinq ans avant d'atteindre cette terre promise, le plus beau jour de ma vie fut celui où une riche Française m'employa pour un maigre salaire, mais l'assurance de ne jamais plus fouler la terre de mes aïeux. Pour preuve, elle garda avec elle mes papiers. Pendant huit ans. Peureuse, frileuse, pauvre et illettrée, je ne quittais que très rarement l'appartement de mes employeurs situé dans un quartier bourgeois de la capitale française. Quant à mes jours de repos, je les occupais à dormir et à écouter de la musique classique, ma préférée, grâce à un poste laissé là par la dernière occupante. Jusqu'au jour où la police débarqua. C'était il y a six ans. D'abord, ils menottèrent Madame. Puis Monsieur. Heureusement, au mois de février, les enfants étaient à Courchevel. Ils me demandèrent de les suivre. J'obtempérai docilement. La peur au ventre, désireuse de ne pas être renvoyée dans mon pays. Au commissariat, je répondis que Madame conservait mes papiers pour me protéger, pas contre ma volonté. Mais je ne crois pas qu'ils m'écoutèrent. Mes patrons restèrent en cellule tandis que l'on me confia à un agent des services de l'immigration. Entrée illégalement en France, mon retour au Mali était à prévoir pour la semaine suivante. La femme m'accompagna au dispensaire. Le médecin qui me reçut avec bienveillance m'expliqua que la procédure d'expulsion exigeait un examen médical complet. Avais-je des douleurs, une maladie, des antécédents ? La peur de rentrer en Afrique, l'étrange intuition selon laquelle ils ne pouvaient pas m'expulser dans cet état, me forcèrent à l'impudeur. Je soulevai ma jupe. À l'examen de ma

vulve, il ordonna une hospitalisation d'urgence.

Il me le promet. Je ne repartirais pas comme ça.

Je suis dans une pièce blanche et stérile. Le chirurgien est à mes côtés. La chaleur de sa main diffuse un espoir jusque-là interdit. Dans quelques heures, je serai une femme ? Je suis restée deux semaines à l'hôpital puis trois autres en convalescence avant de repartir au Mali. Le supplice n'éreinte plus mon corps. À Bamako, je vends des vêtements et vis dans un bidonville. Quand j'ai du temps libre, j'aide les femmes de l'association. Il y a tant à faire ici. C'est en sortant d'une réunion que je l'ai revu, il y a trois mois. Il m'attendait et pleurait. Mariam, sa sœur cadette, venait de mourir. La désinfection n'avait pu être pratiquée avant son accouchement. La jeune femme comme le bébé s'étaient épuisés au point d'y laisser leur vie. Dans cette rue où quelques années auparavant il avait abusé de moi, Issa me demandait pardon pour sa violence. J'acceptai sa rédemption en lui prenant la main pour lui présenter toutes celles qui, chaque jour, travaillaient pour l'arrêt de ces pratiques barbares, de ces coutumes morbides tueuses de femmes et d'enfants, nuisibles à toute la société. Par le drame, mon copain d'awalé comprit l'enjeu pour notre peuple. D'autres en feront autant. J'ai espoir. Surtout ce soir où, pour la première fois de ma vie, envers et contre toutes leurs atrocités, grâce à la chirurgie, sous de tendres caresses, mon corps s'éveille enfin au plaisir d'être une femme. Emportant dans un rôle la petite fille condamnée.

■ **Élodie Torrente**



Élodie Torrente

Élodie Torrente est publiée depuis 2008. Ses nouvelles sont parues aux Éditions La Voix au Chat Libre, aux Éditions du 38, chez Ska Éditions et chez Short Édition. Chez cet éditeur, certaines ont été primées, d'autres ont été publiées dans les revues *Short !*, *Le Quotidien du Médecin*, dans des hors-série *Short Fashion Stories*, 2045, ainsi que dans les Distributeurs d'Histoires Courtes en France, aux États-Unis et en Australie (traduites en version anglaise).

Elle anime des ateliers d'écriture, a fondé et organise à Auvers-sur-Oise le Prix international de la Nouvelle humoristique francophone depuis 2014. Son premier roman, *VOSTFR, Version Originale Sous-Titrée Français*, est sorti en mai 2018 chez NDB Éditions. Sa nouvelle *Du corps au cœur* sélectionnée parmi 234 participants par le Prix de la nouvelle érotique 2018 est parue en octobre 2018 aux Éditions Au diable vauvert dans un recueil de dix nouvelles intitulé *Le dîner de cons*. Son prochain roman, en cours de rédaction, aborde, à partir de son histoire personnelle, la violence faites aux femmes en France.

Son actualité littéraire est consultable sur : www.elodietorrente.fr.

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

HARMONIE MUTUELLE SOUTIENT GSF

Harmonie Mutuelle soutient GSF et en particulier ses programmes en terre Africaine visant à réduire la morbidité et mortalité maternelle par l'amélioration de la prise en charge gynécologique et obstétricale.

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

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

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

www.harmonie-mutuelle.fr



**Harmonie
mutuelle**
GROUPE vyv



LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DE L'EXCISION DANS LA REGION DE TONKPI EN COTE D'IVOIRE

FÉVRIER 2019

Sylvie GOUZOU et Jean-Philippe HARLICOT

Dans le cadre du partenariat de GSF avec l'ACZA (Association Culturelle Zassa d'Afrique), j'ai été retenue en Décembre 2018 pour effectuer une mission de sensibilisation et de formation des matrones-exciseuses au suivi de la grossesse. Le but de cette formation est de faire diminuer voire disparaître le nombre d'excisions réalisées par ces matrones, tout en leur permettant de conserver à la fois leur statut dans la société mais aussi leurs revenus ...

Le projet de l'ACZA, défendu par Martha DIOMANDE, Ivoirienne, originaire du village de KABAKOUMA, elle-même excisée et issue d'une génération d'exciseuses, repose sur une connaissance profonde de la population YACOUBA qui peuple cette région, mais aussi de ses traditions, rites et initiations liées à la pratique de l'excision.

Dans cette région de TONKPI, l'excision touche encore 57 % des femmes malgré l'existence d'une loi la condamnant...

KABAKOUMA regroupe 20 matrones-exciseuses et une centaine d'acolytes et en 2010, 100% des habitantes étaient excisées...

Le projet vise à obtenir « l'adhésion » des matrones et de la population, en respectant une sorte de contrat « donnant/donnant » : l'excision confère un statut et des revenus aux matrones, il faut donc non seulement les sensibiliser aux dangers et risques de cette pratique mais aussi leur permettre, si elles laissent « tomber le couteau », d'être reconnues et considérées dans leur nouveau rôle.

GSF, après une mission exploratoire menée par Claude ROSENTHAL en Février 2017, a souhaité s'intéresser à ce projet en proposant la sensibilisation et la formation des matrones par des Sages-Femmes de GSF. La participation de GSF a aussi permis de finaliser la construction d'une maison des femmes à Kabakouma, construction qui permet d'accueillir ces femmes en respectant des règles sanitaires de base : Pompe à eau, évacuation des eaux usées, incinérateur ... Ces maisons permettent l'éducation, la formation et la transmission des connaissances des matrones aux jeunes, ce qui permet de maintenir « l'initiation » qui suit la pratique de l'excision (quand elle a lieu)

mais aussi de recevoir et surveiller les femmes enceintes.

Sage-Femme de GSF, je suis avant tout Sage-femme au CHU de RENNES donc collègue du Docteur Jean Philippe HARLICOT, responsable de cette mission qui effectue une prise en charge chirurgicale des mutilations sexuelles avec l'aide de 3 de mes collègues SF. Elles assurent les consultations des femmes qui ont subi une mutilation sexuelle et qui sont en demande d'une prise en charge de ces mutilations (que celle-ci aboutisse ou non à une réparation chirurgicale ...)

Je suis donc déjà sensibilisée aux problèmes que pose la pratique de l'excision et...me voici donc retenue pour une mission de terrain...

Cette mission consiste non seulement à former et sensibiliser les matrones mais aussi à découvrir et participer à 2 événements importants :

- la présentation du projet de la maison des femmes du village de MANGOIN.
- la participation à la « fête des traditions » de KABAKOUMA.

Après 11 h de trajet en bus, trajet qui nous permet de découvrir le paysage, à la fois sec et tellement vert, et au cours duquel nous nous approvisionnons lors des pauses auprès des femmes qui viennent nous proposer les produits qu'elles portent sur leurs têtes, attirant les regards par notre « type » européen, nous arrivons à MAN...

Installation, découverte des cascades, de la cathédrale, du marché local... Puis organisation des journées de formation qui auront lieu à la mairie de BIANKOUMAN : Formation au cours de laquelle 55 femmes se déplacent, 18 seraient matrones et 37 acolytes. M DIOMANDE expose en Yacouba le



but de notre présence, réexplique son projet...

Femmes visiblement heureuses d'être là, échanges très respectueux.

La discussion me permet de me rendre compte que ces matrones effectuent encore la plupart des accouchements, alors même que la Côte d'Ivoire s'est engagée dans un combat de santé publique de lutte contre les accouchements sans surveillance médicale... Elles parlent de « maltraitance » de la part des sages-femmes des centres de soins envers les femmes, que ces dernières choisissent d'avoir recours aux matrones plutôt et que, de plus, si elles orientent les femmes vers les centres de santé, elles ne touchent pas de rémunération ... Nous leur exposons toutes les situations

à risque qu'elles doivent connaître afin d'orienter au moins les patientes qui présentent des pathologies vers ces centres ...et répondons aux nombreuses questions qu'elles posent sur des situations vécues qui leur ont posé problème.

Le lendemain, cérémonie de présentation de la maison des femmes MANGOIN.

A notre arrivée, accueil cérémonial par le chef et les notables du village. Puis, sur le site (on peut visiter la maison (murs et toits achevés)) discours officiels du maire et de l'instituteur (l'ACZA propose aussi une prise en charge des frais de scolarité de certaines petites filles...) et autres notables, suivis de danses des femmes de MANGOIN, dans leurs robes traditionnelles. Participation également d'un « masque échassier » A l'issue de ces festivités, on nous offre à chacune une robe traditionnelle YACOUBA puis nous partageons un repas traditionnel. Nous prenons alors la route pour KABAKOUMA, où nous allons assister au « festival des traditions ».

De nombreux groupes de danseurs et musiciens sont présents et accompagnent en musique et en danse, avec les femmes du village, de véritables « cortèges » de filles. Ce cérémonial est un rite qui vise à mettre « en scène » les fillettes après leur excision...L'ACZA veut montrer que cette fête peut être une tradition maintenue même sans recours à la pratique de l'excision ... Nous passons 2 jours dans ce village, en immersion totale dans les familles qui nous accueillent. Là encore, échanges très chaleureux et très riches avec la population...

Après cette fête, retour / MAN, puis ABIDJAN pour retour en France

La semaine est très vite passée, mais m'a permis de me rendre compte de la complexité du problème de l'excision ; ce n'est pas « simplement » une pratique à interdire mais un sujet de société qu'il est nécessaire d'étudier puis de comprendre et enfin d'expliquer pour obtenir l'adhésion de tous si on souhaite l'enrayer

■ Sylvie GOUZOU
Sage-Femme CHU de RENNES



Après le compte rendu très intéressant de Sylvie voici quelques mots sur la deuxième partie de la mission février 2019 effectuée par Jean-Philippe Harlicot. Il s'agissait d'une mission d'exploration en vue de proposer des réparations clitoridiennes aux patientes ivoiriennes.

A MAN : THE RIGHT PLACE.

La première semaine s'est effectuée dans la région de Man et des 18 montagnes après une première visite au centre hospitalier de Biancouma , nous nous sommes vite rendu compte que ce n'était pas le bon endroit pour proposer ces réparations, en effet depuis la guerre le bloc opératoire n'est plus fonctionnel, le centre hospitalier offre aux populations des consultations médicales et obstétricales réalisées par une sage-femme mais ne peut accueillir sereinement de la chirurgie.

Tout naturellement nous nous sommes dirigés vers le centre hospitalier régional de Man où sont transférées les patientes nécessitant une chirurgie.

Après des rendez-vous auprès du directeur de l'hôpital, le Dr Koulibaly, nous avons pu rencontrer l'équipe chirurgicale et gynécologique.

En particulier le Dr Zae Bly chef de service de gynécologie, l'échange avec ce praticien a été très clair, Il souhaite acquérir les techniques de réparation, a de nombreuses demandes émanant de patientes de la région, et souhaiterait que nous revenions une semaine pour programmer avec lui une vingtaine de patientes.



Ceci pourrait se faire avec une simple convention avec l'hôpital. Après une visite du bloc opératoire et obstétrical nous avons vu que l'endroit était tout à fait adapté à ce type de chirurgie. Nous finissons par une rencontre avec le chef de service d'anesthésie qui nous assure pouvoir réaliser des Rachi anesthésie simplement pour les patientes. Par ailleurs il se renseigne sur la prescription des antalgiques nécessaires qu'il devrait acheter à moindre cout à la pharmacie de l'hôpital

Durant nos échanges je lui fais part de la possibilité de réalisation de formations type Sonu par GSF, il est intéressé et nous dit que la formation pourrait être couplée au compagnonnage chirurgical.

2^{EME} ACTE À ABIDJAN

La deuxième partie du voyage se passe à Abidjan où nous avons un contact, avec le CHU de Trechville où travaillent le professeur Guie et le professeur Bohoussou.

L'accueil par l'équipe est extrêmement chaleureux, le professeur Bohoussou est spécialisé dans les problèmes périnéaux, il connaît déjà la technique de réparation clitoridienne, mais la pratique assez peu. Très rapidement il me parle des caravanes chirurgicales qui sillonnent la Côte d'Ivoire actuellement pour les prises en charge des fistules obstétricales et nous imaginons ensemble la possibilité de dupliquer ce système pour les prises en charge de réparation clitoridienne qui sont principalement situées en dehors

d'Abidjan dans l'ouest et dans le nord de la Côte d'Ivoire.

Nous réfléchissons donc à un projet commun permettant de mettre en place ces caravanes.

Le séjour se terminera par un cours dispensé aux internes d'Abidjan afin de les sensibiliser aux problèmes d'excision en Côte d'Ivoire, à la réparation clitoridienne et échanger avec eux sur ce sujet.

L'HEURE DES CHOIX

Au terme de cette mission bicéphale, prévention et réparation, nous sentons qu'il est temps de faire des choix.

La partie prévention où nous étions adossés à l'association ACZA paraît de plus en plus difficile à suivre, en effet elle s'éloigne des critères médicaux et

sanitaires que nous nous étions fixés à GSF. Il nous paraît donc difficile de continuer à former les matrones sans une articulation claire et nette avec les systèmes de santé locaux.

Parallèlement à cela, le projet de formation à la technique de réparation paraît convenir davantage aux critères de fonctionnement de Gynécologie sans Frontières qui sont le compagnonnage et la formation chirurgicale.

Ce projet de formation a, au cours de la mission, mis en avant deux pistes sérieuses et simples qui sont la formation du chirurgien gynécologue de Man, et la collaboration avec le CHU de Trechville. Cette dernière paraît extrêmement prometteuse avec le professeur Bohoussou.

Affaire à suivre.

■ J.P Harlicot

Praticien Hospitalier CHU Rennes

Administrateur GSF



PORTRAITS DE FEMMES AFRICAINES OU LA SANTÉ MATERNELLE, 20 ANS APRÈS...

Serge BOYER

20 ans se sont écoulés, une éternité pour nous en Europe, mais pour l'Afrique c'est bien peu. Comme si le temps s'était arrêté à Bamako, à Antanarivo, à Kankan ou encore à Panzi au Congo, d'où il écrivait en 2000 un très beau livre, personnel, plein d'humanité et d'empathie universelle « Rivages de fuite ».

Je veux parler, vous l'avez compris, du Dr Roger Géraud, gynécologue obstétricien, le Président Fondateur de Gynécologie Sans Frontières qui nous quittait il y a déjà 4 ans, emportant sous ses « semelles de vent » la terre rouge africaine dont il était tombé amoureux, il y a bien longtemps.

A travers cet article de souvenirs et d'hommage, dans lequel je souhaite faire une large place à ses écrits, j'ai tenté de voir comment avait évolué la santé maternelle en Afrique depuis les années 2000. Quels progrès ? Quels succès ou échecs depuis 20 ans ? Quelles espérances ? Quelle est la place des femmes africaines dans ce monde moderne connecté, mais qui restent à la porte de leurs villages ou des mégapoles galopantes. Quels sont leurs émancipations, leurs droits et leurs devoirs ?



« Comment guérir l'Afrique ? » s'interrogeait déjà Roger Géraud en 2000, au tournant du troisième millénaire. Redoutant que l'Afrique continue à se vider de ses enfants les meilleurs, devenant une coquille vide, il préconisait de développer l'Afrique chez elle, et avec les africains évidemment. Il écrivait « aujourd'hui ce n'est pas l'impérialisme qui menace l'Afrique, c'est l'indifférence », c'était le temps « heureux » avant le rejet et le mépris actuel, presque consensuel, oubliant d'aller vers l'Autre, surtout s'il est africain.

« L'Afrique ! Ce mot simple et percutant ne parle pas à tout le monde, car il y a des tièdes et des indifférents, mais ceux à qui il parle se reconnaissent et s'appellent. Ce sont les « fous de l'Afrique ».

De doux rêveurs ou d'authentiques utopistes tels sont toujours les acteurs actuels des missions dites « humanitaires », comme si l'Afrique ne se livrait pas aux timides.

Dans son ouvrage, Roger Géraud fait la place belle aux femmes africaines « Je te salue Afrique pour ta délicatesse et ta bonté, pour ton allégresse, pour ta

force d'âme dans l'adversité. Je salue les femmes les plus belles du monde, droites malgré le poids de la malitude africaine et de la loi. Je salue les mères les plus douces du monde avec l'enfant au corps attaché et qui ne leur appartient même pas. Je salue ces gens qui font la fête le ventre vide et le cœur plein ».

De poursuivre plus loin, tels des instantanés de vie que nous retrouvons toujours 20 ans après :

« Pour la fille excisée qui crie à perdre haleine et dont les aïeules tribales couvrent les cris par des chansons.

Pour la gamine, à peine pubère, qui dit oui au Monsieur bien vêtu qui a des saletés dans la tête.

Pour la femme très haute qui revient du point d'eau avec la cruche vide et l'enfant dans son dos.

Pour la femme qui met au monde, seule et sans larme, un enfant mort.

Pour la femme adultère à laquelle des ados, sur commande, jettent des injures et des bâtons.

Pour celles qui se vendent, affamées de tout, pour un bol de manioc ou pour un mot trop tendre, inconnu d'elles à ce jour, dont elles ont appris l'existence à la ville par la télévision...Et l'enfant qui viendra aura l'œil brillant de la révolte.

Pour toutes les femmes africaines, sucre et sel de cette terre impitoyable et desséchée, je te salue Afrique »

Son hommage amoureux à l'Afrique dans l'introduction de son livre, je devrais presque dire son testament philosophique, se termine par ces mots prémonitoires de la situation actuelle: « L'Afrique a peur et les africains quittent leur propre navire pour un « ailleurs » problématique et dangereux. C'est un coup de sang.

Je te salue Afrique pour ton courage, ta permanence et ta pérennité ».

Au sujet des naissances voici ce qu'il écrivait : « La naissance en Afrique évoque l'ordalie, (le « jugement de Dieu » note de SB). Certes les femmes sont là (elles doivent être ménopausées), certes les vieillards sont là, ainsi que l'amie pratiquante chargée des prières mais on se fie à la volonté de Dieu. C'est de « l'obstétrique spirituelle ». D'où la terrible mortalité. Si l'enfant vit.... c'est Dieu qui l'a voulu ».

En 2019 la mortalité maternelle en Afrique reste un véritable fléau selon les sources, officielles ou officieuses, et selon les pays. Qu'il s'agisse des naissances en brousse loin des centres de santé ou dans les villes hors des structures sanitaires car les femmes sont trop pauvres, le résultat est le même, en moyenne une femme sur 200 meurt à l'occasion de sa grossesse. Les chiffres trop souvent sous-estimés n'ont pas vraiment évolué ou très peu.

La santé reste encore pour la plupart de ces femmes africaines malheureusement un privilège et non un droit.

La situation n'a pas beaucoup changé en 20 ans. Rappelons ces deux proverbes africains, passés de mode chez nous,

mais au combien toujours d'actualité là-bas : « La femme qui accouche a un pied dans ce monde et un pied dans l'autre » et « La santé de nos peuples débute dans le ventre de nos mères ».

Prenons deux exemples dans deux pays voisins à travers les missions de développement de GSF. Le Mali (hôpital de Sikasso) et la Guinée Conakry (hôpital de Kankan) ces dernières années. Nous pouvons juger du chemin qui reste à parcourir pour que ces femmes puissent envisager des grossesses sereines et des naissances heureuses.

Les deux centres hospitaliers sont comparables. Ils drainent une population identique, ils sont tous les deux en haut de la pyramide sanitaire dans leur région, et enfin ils sont dirigés par des médecins formés, compétents et soucieux de la santé des femmes.

A SIKASSO (MALI),

Au centre hospitalier en 2017 :

1835 naissances,
34 morts maternelles,
taux mortalité maternelle 1/ 53.
640 césariennes, soit un taux de césarienne de 35%.
Morts nés 8%

En 2018 :
1709 naissances,
53 morts maternelles,
taux mortalité maternelle 1/ 32.
34 % de césarienne.
Morts nés 7%

A KANKAN (GUINÉE)

Sur les 6 dernières années les chiffres sont parfaitement stables d'une année sur l'autre :

En 2017 :
4200 naissances,
10 morts maternelles, taux 1/420,
660 césariennes soit un taux de 15,7%,
427 Morts nés soit 10%.

En 2018 :
4600 naissances,
8 morts maternelles, taux 1/ 575,
53 césariennes soit un taux de 16%,
490 Morts nés 9,4%

Comment expliquer cette disparité criante alors que les équipes de gynécologues des deux hôpitaux sont bien formées et travaillent très sérieusement ?

Les facteurs sont multiples et s'additionnent :

On retrouve les trois retards classiques des transferts depuis le village, les centres de santé communautaires, les hôpitaux de référencement. Les difficultés de transport, pas de route, pas de véhicule.

La fatalité africaine, les manques de moyen, humain, financier et de structures de santé correctement équipées.

Mais dans notre exemple ce qui fait toute la différence, c'est la gratuité des soins... ou pas, lors de la grossesse et de l'accouchement.

Rappelons que la surveillance des grossesses, les consultations prénatales, et la pratique des accouchements en Guinée sont gratuites depuis 2011 dans les structures de santé, de ce fait les consultations prénatales sont largement suivies. Il y a peu de naissances isolées dans les villages, autour de 10%. Les femmes viennent volontiers consulter à l'hôpital avant l'apparition de complications majeures, pour preuve le faible taux de césariennes et surtout le nombre relativement « peu élevé » de décès maternels.

Alors qu'au Mali une pseudo prise en charge financière existe, mais en fait les soins sont payants. Ceci explique le pourcentage de naissances encore très élevé au domicile (60%), sans assistance médicale, le peu de fréquentation des structures de santé souvent beaucoup trop tard. Les transferts sont retardés, parfois par « rétention » des parturientes par les matrones dans les villages, de ce fait les césariennes sont plus nombreuses, les ruptures utérines également, et la mortalité maternelle excessive en raison des pathologies aggravées par le temps perdu et négligé (hémorragies génitales, éclampsie).

Que peuvent faire les ONG qui font du développement et non de la substitution? Pas grand-chose si ce n'est s'impliquer dans les politiques de santé des pays qui nous accueillent, en préconisant la gratuité des soins durant les maternités, afin de faciliter la prise en charge maternelle et néonatale. Mais cela est très difficile.

Constatant que les problèmes graves, les décès maternels et néonataux sont essentiellement dus à des défauts de suivi des grossesses et à des références tardives faites dans de mauvaises conditions, il nous faudrait, nous ONG spécialiste, travailler avec nos amis et partenaires sur le « parcours de soins », à l'échelle de la pyramide sanitaire : centres de santé de base, centre de santé de référence et hôpital régional. Travailler aussi sur le référencement, l'organisation des transferts. Même si ces parcours de soins ne sont jamais rigoureusement semblables, ils obéissent à de multiples logiques, culturelles, géographiques, sociales et économiques qui sont quasiment les mêmes dans tous les pays africains de même niveau de développement.

Le Dr Christine CABANE (anthropologue et pédiatre) rappelle qu'« Il est très difficile, dans un contexte social de pauvreté chronique où les préoccupations de survie au jour le jour sont dominantes, d'inculquer une culture d'anticipation », surtout si les soins sont payants.



Dans cette « médecine inhospitalière », pour paraphraser Yannick Jaffre, (anthropologue, directeur de recherche au CNRS) nous devons, également encourager des mesures simples et non couteuses tel que le remplissage des partogrammes en direct et non plus à posteriori, expliquer et démontrer leur intérêt afin que les sages-femmes (et les soignants) ne le voient pas comme une trace d'une erreur éventuelle.

Nous devons aussi encourager les consultations prénatales et travailler sur les référencements préventifs le plus tôt possible, sans oublier que dans beaucoup d'endroits encore les tradithérapeutes et/ou les matrones sont le premier recours de soins pour

la plupart des familles. Il faut peut-être aussi les rencontrer et essayer d'encadrer leurs pratiques.

Il faut le reconnaître peu d'amélioration notable depuis l'an 2000, malgré les sommes colossales engagées par toutes les ONG depuis 20 ans.

Le chemin est encore long et pénible avant que les femmes africaines puissent bénéficier d'une grossesse et d'une naissance heureuse.

Mais ce n'est pas parce que la tâche est immense et peut nous dérouter et nous décourager, que nous, gens du

Nord, devons renoncer, car elle est aussi passionnante et gratifiante.

Nous terminerons, comme nous avons commencé, avec Roger Géraud qui parlait de la naissance comme « un maillon dans l'ancestralité. Elle vient de et va vers .Une femme stérile rompt la chaîne. Une femme féconde la perpétue ».

Poursuivons notre engagement sincère et bénévole en rappelant la charte de GSF : « Former, Accompagner, Transmettre sans se substituer ».

■ Serge BOYER
Secrétaire général de GSF



Un jeu pour parler de sa santé

ET POURQUOI PAS VOUS !

Renseignez-vous si des besoins «d'animation d'ateliers» «prévention-contraception» existent près de chez vous et devenez acteur GSF.

Rédition 2018 - à commander auprès de : admin.gynsf@gmail.com
Prix 50 € + frais de port et de préparation. 10 € pour la France métropolitaine.



PLACE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN

Claudie LOUET

RETOUR SUR LA MISSION GSF À SIKASSO DU 5 AU 19 JANVIER 2019

En janvier 2018, à la demande de l'association Brive Sikasso, en charge depuis 1982 du jumelage entre les deux villes, GSF a mis en place une mission dans le sud Mali.

Pour cette troisième mission à Sikasso, l'équipe GSF se composait de quatre personnes : le Dr Rosenthal et Nicole Bernis, infirmière, pour le versant chirurgical de la mission (compagnonnage en chirurgie vaginale et cure des prolapsus), Véronique Ngo et moi-même en tant que sages-femmes, pour l'évaluation de la mortalité maternelle à Sikasso. En effet, le Dr Rosenthal avait été alerté par un taux très élevé des mortalités maternelle et néonatale dans les rapports de Sabine De Marne et Marlène Soler à l'occasion de leur mission de compagnonnage obstétrical à l'hôpital et au Centre de Santé de Référence (CSRef) de Sikasso en septembre 2018.

L'objectif de notre mission nécessitait donc une connaissance approfondie du système de santé malien, « l'exploration » des structures sanitaires de Sikasso et le recueil de données chiffrées sur l'année 2018 afin de pouvoir proposer une analyse des causes, d'éventuels axes d'amélioration, ainsi que les moyens d'actions à mettre en œuvre en concertation avec les acteurs de santé locaux.

Par ailleurs, cette mission se déroulant en même temps que la visite annuelle de la délégation de l'association Brive-Sikasso, nous avons pu optimiser notre travail grâce au rôle précieux et facilitateur de Brive Sikasso et de Teriya, l'association partenaire sikassoise, notamment dans la possibilité de visite de plusieurs Centres de Santé

Communautaires (CSCoM) et la mise en lien indispensable avec les partenaires politiques et sanitaires de Sikasso.

Dès les tout premiers jours sur le terrain, nous avons visité l'hôpital, le CSRef et établi des contacts étroits et de confiance avec les équipes gynéco-obstétricales des deux sites. Parallèlement, nous avons entamé l'audit de plusieurs CSCoM et commencé à nous familiariser avec l'organisation du système de santé malien.

Le système de santé est structuré en trois niveaux : central, régional, subrégional.

Les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans des conditions définies par le code des collectivités territoriales : le Conseil Communal, le Conseil de Cercle,

l'Assemblée Régionale. Elles délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaire, et des hôpitaux régionaux. Elles délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations vulnérables.

La carte sanitaire repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé. Les districts sanitaires ont les mêmes limites territoriales que les cercles (équivalent de nos préfectures). Les aires de santé doivent tenir compte, dans la mesure du possible, du découpage communal.



Les établissements de santé comprennent les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de référence et les établissements de santé privés.

Les établissements de santé privés sont créés et gérés dans les conditions prévues par la loi. Ils comprennent les établissements de santé privés à but lucratif (cabinets infirmiers privés et cabinets médicaux privés) et les établissements de santé privés à but non lucratif (créés et gérés notamment par des associations, des fondations ou des congrégations religieuses).

Les établissements de santé privés à but non lucratif créés par des associations de santé communautaire (ASACO) sont dénommés « Centres de santé communautaire, CSCoM ». Le centre fournit le « Paquet Minimum d'Activités » (PMA), selon l'appellation locale : actes de médecine générale, accouchements, vaccinations, consultations préventives. L'équipe médicale doit couvrir tous les volets liés à la médecine curative, préventive et promotionnelle.

Les centres de santé de référence (CSRef) sont les centres de santé des chefs-lieux de district sanitaire assurant les fonctions de première référence technique et de santé publique. En gynécologie-Obstétrique, ils assurent outre le suivi des grossesses et la planification : les accouchements, les extractions instrumentales, les césariennes, les aspirations en cas

de fausse-couche et les interventions chirurgicales. Ils disposent d'un service de pédiatrie.

Les établissements publics hospitaliers constituent des structures de référence secondaires et tertiaires pour les échelons périphériques de soins.

En gynécologie-Obstétrique, ils assurent tous les soins médicaux et chirurgicaux et disposent d'unités de réanimation néo-natale et adulte.

En cas d'identification d'une situation à risque maternel ou néonatal en CSCoM, le principe de référencement/ évacuation s'applique. La différence entre le référencement et l'évacuation dépend du moment auquel sont diagnostiqués les facteurs de risques ou les complications. Si la découverte des facteurs de risques ou de complications se fait lors d'une consultation de suivi, il s'agit d'un référencement. L'agent de santé va référer la patiente vers le CSRef et l'informer de la nécessité du suivi de sa grossesse et de son accouchement au CSRef. Si la situation à risque est évaluée au moment de la mise en travail

ou à l'accouchement, il s'agit d'une évacuation. Les modalités d'évacuation obéissent à un protocole précis : appel téléphonique au CSRef qui envoie son ambulance sur place (délai de transfert et durée variables selon l'éloignement du CSCoM). Pour soutenir la viabilité de l'évacuation, le financement du système de référence-évacuation est assuré par une caisse dite de solidarité alimentée par le Conseil du Cercle, la Mairie et les ASACO permettant une prise en charge partielle ou totale d'une évacuation du CSCoM au CSRef. Parfois, le recouvrement des quotes-parts de ces contributeurs est tardif voire incomplet mettant en difficulté le système de référencement-évacuation. Les contributeurs (mairies surtout) ne s'exécutent pas ou tardivement en invoquant le manque de ressources (non-paiement des taxes par les citoyens).





A la base de la pyramide sanitaire, les Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) sont effectués au niveau des relais communautaires par les agents de santé communautaire (ASC) avec en ce qui concerne la santé des femmes : la distribution des produits non médicaux et/ou approuvés y compris les contraceptifs, la reconnaissance et référence en cas de signes de danger chez le nouveau-né, l'enfant, la femme enceinte et la femme en post-partum. Enfin concernant la santé en général, et celle des femmes en particulier, il ne faut pas omettre de mentionner le recours traditionnel aux matrones et aux tradi-thérapeutes. Ce recours est variable selon les aires de santé en fonction de l'éloignement par rapport à la structure de soins officielle, des revenus de la famille, des croyances et autres pratiques culturelles.

Si l'on souhaite résumer la situation : au Mali, les femmes peuvent accoucher seules à leur domicile ou bénéficier d'un accouchement « assisté ».

La pertinence de l'assistance s'inscrit dans un large éventail allant d'une absence ou très faible formation obstétricale (thérapeutes traditionnels, cabinets infirmiers et « médicaux » plus ou moins légaux, matrones)

à des compétences obstétricales véritables plus ou moins développées (infirmières obstétriciennes, sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues obstétriciens). Dans notre exploration de terrain, nous avons fait un certain nombre de constats pour chaque structure. Concernant les CSCom, au sein du district de Sikasso, on en dénombre 46 dont 11 sont SONUB, c'est à dire autorisés à pratiquer les ventouses et les aspirations manuelles intra-utérines en cas de fausse-couche. Leur éloignement du CSRef varie entre moins de 10 km et ...110km. Nous avons pu auditer 6 CSCom dont 3 en SONUB. Tous étaient situés dans un rayon de moins de 10km du CSRef. Lors de notre audit, nous avons recueilli les informations auprès de la sage-femme ou l'infirmière obstétricienne de garde et posé les mêmes questions à chaque centre. Pour les CSCom visités, les locaux étaient plus ou moins récents mais globalement fonctionnels avec du matériel parfois très ancien et bien abîmé. Certains équipements de base sont parfois absents ou défectueux : pendule, électricité, eau courante ... Le niveau de formation est bon et les pratiques obstétricales adaptées. Les critères de référencement et d'évacuation sont connus et appliqués. Nous avons cependant été interpellés par de grosses disparités suivant les lieux en ce

qui concerne les notions de propreté et d'hygiène. Le nombre d'accouchements réalisés mensuellement varie de 12 à 70 selon les centres visités. Concernant le CSRef, il occupe au centre-ville les locaux utilisés auparavant par l'hôpital. L'ensemble de cette structure pavillonnaire est globalement vétuste et le niveau d'équipement est faible, ce qui pour autant n'entame en rien la motivation des soignants de la maternité. A l'hôpital, il n'y a pas de cardiocytographe et autre point négatif, le bloc des césariennes est éloigné de 200m par rapport à l'unique salle d'accouchement (et oui : une seule salle de naissances, 4 tables d'accouchement vieilles et ... plus de 4000 accouchements !). Le nombre d'accouchements réalisés en 2018 est précisément de 4100 dont 28% de césariennes, soit 4398 naissances avec un taux de décès maternels de 224/100 000 (13 décès) et une mortalité périnatale (mort-nés et décès au premier jour de vie) de 38/1000 (183 décès). Concernant l'hôpital de Sikasso, c'est une structure pavillonnaire récente datant de 2011 et située à environ 3 km du centre. L'état des bâtiments reste bon malgré un vieillissement prématuré des structures internes, les équipements sont corrects pour le secteur maternité sans possibilité de surveillance du travail par monitoring cariotocographique (présence d'un monitoring non fonctionnel). Le personnel est formé et les pratiques nous ont semblées adaptées. Le nombre d'accouchements réalisés en 2018 est de 1631 dont 33% de césariennes, soit 1709 naissances avec un taux de décès maternels de 912/100 000 (53 décès dont 10 constatés à l'arrivée) et une mortalité périnatale (mort-nés et décès au premier jour de vie) de 78/1000 (134 décès).

Pour 2018, le taux de mortalité maternelle est de 1136/100 000 pour le cumul des deux structures !

Un chiffre terrifiant ! Par comparaison, Kankan, ville guinéenne distante de 477km, selon le rapport 2018 de la mission GSF du Dr Serge Boyer présente un taux plus de 7 fois inférieur (156/100 000 sur les 9 premiers mois de 2018) à populations et géographie analogues... Par ailleurs, la hausse des décès maternels est considérable entre 2017 et 2018 passant de 779 à 1 136 pour 100 000 naissances vivantes soit 61% d'augmentation des décès pour les 2 structures cumulées. Parmi les causes responsables des décès maternels, on retrouve, au niveau des causes directes et dans l'ordre, le classique quartet : **hémorragie, éclampsie / pré-éclampsie, infections, rupture utérine**. Si le nombre de ruptures utérines a augmenté, il y a par contre une nette amélioration au niveau des infections dont les taux sont divisés par deux. Ceci illustre le bon suivi des soins post opératoires et des pansements, organisés au sein des établissements après le retour à domicile des patientes. En ce qui concerne les causes indirectes de la mortalité maternelle, les causes liées aux pathologies non obstétricales (cardiopathie,...) viennent largement devant suivies par l'anémie. Les quelques éléments d'analyse que nous pouvons mettre en avant concernant la problématique de la mortalité maternelle en Afrique sont tout à fait identifiés et clairement énoncés par l'OMS dans son modèle des trois retards. Nous y avons adjoint quelques

observations de terrain analysées comme facteurs aggravants d'une situation déjà dramatique en elle-même.

➔ D'abord, le retard de recours aux soins (absence de suivi de la grossesse, défaut d'accouchements assistés par une personne qualifiée). Il peut s'expliquer pour plusieurs motifs : **Retard par enclavement géographique** (éloignement important de la structure de soins, pistes plus ou moins praticables, absence de moyen de locomotion dans le village, ...) **Facteur climatique** : durant la période d'hivernage, l'état des pistes est rendu impraticable par l'abondance des pluies. **Facteur lié aux traditions** : Très souvent, la femme garde secrète sa grossesse le plus longtemps possible (superstition, crainte de la jalousie malveillante de la belle-mère ou des autres épouses) **Facteur lié à la culture** : l'enfant n'appartient pas à sa mère, au mieux, il appartient au père, parfois à la belle-mère et le plus souvent au chef de la famille (frère aîné du père, grand-père, ancien de la famille) voire au chef de la communauté. Lorsqu'elle a besoin de soins, la femme doit obtenir l'autorisation de celui à qui appartient l'enfant. Ceci nécessite argumentations et discussions parfois différées par l'absence du décideur. **Facteur économique** : seule la césarienne est gratuite dans le parcours de soin de la femme enceinte. Tout autre acte est payant selon une tarification qui va croissant entre le tradithérapeute, la matrone, le cabinet privé, le CSCom, le CSRef et l'hôpital. (Pour exemple : le prix de l'accouchement est de 1500/2000 F CFA chez la matrone, 7500 F CFA au CSCom, au CSRef 5000 F CFA si l'accouchement est eutocique, 7000 F CFA en cas de dystocie auxquels il faut rajouter le prix de kit accouchement et du carnet suivi maternel, 10 000 F CFA pour un accouchement normal à l'hôpital). De plus, c'est la femme qui travaille aux champs : toute absence pour une consultation, entraîne donc soit un manque à gagner pour la famille, soit pour elle une surcharge de travail à rattraper.

➔ Le deuxième retard consiste en un retard d'accès aux soins en cas de complications : **On retrouve ici les mêmes facteurs que précédemment. La durée d'évacuation de la femme est fonction des 3 phases : domicile-CSCom, CSCom -CSRef, CSRef-Hôpital.** Peut également intervenir une phase supplémentaire lorsque la femme est « retenue » par un cabinet privé ou une matrone (tentative d'accouchement malgré les facteurs de risque, les complications, attente du paiement). Nous avons reçu le témoignage de plusieurs professionnels de santé concernant ces pratiques de rétention, parfois dramatiques (mort de 2 patientes au domicile d'une matrone condamnée et emprisonnée mais qui a repris son activité). Il est également notoire que les cabinets privés employant du personnel sous qualifié, voire non qualifié se sont développés dans le secteur de Sikasso depuis 5 ans environ. Le médecin chef des urgences du CSRef de Sikasso, par ailleurs président de l'ordre régional des médecins, nous a confié, en réunion au CSRef, son impuissance à la fermeture de ces cabinets privés. La possibilité du « maquillage » de la procédure classique d'évacuation nous a

été évoquée lorsque la patiente avait été retenue en cabinet privé et que son état de santé devenait critique. Nous avons pu être témoin de ce type d'arrangement. Parfois le délai entre le village et le CSCom est allongé par la préférence manifestée par la patiente de se déplacer à pied (plus confortable et moins dangereux qu'un déplacement en mobylette selon l'état de la piste). Parfois même, cas recueilli lors du staff du CSRef, la femme pour qui l'ambulance est commandée, s'enfuit pour rejoindre le CSRef par ses propres moyens par honte de sa vulnérabilité par rapport à la communauté.

Dans le cadre du protocole d'évacuation, il faut ajouter la possibilité des aléas liés à la non disponibilité de l'ambulance du CSRef.

Le système sanitaire pyramidal malien peut parfois être un frein également : l'obligation du CSCom à référer d'abord au CSRef et l'impossibilité de transférer directement à l'hôpital théoriquement malgré la proximité immédiate de l'hôpital par rapport au CSRef entraine du retard dans la prise en charge des complications. Parfois ce système est tout de même déjoué au profit de la santé de la femme.

Enfin en troisième position du modèle de l'OMS vient le retard de mise en œuvre des soins. Il est inhérent aux retards précédents et également dépendant des compétences professionnelles des acteurs de santé. Il peut être également du fait de la patiente comme l'illustre cet autre cas recueilli lors de la revue des dossiers au CSRef : la patiente est référencée en cours de grossesse du CSCom au CSRef pour présentation du siège et bassin rétréci avec indication de césarienne. Elle se présentera seulement le jour où elle entre en travail en ayant maquillé son carnet de suivi obstétrical. Elle est infirmière obstétricienne... Force pour nous est de constater très humblement la modestie de nos possibilités d'action au sein de GSF face à cette situation alarmante. Tous les professionnels rencontrés lors de notre séjour nous ont été reconnaissants pour notre rôle de catalyseur dans la mise en relation des professionnels de santé et des décideurs politiques : piste vers une réflexion commune dans les décisions à prendre, les moyens à mettre en œuvre localement, afin d'amorcer une diminution des taux inacceptables de mortalité maternelle et néonatale. Nous pensons que l'amélioration de la situation à Sikasso viendra effectivement des acteurs locaux et, comme le prouvent les chiffres de Kankan, ne pourra faire abstraction de la prise en charge par l'État (gratuité) du suivi des grossesses et des accouchements.

Je tiens à remercier avec sincérité et du fond du cœur les équipes qui nous ont accueillies avec confiance et qui nous ont permis de partager la rudesse de leur quotidien professionnel. Je dédie cet article à toutes les femmes de Sikasso dont j'admire le courage et la joie de vivre.

■ **Claudie LOUET,**
Sage-Femme Hôpital Saint Joseph St Luc - Lyon
Administratrice de GSF

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Colloque Orléans 29 Novembre 2018

Un colloque régional sur la prise en charge des femmes victimes de violences intrafamiliales à destination des professionnels de santé et de leurs partenaires du champ social, éducatif, judiciaire, et des forces de l'ordre s'est tenu au Centre hospitalier régional d'Orléans le jeudi 29 novembre 2018, à l'occasion du 25 novembre journée internationale de l'élimination de la violence à l'égard des femmes et a réuni quelques 220 participants et une trentaine d'orateurs.

Cette rencontre a été organisée conjointement par l'association Gynécologie sans frontières et la Direction régionale au droit des femmes et à l'égalité du centre val de Loire, et pilotée par l'Agence régionale de santé, le Conseil régional et la Préfecture de la région Centre-Val de Loire, en partenariat avec des institutions du monde de la santé.

Ce projet a été construit au regard des préoccupations des professionnels de terrain, afin d'améliorer le parcours de santé et de vie des victimes de violences intrafamiliales et répondre à deux objectifs :

- 1 Sensibiliser les professionnels de santé et du social au repérage et à la prise en charge des violences, l'orientation des victimes.
- 2 Mettre en réseau les acteurs et favoriser une prise en charge pluridisciplinaire (santé, social, justice, forces de l'ordre).



Il s'agit de permettre aux professionnels de santé, souvent en première ligne, de comprendre les mécanismes des violences envers les femmes, les dispositifs de repérage, d'orientation et d'accompagnement des victimes, en coordination avec les différents acteurs et actrices des territoires. En effet, ne l'oublions pas, en France une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint.

Toutes les communications du colloque sont accessibles sur :
<https://gynsf.org/colloque-vff-orleans-29-novembre-2018/>

Lundi 4 novembre 2019

Colloque VFF d'Aubagne, Salle "Espace des libertés" - 13400 Aubagne

Mardi 18 juin 2019

La soirée VFF Grand Public, Pôle Santé Léonard de Vinci, 37170 Chambray les Tours

PROGRAMME PRÉVISIONNEL

18h : accueil des participants

18h30 : Ouverture de la conférence :

Thierry Chagnaud - Directeur du PSLV et /ou chef du service de la maternité

Fabrice Forveille - Gynécologue-Obstétricien - Administrateur de Gynécologie Sans Frontières

Présentation Gynécologie Sans Frontières

Dr Claude Rosenthal - Président de GSF

19h00 : Mécanismes des violences conjugales - conséquences sur la santé des femmes et prise en charge des victimes

> Mécanismes de la violence conjugale et conséquences sur la santé des victimes

Gérard LOPEZ, psychiatre, Vice-président du Conseil National Professionnel de Médecine légale

> Prise en charge des femmes victimes de violences
Mathilde DELESPINE, sage-femme coordonnatrice de la maison des femmes à Saint Denis

19h45 : Repérage par les professionnels

> Formation des professionnels de santé au repérage et à l'accompagnement

Mme Claire PERRIN, directrice de l'école des sages-femmes de Tours

> La réponse judiciaire

Procureur de la République près du TGI de Tours

> GSF et les violences faites aux femmes

Dr Richard Matis Vice-Président de Gynécologie Sans Frontières

Echanges avec la salle

20h30 : Clôture



LES ACTIONS DE GSF

STANDS GSF

22 au 24 mai 2019

LA ROCHELLE - 47^{èmes} ASSISES DES SAGES-FEMMES
Centre des Congrès - Espace ENCAN, Quai Louis Prunier 17000 LA ROCHELLE

26 au 28 juin 2019

GYNAZUR - 17^{ème} CONGRES INTERNATIONAL GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE ET REPRODUCTION DE LA COTE D'AZUR
Palais des congrès Antibes - Juan Les Pins 60, chemin des Sables 06160 Juan-Les-Pins

3 au 5 octobre 2019

PAU - 33^{èmes} Journées Infogyn
Palais Beaumont Centre des congrès Allée Alfred de Musset 64000 Pau

21 22 Novembre 2019

AUXERRE - 3^{ème} CONGRÈS DE LA SAGE-FEMME LIBÉRALE PROFESSION SAGE FEMME
Auxerrexpo Avenue des Plaines de l'Yonne, 89000 Auxerre



Mission au Mali



Mission Caminor sur le "Puytoux" à Grande Synthe (Nord)



LA COURSE DES HÉROS LYON 16/06/19

Qu'est-ce que c'est ?
UN DÉFI CARITATIF
Vous contribuez seul ou avec votre entreprise à notre cause.

UN DÉFI SPORTIF
Marche ou course 2, 6 ou 10 km

LE 16 JUIN 2019 - PARC GERLAND

Pourquoi soutenir GSF ?
2019 est une année importante pour GSF qui lance sa mission "CamiFrance" (centralisation des savoirs-faire auprès des populations contraintes à l'exil) et qui souhaite poursuivre le développement de ses missions à l'étranger.

Comment participer ?
Sur la plateforme Alvarum vous pourrez soutenir notre cause :

EN TANT QUE COUREUR
Après inscription, partagez votre page à votre entourage pour qu'il soutienne le projet, et invitez-les à donner.

EN TANT QUE DONATEUR
Soutenez les coureurs de GSF à partir de 1€.

A PROPOS DE GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES

GSF est une ONG créée en 1995, composée de Sages-Femmes et de Gynéco-Obstétriciens préoccupés par la santé des femmes en France et dans les pays où existent précarité médicale, psychologique ou sociale. Notre objectif principal est de promouvoir la santé des femmes partout dans le monde y compris sur le territoire national.

Gynécologie Sans Frontières (GSF)
2 boulevard De Launay - 44100 NANTES
Tel : 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24

MISSIONS A L'ETRANGER:

Accompagnement et formation (Cote d'Ivoire, Mali, Guinée, Togo, Haïti...) avec comme principe de ne pas se substituer au personnel local. Soins gynécologiques et obstétricaux en situation humanitaire d'urgence.

EN FRANCE:
Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et de leurs enfants exilés. Sans objectif de substitution au système de soin du droit commun. Prévention, santé sexuelle et reproductive. Sensibilisation du grand public par rapport aux violences faites aux femmes. Formation de personnel de santé.

Blandine P.

Les points de suture ce sont des petites poupées qui égayent et parfument notre quotidien et contribuent à faire parler de nos corps, du plaisir aux mutilations génitales...

tout un programme !

<https://lespointsdesuture.frama.site/>

Dons reversés à Gynécologie Sans Frontières .







DONATEURS & SOUTIENS DE GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES

- Cagnotte « Nous autres »
- Caisse d'épargne
- Conseil Départemental 59
- Conseil Ordre des Sages-Femmes
- DDFE département 62
- Etam
- Film Grande Synthe/Béatrice Jaud
- Fondation de France
- Fondation de Lille
- Fondation des Femmes
- Fondation Elle
- Fondation Grand Orient de France
- Fondation Kering
- Fondation Raja
- Fondation Sanofi Espoir
- Fonds Santé Femmes
- Grande Loge Féminine de France
- Harmonie Mutuelle/VYV
- Juste & Honnête (JHO)
- Laboratoires Bayer
- Le Maillon/Fondation du Roi Baudouin / Fondation Merym
- Mairie de Grande Synthe
- Ministère de la culture
- Réserve parlementaire Corrèze
- Rogé Cavallès
- Un maillon manquant
- Un rien c'est tout

PARTENARIATS

Soulignons le soutien indéfectible de la Mairie de Grande-Synthe au travers de la mise à disposition gracieuse de deux appartements afin d'y loger nos bénévoles de GSF depuis le début de la mission. La location du Refuge (3^{ème} appartement de la mission), a été assumée par France Terre d'Asile jusqu'en avril 2017. Le relai a été pris par la Mairie de Grande Synthe à partir de mai 2017.

Depuis juillet 2017 partenariat avec l'Ordre de Malte (qui agit au niveau de l'aide juridique des exilés en Centres de Rétention Administrative) afin d'assurer une compétence sur le volet santé des femmes enfermées dans les CRA (Centres de Rétention Administrative). Le « groupe Femmes » a cessé d'exister depuis la disparition des lieux de vie (jungle et camps). Liens avec le Planning Familial 62 pour la prise en charge des femmes victimes de violences. Réunions de coordination sanitaire avec Médecins du Monde, la Croix Rouge Française, le Secours Catholique. Conventions avec les Centres Hospitaliers de Calais, de Dunkerque, de Béthune...



Placée sous l'égide de la Fondation de France, la Fondation développe depuis 2006 des actions de mécénat et de plaidoyer dédiées à l'émancipation des femmes, en France et à l'international.

REMERCIEMENT

Gynécologie Sans Frontières remercie chaleureusement Madame Danièle Kapel Marcovici d'avoir honoré de sa présence la soirée GSF-Partenaires du 13 décembre 2018 organisée à Paris grâce à la généreuse mise à disposition de locaux par la FNTP . Cela a été pour les quelques 130 personnes réunies, l'occasion d'apprécier l'engagement de notre nouvelle ambassadrice dans la lutte menée de longue date en faveur des femmes et son soutien dans les actions et les projets de Gynécologie Sans Frontières Encore Merci !



BILAN

3 ANS DE MISSION HUMANITAIRE D'URGENCE

« CAMINOR » : CAMPS DE MIGRANTS DU NORD DE LA FRANCE

Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et enfants dans les camps de migrants du Nord et du Pas-de-Calais.

DOMAINE D'ACTION :

Santé Maternelle Reproductive – Santé des femmes en situation d'urgence humanitaire, dans les camps de réfugiés – Violences faites aux femmes – Prévention et soins en gynécologie obstétrique en situation précaire.

NATURE DES RÉALISATIONS :

Soins primaires obstétricaux, néonataux et gynécologiques.
Prise en charge des femmes exilées, victimes de violences
Prévention éducation en santé reproductive.

DURÉE : 36 MOIS ; DE NOVEMBRE 2015 À NOVEMBRE 2018

LOCALISATION :

France – Nord & Pas-de-Calais : Calais, Grande-Synthe, Norrent-Fontes, Steenvoorde, Angres, Choques, Aniche, Belval, Abbeville, CAO, CADA...

DÉMANTÈLEMENTS ET DESTRUCTIONS DES CAMPS ET JUNGLES DURANT CES 3 ANNÉES :

- Calais en avril 2016 et octobre 2016,
- Grande Synthe en avril 2017,
- Steenvoorde en juillet 2016 et de nouveau en juillet 2017,
- Norrent Fontes en Septembre 2017,
- Angres en juin 2018.

BÉNÉFICIAIRES DIRECTS DE L'ACTION :

Femmes et enfants exilés, réfugiés, migrants dans la région des Hauts de France, dans les camps, « jungles ». Plus de 15% de la population des camps, soit environ 800 femmes estimées début novembre 2015, puis en nette augmentation à partir de décembre 2015 pour atteindre près de 1 000 femmes et enfants en 2016. Suite aux démantèlements des camps, entre 100 et 200 femmes exilées pour le Nord & Pas-de-Calais. S'y ajoute les femmes des centres de demandeurs d'asile (au moins 200 pour le Nord & Pas-de-Calais).

BÉNÉFICIAIRES INDIRECTS DE L'ACTION :

Professionnels des services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux de la Région
Professionnels et bénévoles des associations d'aide aux exilés et des associations de lutte contre les violences faites aux femmes

DESCRIPTIF DE L'ACTION :

Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et de leurs enfants exilés selon 3 axes :

- Suivi des grossesses,
- Prise en charge des femmes victimes de violences (viols, prostitution, violences conjugales, isolement...),
- Soins gynécologiques en milieu précaire.



REFUGE DE MISE À L'ABRI D'URGENCE :

ouverture en décembre 2016. Accueil 24H/24 et 7J/7,

- Mise à l'abri des femmes victimes de violences et/ou en grande vulnérabilité.
- Accueil de leurs enfants (< 3ans)

Le Refuge est un lieu pour mettre à l'abri les femmes en grande vulnérabilité qui, compte tenu des conditions de vie très dégradées en l'absence de jungles et de camps, vivent cachées dans les bois.

Les femmes et leurs enfants en bas âge peuvent venir au refuge le temps de se reposer un jour ou deux durant leurs parcours, de prendre une douche, de faire une lessive, d'y recevoir toutes les informations juridiques et médicales nécessaires à leur prise en charge.

**En 2 années, le refuge a compté : 1 861 nuitées (1388 femmes + 473 enfants)
On dénombre 396 refus par manque de place en 2 ans. Dont 331 refus pour 2018.**

**COÛT GLOBAL DE LA MISSION
CAMINOR (DÉPENSES) : 398 962 €**
Fonds publics : **52 200 €**
Fonds propres : **24 632,27 €**
Fonds privés : **331 514,65 €**

➔ 153 MISSIONS

DATES ET LIEUX	ACTIVITÉS RÉALISÉES	MOYENS MIS EN ŒUVRE
Nov 2015 à Nov 2018 36 mois = 3 ans Lieux : • Jungles • Calais • Grande Synthe • Norrent Fontes • Angres • Steenvoorde Centres CADA, CAO, CAES, etc. • Abbeville • Aniche • Arras • Bailleul • Belval • Béthune • Douai • Dunkerque • Fouquières les Lens • Lens • Lesquin (CRA) • Liévin (MJR) • Lille • Louvroil • Merville • Saint Omer (MJR)	153 Missions de 15 jours avec 2 « J15 », professionnels (gynécologues et sages-femmes) accessibles 24H/24 et 7J/7 Types d'actions : • Maraudes • Soins primaires • Consultations gynéco-obstétriques • IVG, contraception, échographie • Soins primaires • Référencements CH Calais Grande-Synthe, Dunkerque, Béthune, Lille, Armentières, Lens, Liévin • Référencements PMI CAO CADA Préfecture • Prévention : boîte de jeu, groupe de parole, allaitement, préparation à la naissance • Formation des bénévoles, FDTA, gestionnaire de camps • Prise en charge de victimes de VFF • Réunion de coordination inter-associative Refuge VFF • Coordination du Women Center de la Linière • Coordination du refuge de GSF Actions : • 22 680 actions en 3 ans • 630 actions par mois • 145 actions par semaine • 20 actions par jour	153 missions santé de 15 jours avec 2 à 4 bénévoles « J15 ». Avec le soutien des H8 (bénévoles de la Région venant une journée. « H8 » =8heures) Ressources humaines : • 255 bénévoles J15 • 52 bénévoles H8 • 5 021 journées de bénévolat assurées par des professionnels Sages-Femmes et Gynécologues. • Soit 24,02 années de travail d'un praticien hospitalier temps plein. Refuge - Women - Center • 26 coordinateurs WCR • 39 mois de bénévolat WCR Coordination médicale • 370 jours Actions : • 22 680 actions • 630 actions par mois • 145 actions par semaine • 20 actions par jour



DE CAMINOR VERS CAMIFRANCE...

Alexandra DUTHE et Richard MATIS

Après 3 ans de mission localisée dans les deux régions de France les plus impliquées (le Nord Pas de Calais et l'île de France) , GSF étend son modèle de mission à toute la France pour devenir « CamiFrance ».

Le nombre de femmes exilées dans le Nord de la France a été divisé par 10 en quelques mois à la suite des démantèlements successifs, pour autant les femmes exilées n'ont pas disparu mais ont été déplacées. Elles sont dans des camps, des jungles, des centres d'hébergement, d'accueil, de rétention ou dans la nature. On appelle « spots », les lieux où vivent les femmes exilées. Dans

le Nord, on dénombre déjà une dizaine de spots, sont également opérationnels les spots de Lyon, Draguignan, Metz et le laboratoire fraternel de Bray sur Seine avec France Terre d'Asile .

GSF ne peut, en conséquence, ignorer les autres lieux révélés à travers toute la France. GSF a donc décidé d'étendre son action, selon les demandes, sur tout le territoire national avec la mission « CamiFrance ».

On estime de 20 à 30 000, les femmes vivant dans les camps, jungles, centres d'hébergements, etc.

Parmi les femmes exilées partout en France, nombreuses sont celles qui ont été victimes de violences : excisions, viols, mariages forcés, prostitution, traite des êtres humains, etc... Nombreux sont les impacts sur la santé globale de ces femmes : grossesses, avortements, psycho-traumatismes, troubles psycho-sexuels, etc...

Près de 25% des femmes déclarent ne pas avoir mangé à leur faim au cours des derniers jours. Elles sont 5 fois plus nombreuses atteintes du VIH que les hommes. Elles sont principalement atteintes de troubles psychiques, de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'infection chronique par l'hépatite B et C et du VIH.

Dans ce contexte de vulnérabilité marquée, la grossesse et la périnatalité constituent des périodes particulièrement à risques pour la

femme et l'enfant. Les grossesses surviennent souvent après un viol, elles sont souvent mal suivies.

Compte tenu des 300 sages-femmes qui ont agi en 3 ans au sein de la mission Caminor, compte tenu des nombreuses demandes qui nous ont été et sont encore faites pour s'impliquer dans la mission Caminor ou dans un spot près de chez soi, il est légitime de penser que nous pourrions compter sur vous pour s'engager dans la mission CamiFrance.

La mission CamiFrance est coordonnée au niveau national par une « plateforme Femmes exilés France » PFEF centralisant tout le savoir-faire de GSF acquis dans le cadre de la mission Caminor. L'animation, l'organisation et la direction opérationnelle de la

plateforme sont orchestrées par une coordinatrice nationale salariée temps plein, Alexandra Duthe, sage-femme active de GSF qui avait, en son temps, initiée la mission Caminor. En disponibilité, depuis le 1^{er} décembre 2018 du poste de sage-femme occupé au CH de Saint Omer, Alexandra Duthe assure le suivi et l'accompagnement de l'ensemble des spots déployés sur le territoire national grâce à la production de supports documentaires (Tutoriels pédagogiques, DPC GSF « Femmes Exilées France » , , Fiches réflexes, protocoles à l'intention des bénévoles, Documents traduits de communication avec les femmes exilées,,Lexiques et outils de traductions, Certificats, attestations, ordonnances, etc...)

Les objectifs de la PEFE sont de s'orienter vers une Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et des enfants exilés en France. La prise en charge comprend 3 axes : les femmes enceintes, les victimes de violences faites aux femmes et les soins en gynécologie en milieu humanitaire. Elle s'opère de façon globale avec bien sûr la dispensation de soins primaires ; mais aussi le « prendre soin » par la présence, l'accompagnement empathique des femmes. S'y ajoute un 4ème axe : la prise en charge des enfants et des mineurs non accompagnés (MNA)

- 1

FEMMES ENCEINTES ET JEUNES MÈRES :
Permettre l'accès aux soins des femmes enceintes. Être l'interface entre les femmes exilées et les structures sanitaires (maternités, PMI, professionnels de santé ...)
- 2

FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES
Les violences sont multiples : Viols, prostitution, violences conjugales, mutilations, mariages forcés, traite des êtres humains... Les femmes ont à 70% subi des violences avec un retentissement psychologique patent (psycho-trauma)
- 3

SOINS EN GYNÉCOLOGIE EN MILIEU HUMANITAIRE
Les pathologies gynécologiques rencontrées dans les milieux précaires, s'ajoutent aux pathologies générales liées à la précarité.
- 4

ENFANTS ET MINEURS NON ACCOMPAGNÉES (MNA)
Ce 4^{ème} objectif est ajouté aux objectifs de la mission CamiFrance en partenariat très étroit avec Pédiatres Du Monde (PDM) et France Terre d'Asile (FTDA).

NOS ACTIONS PERMETTRONT :

- De prendre soin et d'améliorer la vie des femmes exilées vivant dans des conditions précaires, indignes en France.

- o En les aidant dans les démarches administratives,
- o En les cocoonant par des ateliers d'activités.
- o En prenant en charge les victimes de violences avec des entretiens, la rédaction de l'histoire de vie, les groupes de paroles et de prévention sur la santé sexuelle.

- D'évaluer le nombre de femmes exilées : enceintes, victimes de violence, nécessitant une prise en charge gynéco-obstétricale.

- De faciliter l'accès aux soins de gynécologie obstétrique et de pédiatrie des femmes et des enfants exilés en France.

- o En faisant l'interface avec les professionnels des centres hospitaliers.
- o Par l'élaboration de convention de partenariat avec les directions des structures de santé situées à proximité des spots, sous contrôle de l'ARS correspondante.
- o En accompagnant les femmes et les enfants vers les professionnels de santé, en présentant les patientes et en expliquant ce qui est attendu de l'examen et en analysant en temps réel les résultats des examens.

- D'organiser les transferts quand cela est nécessaire vers nos collègues des hôpitaux alentours :

- o Transfert organisé, accompagné d'un protocole de prise en charge établi en concertation auprès des hôpitaux alentours, avec des transmissions ciblées de spécialistes à spécialistes en gynéco-obstétrique pour permettre une bonne prise en charge par l'hôpital.

- D'assurer le « suivi » des femmes prises en charge dans les camps, les hôpitaux ou dans les hébergements.

Tous les bénévoles souhaitant s'impliquer à proximité de chez eux pour venir en aide aux femmes exilées dans les « spots », bénéficieront de tous les outils, du savoir-faire et de l'aide de GSF via cette plateforme nationale.

NOUS RECRUTONS DES BÉNÉVOLES :

- o Sages-Femmes et/ou Gynéco-Obstétriciens pour assurer les objectifs de la mission pour une journée (H8) ou une demi-journée (H4) au niveau des spots.
- o Des professionnels dans le domaine Psycho-social, professionnels de la « petite enfance »

Nous comptons sur vous et nous vous remercions pour ELLES !
Nous contacter alexduthes.ad@gmail.com

- Alexandra DUTHE,

Sage-Femme,
Coordinatrice de CamiFrance
- Richard MATIS,

Gynécologue Obstétricien.
Vice-Président Exécutif de GSF.





La maternité effectue environ 1200 accouchements/an. Malgré un taux de césariennes avoisinant 50%, la mortalité maternelle (environ 750/100.000) et néonatale (160/1000) reste très élevée, mais semble être interprétée comme une fatalité liée au contexte, et au statut d'hôpital de référence. Les médecins s'intéressent peu à ce qui se passe en salle de travail, considérée comme le domaine des accoucheuses. Les sages-femmes paraissent plus motivées, mais ne prennent aucune initiative sans l'accord de la hiérarchie.

La première mission de compagnonnage date d'octobre 2014 (2 gynécologues-obstétriciens et une cadre sage-femme) afin d'évaluer cette unité de gynéco-obstétrique et de préciser au mieux

les pistes concrètes et prioritaires d'amélioration. La décision a été prise en avril 2015 par le CA de GSF de financer 2 à 3 missions/an, sur une durée de 2 à 3 ans. Deux missions ont ensuite été réalisées en octobre 2015 et 2016, par un tandem gynéco-obstétricien (GO) et sage-femme (SF).

Le but principal du programme sur Afagnan est la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale,

par une amélioration de la qualité des soins, en agissant sur la formation, l'équipement biomédical et l'organisation des soins, en essayant de respecter la



LES ACTIONS DE GSF AU TOGO

Jean VIALARD et Philippe ARVIS

LE PROJET AFAGNAN

L'aventure togolaise a commencé en juin 2013, avec une demande d'aide d'un gynécologue-obstétricien de l'hôpital confessionnel Saint Jean de Dieu à Afagnan. Après une mission exploratoire en décembre 2013, nous avons fait connaissance avec ce pays, cet établissement, noué de nombreux contacts et validé des missions de compagnonnage.

Afagnan est la préfecture du Bas Mono, région d'environ 80.000 habitants, située à 80 kms au NE de la capitale, Lomé. Le Togo est un petit pays d'Afrique de l'Ouest, avec 7,6 millions d'habitants, dont 55% vivent en dessous du seuil de pauvreté. Saint-Jean de Dieu est un Hôpital confessionnel polyvalent, géré par une congrégation internationale expérimentée. Il jouit d'une grande notoriété au Togo, mais également au Bénin et au Nigeria. Son niveau global d'équipement est très correct, et il dispose de compétences médicales dans les domaines clés (gynécologie-obstétrique-urologie-digestif). La structure reçoit des aides extérieures régulières, principalement françaises et italiennes, mais est perpétuellement confronté à de sérieuses difficultés financières. L'établissement est un Hôpital de référence régional, mais le fonctionnement en réseau avec les dispensaires est problématique: transferts tardifs, problèmes d'accessibilité financière et géographique.

philosophie de GSF d'accompagner sans se substituer.

Sur les missions successives, ont été organisées des formations en réanimation néo-natale, extraction instrumentale par ventouse, initiation des sages-femmes et accoucheuses à l'échographie obstétricale de base, à l'utilisation du cardiocytographe, la rédaction et l'affichage des protocoles essentiels, des mises en situation, la réalisation d'un chariot d'urgence, et le respect de l'hygiène de base au bloc obstétrical. Nous avons également réalisé des audits sur la mortalité maternelle et néo-natale, et les indications de césariennes.

Du matériel a été fourni : ventouse manuelle, forceps, cardiocytographe,

lampe frontale, médicaments essentiels (Loxen injectable, sulfate de magnésie, misoprostol..)

Fin 2016, après la 4ème mission, un point d'étape a été fait, et nous avons décidé de suspendre notre collaboration. Les trois éléments essentiels sur lesquels nous nous sommes appuyés pour prendre cette décision étaient :

Le manque d'implication dans le projet GSF de la direction de l'établissement, et surtout du Chef de service de la Gynécologie-Obstétrique. L'impossibilité de désigner une sage-femme référente, en raison du turn-over important et du manque de motivation. La médiocrité des progrès enregistrés dans les différents programmes de formation.

Tout accompagnement suppose en effet une dynamique médicale locale pour assurer la continuité des actions partagées. De surcroît, réaliser une mission sans la présence, ou la participation, du médecin responsable (ce qui s'est produit à 2 reprises) ne nous semble pas pertinent.

Enfin, le dossier de la contraception, si essentiel pour la réduction de la mortalité maternelle, ne pouvait pas être évoqué dans cet hôpital confessionnel.

Nous avons donc suspendu les missions, en signalant à nos partenaires que nous étions disposés à les reprendre, avec des objectifs partagés. Depuis, aucune sollicitation locale n'a été exprimée.

LE PROJET MUSKOKA

Lors de la recherche de financements pour Afagnan, nous avons rencontré les responsables de l'Agence Française du Développement à Paris (AFD) et a été évoquée la mise en route d'un programme MUSKOKA au Togo.

En juin 2010, une réunion du G8 à MUSKOKA (Canada) a mis en place un programme mondial de réduction de la MMN, qui a pris le nom de programme MUSKOKA. Pour l'OMS, les éléments essentiels d'une maternité sans risque sont un suivi prénatal, un accouchement assisté par du personnel compétent, la prise en charge des complications obstétricales par les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la gestion des complications liées à l'avortement, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Au TOGO, où la mortalité maternelle est évaluée à 400/100.000 (elle est de 8/100.000 en France), le programme MUSKOKA est donc financé par l'Agence Française de Développement (AFD).

Le programme concerne les 2 régions les plus méridionales, qui regroupent plus de la moitié de population du pays. La durée du programme est de 3 ans, avec un budget de 8 millions €.

Les 2 objectifs spécifiques principaux sont l'accessibilité et la qualité des soins dans les SONU, et le renforcement des capacités régionales du Ministère de la Santé.



Le maître d'ouvrage est le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS), qui a sélectionné 37 formations sanitaires susceptibles de fournir des prestations de type SONU B ou C, soit 10 pour la Région Maritime et 27 pour la Région des Plateaux. Les fonds (8 millions €) sont versés au Ministère des Finances.

L'AFD, qui intervient en tant que bailleur de fond, a délégué la mise en œuvre du projet à deux grandes ONG internationales, implantées au TOGO: Handicap International (HI) pour la région Maritime et Plan International Togo (PIT) pour la région des Plateaux. La première étape du programme MUSKOKA a consisté à réaliser le diagnostic de l'existant et des besoins, avec les équipes du Ministère et de la Direction Régionale de la Santé:

Phase 1: infrastructures (locaux, eau, électricité, clôtures)

Phase 2: qualité des soins et disponibilité du sang (CNTS)

Phase 3: équipements biomédicaux.

Phase 4: gestion hospitalière: finances/administration, stock et pharmacie, gestion des déchets.

GSF a été retenu comme assistant technique sur l'évaluation de la qualité des soins des formations SONU.

Nous avons construit un outil d'analyse sur tableur EXCEL, basé sur les données internationales (AMDD) et les items du référentiel togolais de 2013. Ce tableur était construit pour synthétiser les différents thèmes : circuits de soins, gestion des ressources humaines, gestion des stocks, médicaments et consommables et chiffres d'activité, fonctions SONU et complications. Cet outil permet un diagnostic précis et chiffré de la situation initiale et un suivi des indicateurs pour les évaluations ultérieures.

Ce qui a été passionnant, c'est la rencontre avec les professionnels de ces structures très différentes,

qui travaillent souvent dans des conditions très difficiles (la moitié des maternités ne disposent ni d'électricité ni d'eau courante), les échanges avec les collaborateurs locaux des ONG, du ministère de la santé, les ingénieurs biomédicaux.

En juin 2016, sur 15 jours, 2 binômes de GSF (Gynécologue-obstétricien et Sage-femme) ont réalisé le diagnostic de 10 SONU sur la région maritime, avec Handicap International.

En septembre 2016, sur 3 semaines, 4 binômes de GSF ont réalisé le diagnostic initial de 27 formations SONU sur la région des plateaux, avec Plan International Togo. La fin de l'année 2016 a été consacrée à un travail de synthèse et d'arbitrage, auquel GSF a participé activement.

Notre rapport a été très apprécié, et a même fait découvrir des aspects non connus au MSPS, comme la faible activité d'un grand nombre de SONU

Les résultats attendus

- 100% des formations (établissements) sanitaires appuyées remplissent l'ensemble des fonctions SONU B et C ;
- L'augmentation de la fréquentation des FS, et la diminution des accouchements par du personnel non qualifié ;
- L'amélioration de la qualité des SONU et des soins obstétricaux de base ;
- Un meilleur système de référence-contre-référence ;
- Un recouvrement des coûts plus efficace ;
- L'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- Un approvisionnement régulier en poches de sang pour les SONU C ;
- L'accès à la gamme complète des contraceptifs dans toutes les FS ;

Par ailleurs, sont étudiées des initiatives pilotes d'amélioration de l'accessibilité financière, une planification basée sur les résultats, et une coordination plus efficace entre partenaires techniques et financiers, et ONG.

(la moitié des SONU visités ne remplissent pas la norme d'activité minimale d'un accouchement par jour, et un taux de césarienne qui a flambé depuis quelques années et est souvent supérieur à 50%)

Le Comité de Pilotage (COPIL) de restitution a eu lieu au MSPS en février 2017. Un arbitrage a été fait dans tous les domaines. Cinq SONU seront accompagnés dans la région maritime et 12 au niveau de la région des plateaux. GSF reste l'assistant technique du MSPS pour la formation et l'évaluation.

Les 5 propositions de GSF ont été validées

Compagnonnage du CHR d'Atakpamé. Cet établissement, qui réalise plus de 2000 accouchements par an, est central sur la région des plateaux, tant comme établissement de référence, que comme site de formation. Deux missions ont déjà été réalisées, et deux autres sont prévues.

Formation des sages-femmes en échographie obstétricale de base d'urgence, ce qui est nouveau au Togo, mais essentiel. L'OMS a montré que 7 éléments de base font diminuer de 30% la mortalité materno-infantile (présentation, placentation, nombre de fœtus, localisation précoce du sac gestationnel, recherche d'un épanchement du CdeS de Douglas, BDC en début de grossesse, rétention placentaire). Un cursus de formation, basé avant tout sur l'interprétation des images et la formation pratique a été

réalisé par 2 équipes de GSF au cours d'une mission de 15 jours dans chaque région en novembre 2018. Nous avons fait une demande pour poursuivre ce compagnonnage avec 1 ou 2 missions supplémentaires pour l'évaluation et le perfectionnement des personnels formés.

Formation à l'utilisation du cardiotocographe, par un binôme SF-GO, avec un travail important sur l'auscultation intermittente et l'analyse du RCF. Une mission de 8 jours a eu lieu en novembre 2018, pour 10 SF et médecins des 2 régions sanitaires, avec une large part consacrée à la pratique. Ici aussi, une 2ème mission serait souhaitable.

Protocole de prise en charge de la douleur obstétricale et post-opératoire. Un groupe de travail a été constitué au sein de GSF, avec un médecin anesthésiste de maternité et une SF. Les protocoles proposés, un protocole de base pour les SF et un plus complet pour les SONU C, ont été rédigés et adressés au groupe de travail togolais. Actuellement nous n'avons aucune réponse, ni sur la validation du protocole ni sur la réalisation d'une mission. Côté togolais, nous n'avons pas eu le sentiment que cette problématique de la douleur soit considérée comme fondamentale.

Violences faites aux femmes : dans le contexte togolais actuel, la prise en charge médico-sociale et juridique française n'est pas applicable. Nous avons donc souhaité que cette formation concerne prioritairement les violences obstétricales, exercées par le personnel soignant sur les parturientes.

Dans la mesure où il s'agit de modifier des comportements, la technique pédagogique proposée par GSF est le théâtre-forum, comportant des saynètes jouées par des acteurs professionnels et une intervention directe des participants. Nous discutons actuellement des modalités pratiques et financières.

Le suivi des programmes n'est pas simple, car nous n'avons pas d'antenne locale, nos interlocuteurs togolais ne sont pas très réactifs, et nous manquons de contacts réguliers avec les divers acteurs. Le contrôle central par le MSPS de la réalisation pratique des programmes paraît assez faible.

Par exemple, la décision d'acheter des échographes a été validée par le MSPS, mais l'échographe tend à rester dans le service de radiologie, ou dans le bureau du médecin, alors qu'il était censé être utilisé par les SF au bloc obstétrical 24h/24.

Pour conclure, nous sommes très heureux que GSF ait été reconnue comme partenaire sur un tel programme international. Le travail avec le MSPS, ainsi que d'autres organismes comme l'UNFPA ou l'AFD est nouveau, de même que la collaboration avec de grosses ONG comme Handicap ou Plan. Le programme MUSKOKA Togo

se termine en 2020, (prolongé d'un an), mais nous agissons pour que ce ne soit pas la fin de l'action de GSF : suivi pour évaluation, compagnonnage ou formations complémentaires font partie des options possibles. Nous avons le sentiment que ce programme nous a fait beaucoup progresser, à la fois dans l'évaluation et la formation dans les SONU, et a permis de faire connaître l'action de GSF à des bailleurs et des ONG importantes.

■ Jean Vialard

■ Philippe Arvis

Praticiens Clinique de la Sagesse - Rennes
Membres actifs /Adhérents GSF



Fight for Dignity, le combat de Laurence Fischer pour les femmes

Ch(è)res ambassadrices(eurs) et am(i)es de Fight for Dignity,

Soyez une voix de #Fight4D et engagez-vous auprès de femmes qui s'engagent pour les femmes !!

Engagez-vous, avec nous, auprès des femmes traumatisées suite à des violences... en parlant de nous autour de vous ou sur les réseaux durant notre campagne !



Comment parler de Fight for Dignity et de la campagne ?

Fight for Dignity est une association fondée en 2017 par Laurence Fischer (triple championne de karaté) ; elle accompagne **les femmes traumatisées suite à des violences** grâce à une **pratique accessible et adaptée du sport**.

Une séance de karaté est donnée toutes les semaines avec ces femmes à la Maison des Femmes à Saint-Denis.

Nous organisons aujourd'hui une **campagne** afin d'amplifier notre action.

Pourquoi se mobiliser aujourd'hui ? C'est un combat **qui touche tout le monde**. Fight for Dignity propose une réponse à un problème universel, et souhaite aider un maximum de femmes.

Mentionnez-nous sur les réseaux ! : que l'on vous compte parmi nos soutiens !

Utilisez le hashtag **#Fight4D** !

Copiez le lien de la campagne ! : <https://fr.ulule.com/fight-for-dignity/>

Merci beaucoup !

L'équipe de Fight for Dignity



Fight for Dignity

facebook.com/Fight4Dignity/



fightfordignity_

#Fight4D



@Fight4Dignity_

#Fight4D





GSF AU BANGLADESH

Richard BEDDOCK

LE BANGLADESH
a une superficie totale
DE 105 000 KM²

soit 1/5^{ème} de la France métro
et possède

**156 MILLIONS
D'HABITANTS**



Avec plus de **1251 HAB./KM²** en 2016, le Bangladesh est l'un des pays du monde dont la population est la plus dense.



10 % de sa superficie est recouverte d'eau, C'est une plaine fertile mais sujette aux cyclones, inondations et moussons, ces catastrophes naturelles augmentent de façon exponentielle depuis 20 ans avec le réchauffement climatique.



La mortalité maternelle décroît régulièrement, elle reste pourtant élevée à **170/100 000**, les femmes ont en moyenne 2,3 enfants.



75 % des accouchements dans les régions concernées se font au domicile, **2/3** des accouchements se font sans personnel qualifié.

Nous avons été sollicités pour évaluer une collaboration avec l'ONG Friendship fondée par Runa Khan entrepreneure sociale, au Bangladesh il y a plus de 20 ans.

Cette ONG développe de nombreux programmes de prise en charge globale destinés aux populations les plus défavorisées, programmes éducatifs – économiques -sanitaires -écologiques ... L'actualité humanitaire récente du Bangladesh est en lien avec la migration de Rohingyas

Ces gens appartiennent à une minorité musulmane qui a fui la Birmanie et quitté des conditions de vie historiquement effroyables.

L'exil a surpris par sa brutalité et le nombre de réfugiés, presque 1 million de personnes conférant à Cox Bazar le titre de plus gros camp de réfugiés au monde.

Le flux migratoire actuel est bien moindre mais des familles arrivent encore. Tout porte à croire que cette migration va se chroniquer, notamment car la Birmanie a coopté ces terres abandonnées par les Rohingyas, d'enjeu stratégique important.

Le Bangladesh est un hôte historiquement habitué à ce type d'accueil, comme il est fréquent de constater que les plus démunis accueillent et aident facilement, c'est dans leur ADN. De plus il s'agit

d'une opportunité économique forte pour le pays d'accueillir une aide humanitaire mondiale

Sur le plan intérieur la population peut reprocher au pouvoir de « s'occuper des autres » à leur détriment, il est ainsi important lors des programmes sanitaires de bien évidemment les rendre accessibles à TOUS...

Cox Bazar est une grande ville du sud avec une plage immense de 120 Km, une des plus longues plages du monde, site de villégiature au Bangladesh ...avant l'arrivée des exilés.

L'intérieur des côtes est une forêt avec des collines qui ont été rasées pour construire les camps d'accueil, une vingtaine de camps sont fonctionnels actuellement. Cette forêt hébergeait des éléphants, certains n'ont pas oublié leurs terres natales, et ont semé la pagaille en retournant dans certains coins du camp. Il y a ainsi, au sein du camps, des postes observatoires pour prévenir de l'arrivée des pachydermes....

L'urbanisation du camp a été conçue dans la hâte sur un sol vallonné, certaines habitations sont ainsi extraordinairement humides et précaires comparées à d'autres ... Les ONG ont été nombreuses, le nombre a nettement diminué (de plus de 500 initialement à une centaine actuellement...) le processus d'accréditation est devenu très rigoureux et restrictif.

Friendship possède dans le camp 2 maternités adossées à leur centre

de soins classiques et des centres scolaires (le terme école a été interdit par le gouvernement pour souligner le caractère temporaire du camp et réaffirmer que l'éducation primaire sur son sol est son affaire, ils sont donc rebaptisés TLC (Temporary Learning Center).

Les conditions de vie sont dures et les enfants sont nombreux (4 à 5 en moyenne par famille Rohingyas).

Terrains de football, cerfs-volants omniprésents, autres jeux, énormément de TLC : les enfants semblent épanouis, jouent et courent partout : ce camp semble adapté aux plus jeunes.

Les 2 Maternités de Friendship assurent les consultations de santé périnatale et les accouchements, environ 500 en 2018.

Avec une Gynécologue-obstétricienne (GO), un anesthésiste et 4 sage femmes le centre assure les césariennes (16% dans cette unité). Une unité d'accueil pédiatrique est en fin de construction.

Nous réfléchissons aux pistes de collaborations avec Friendship sur le camp et au niveau national.

La demande locale à Cox est principalement de la substitution : ce que GSF ne désire pas assurer exclusivement : nous restons sur notre philosophie de transmission de compétence par compagnonnage actif.

Il faut trouver un cadre de mission qui accompagne et soutienne les soignants locaux dans leur formation continue : ces soignants ont accepté d'occuper des postes difficiles qui justifient d'un accompagnement 'opérationnel et pédagogique ' que GSF devrait pouvoir accompagner.

Plus au nord, dans la région des Chars (vastes îlots de sables régulièrement submergés qui hébergent une population importante particulièrement vulnérable) Friendship a organisé des missions sanitaires.

L'accès maritime dans cette région par bateaux hôpital est depuis longtemps une mission qui 'tourne bien' avec des ONG qui viennent travailler par rotation de missions chirurgicales de 15 jours. Dans les terres de nombreux dispensaires fonctionnent au sein des villages avec des soignants formés par Friendship : des auxiliaires sanitaires (les Friendship Community Medical Aid) dont il faut accompagner la formation pour qu'ils assurent au mieux leur mission d'organisation de la référence.

Plus au sud à Shyanmagar, Friendship a construit un hôpital qui a ouvert ses portes en octobre 2018. Il accueille une maternité, un bloc opératoire, une unité de néonatalogie un plateau de consultation externe, un laboratoire de biologie et une unité de radiologie standard.

Nous allons soutenir la montée en puissance de cette maternité dès

son ouverture pour accompagner via des séances de formation SONU les soignants et instiller à la base les bonnes pratiques en salle de naissance (utilisation systématique du partogramme -stratégie de prévention des hémorragies du post partum ...)

Par ces formations de SONU et par la suite au moyen de formation de formateurs locaux nous allons aider Friendship à former ses soignants : médecins, sages-femmes et assistants sanitaires.

L'objectif est ambitieux : il est d'utiliser l'Hôpital Friendship de Shyanmagar comme un Hôpital École local puis national associant une formation théorique et pratique.

Nous sommes en contact avec les ONG partenaires et amies : La Chaîne de l'Espoir , Humaniterra et Pediatres du Monde pour mutualiser nos forces afin de développer un projet de réduction de la mortalité materno-infantile au Bangladesh .

Cet extraordinaire pays et ses habitants d'une résilience rare méritent tous nos efforts.

■ **Richard BEDDOCK**

Vice-Président de GSF

Praticien Hôpital des Diaconesses - Paris



1 Dacca : bureaux Friendship de coordination administrative

2 Comprehensive maternity clinic – Maternités Friendship de Cox's Bazar

3 Friendship Hospital Shyanmagar

4 Emirates Friendship Hospital-bateau

5 Friendship Center Gaibandha-centre de formation



VENTOUSES ET SAGES-FEMMES EN AFRIQUE, DES PROGRÈS À FAIRE !

Delphine WOLFF

Chaque jour, environ 830 femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. D'après l'OMS, les accouchements dystociques (mécaniques et dynamiques) sont responsables de 8 % de ces décès. À ces chiffres alarmants, il faut ajouter, pour les femmes qui survivent, les conséquences dramatiques telles que les fistules vésico- et/ou recto-vaginales, et les conséquences pour le fœtus (décès périnataux et séquelles neurologiques).

En cas de dystocies, pour aider à l'accouchement par les voies naturelles, la ventouse obstétricale est une solution simple, rapide et avantageuse (versus césarienne) à condition que l'on respecte ses indications et qu'elle soit pratiquée par un personnel qualifié et rompu à son usage.

Il faut rappeler que l'application de la ventouse fait partie des 7 fonctions des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), c'est donc une pratique à même de sauver la vie des mères et des nouveaux nés dans les Pays en Développement (PED).

Or sur le terrain, il y a une sous-utilisation de cette méthode, et c'est pourtant dans les PED que surviennent 99% des décès maternels à l'échelle mondiale. Pourquoi ? Quelles solutions envisager ?

La ventouse ou vacuum extractor est un instrument de flexion, de rotation et de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail d'accouchement et l'extraire hors des voies génitales maternelles.

Ses Indications principales sont :

- L'arrêt de progression de la tête fœtale à tous les niveaux de l'excavation,
- L'aide à l'expulsion pour fatigue, agitation maternelle ou pour maladie maternelle,
- Un état fœtal non rassurant



Les Contre-indications essentielles sont :

- Une anesthésie générale ou une mère non-coopérante.
- La présentation de la face
- Une volumineuse bosse séro-sanguine

Si en France, la ventouse obstétricale Kiwi® à usage unique est un instrument complet avec une pompe d'aspiration manuelle et un indicateur de traction, et si ce système permet au médecin d'avoir

le contrôle total sans avoir recours à du personnel assistant, dans les PED c'est une autre affaire.

Tout d'abord, la ventouse n'existe pas PARTOUT !

Ensuite si elle est là...elle n'est pas forcément synonyme d'être en "état de marche" ! (Appareil complet, rupture de courant électrique, stérilisation) Si nous avons une Ventouse fonctionnelle, avons-nous l'opérateur qualifié ?

Si nous avons l'opérateur qualifié, a-t-il été formé à la ventouse ?

La "kiwi", c'est relativement facile, mais une urgence à gérer avec du matériel "africain" et une pompe à pied...un peu moins.

Pour la majorité des PED les ventouses sont métalliques (Ventouse de Malmström), (rentabilité / stérilisation) et se composent de trois principaux éléments :

- Un système de préhension (la cupule ronde métallique en différentes tailles).
- Un dispositif de traction (la barre en T reliée à la cupule par une chaînette)
- Un générateur de vide manuel (a), au pied (b) et électrique (c et d)



TECHNIQUE

L'utilisation de la ventouse par un opérateur qualifié doit comporter les temps essentiels suivants :

1 Vérification des conditions d'application,

- a) Connaissance du dossier médical et obstétrical (Aucune contre-indication)
- b) Membranes rompues, dilatation complète, présentation céphalique et engagée.
- c) Vessie vide, conditions d'asepsie et de sécurité (suivi du RCF, personnel suffisant ? réa NN ? Bloc césar ? transfert anticipé ?)
- d) L'intervention doit être expliquée à la patiente
- e) L'anesthésie générale est inutile et même gênante. En effet, la participation de la patiente par ses efforts de poussée est essentielle. (Une anesthésie péridurale est souhaitable)

2 Introduction de la cupule

- a) Vérification du matériel avant application sur la main
- b) Entre 2 contractions
- c) Après repérage de la petite fontanelle, sur le « point de flexion ».

d) La cupule est ensuite glissée vers l'occiput fœtal.

e) Il peut être nécessaire de faire une épisiotomie pour pouvoir positionner la cupule correctement. Si cela n'est pas nécessaire en retarder la réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ainsi, on évitera une perte de sang inutile.

3 Traction

a) Au moment d'une contraction

L'orientation de la traction est fonction de 2 facteurs et ainsi se fera en deux temps : Premièrement, la variété de position de la présentation céphalique sera corrigée par un mouvement de flexion.

Deuxièmement la hauteur de la tête fœtale sera descendue dans l'excavation pelvienne, copiant le plus fidèlement possible le mécanisme d'un accouchement spontané.

b) Paliers :

Pour les utilisateurs de ventouse métalliques dans les PED, il est important de régler le premier palier de dépression (200 mbar)

Construire la maison de l'Envol

SFSF BENIN



1 pôle polyvalent entièrement dédié:
pour **suivre les femmes enceintes**, pratiquer les **accouchements** par des professionnels béninois suivis par SFSF, assurer des **consultations postnatales** et un **planning familial**, enfin **éduquer les communautés**. (zéro excision, hygiène, paludisme, contraception...)

Au sud du Bénin, la communauté isolée d'Oukankpa, attend avec impatience la construction de son **nouveau pôle polyvalent**. Depuis 2016, **SFSF travaille dans la région et condamne les accouchements, excisions et IVG clandestins**. Ceux pratiqués dans des conditions d'hygiène déplorables, qui mettent en danger la santé des jeunes filles, des mères et des nouveau-nés. Ce **nouveau centre** ci-dessous va éviter les nombreux retards dans les soins (distance, manque de professionnels) et ainsi **sauver des vies**. **Les femmes n'auront plus à parcourir 100km pour consulter.**



lieu actuel d'accouchement



Maquette 3D de la future maison de l'Envol comprenant maternité et suivi global

75%

DES FEMMES À OUKANKPA ACCOUCHENT DANS DES CONDITIONS DÉPLORABLES

1

SOLUTION: NOTRE MAISON DE L'ENVOL POUR SAUVER DES VIES

€

100.000 EUROS BUDGET POUR LA MAISON DE L'ENVOL

Apportez votre pierre à l'édifice

"Sages-Femmes Sans Frontières" est une association à but non lucratif.
Tous vos dons sont déductibles à hauteur de 66% de vos impôts
Ainsi vous pouvez nous aider concrètement en faisant un geste, vous recevrez vos justificatifs de dons !

Lot de 50 briques et 250 carreaux : **100 euros** versés à SFSF, montant **après déduction = 34 euros**
Une fenêtre avec moustiquaire intégrée + volet : **200 euros**, après déduction = **68€**

Don libre ou adhésion sur notre site sécurisé sfsf.fr ou lien Facebook: Sages-Femmes Sans Frontières

WWW.SFSF.FR

SFSF N°W33209553

SIEGE 29, RUE LAMRTINE 33400 TALENCE FRANCE

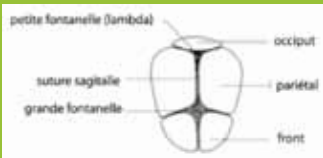
sur une CU après vérification que la cupule ne recouvre pas les tissus vaginal ou cervical maternel. Ensuite on passe au deuxième palier de dépression (600-800 mbar).

Questions / Réponses ?

La cupule lâche 3 fois ? *C'est un échec, je renonce*

La durée d'application de la ventouse ? *Inférieure à 20 minutes*

Quel est le rapport d'efforts fournis en poussées (mère) / tractions (opérateur) ? *60% / 40 %, donc on a besoin de la collaboration des parturientes !*



LA VENTOUSE EN CONTEXTE HUMANITAIRE

Chaque année, en Afrique, 30 millions de femmes sont enceintes et 300 000 environ d'entre elles décèdent par suite de complications (75%) survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart pourraient être évitées ou traitées si les soins qualifiés à l'accouchement étaient assurés ainsi que l'accès aux urgences obstétricales.

Mais 60 % des femmes africaines accouchent à domicile sans l'aide d'un prestataire qualifié et deux femmes sur trois qui auraient besoin de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, n'en obtiennent pas.

Dans ces pays, Il est utile de rappeler certains facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant l'accouchement : la pauvreté, la distance, le manque d'informations, l'inadéquation des services, les pratiques culturelles... la mauvaise réputation des soignants.

D'après la Charte pour une maternité à Faibles Risques une personne qualifiée à savoir : un(e) médecin, un(e) infirmière ou sage-femme doit savoir durant l'accouchement :

- A quel moment une aide médicale est nécessaire et comment l'obtenir (transfert, Bloc...),
- Comment réduire les risques d'infection (mains propres, instruments stérilisés et surface d'accouchement propre),
- Savoir prendre en charge un bébé qui se présente dans une mauvaise position (utilisation de la ventouse par ex), une

hémorragie maternelle, la réanimation néo natale de base (dégagement des voies aériennes du NN.)

L'importante sous-utilisation de la ventouse qui pourtant sauverait des vies et éviterait un grand nombre de césariennes, s'explique par une offre d'assistance médicale à l'accouchement excessivement centrée sur des "sages-femmes" dont les qualifications sont hétérogènes et trop souvent limitées.

Celles qui font office de "sages-femmes" sur le terrain ont des profils divers en formation.

Tantôt infirmières diplômées sans spécialisation en obstétrique, souvent auxiliaires de soins avec l'expérience qui fait le reste..., soit officiellement diplômée sage-femme mais au parcours universitaire sans stage pratique.

En zone rurale, ce sont des Médecins

Majors dans les centres de santé, qui interviennent en cas de complications après la sage-femme, et ils n'ont pas plus, sinon moins d'expérience, qu'elles.

De ce fait, il en découle plusieurs conséquences :

- une formation caduque et inadéquate des professionnels en charge de la santé maternelle, laissant place sur le terrain à de nombreuses lacunes et à l'insécurité.

- Des conflits aussi entre les "grades" et les "titres". La ventouse est "connue théoriquement", mais jamais apprise en stage aux élèves faute de formateurs réglementés.

La faible utilisation de la ventouse en Afrique, s'explique aussi par des infra-structures encore trop peu adaptées à la gestion des urgences obstétricales, surtout dans les zones



rurales, où il faut poursuivre l'accès à un accouchement assisté. (N'oublions pas qu'il est recommandé pour l'utilisation de la ventouse, qu'après 30 minutes d'efforts expulsifs et/ou échec, l'on puisse procéder à une césarienne.) Cela suppose d'avoir un bloc chirurgical ainsi que le personnel qualifié.

Certains états ont mis en œuvre une politique de gratuité, réduisant les coûts

de césariennes pour les familles, ainsi les opérateurs ont tendance à césariser les femmes sans tenter d'extractions voies basses, telle la ventouse et l'OMS se trouve face à des taux de césariennes prohibitifs pour des causes non justifiées, alors que les fonds débloqués avaient pour but d'offrir une césarienne aux femmes qui en avaient réellement besoin.

CONCLUSION

En Afrique, environ 15 % des femmes enceintes connaissent des complications lors de l'accouchement exigeant des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et pourtant, peu d'entre elles ont accès à de tels services. Dans certains pays africains, les coûts d'une césarienne peuvent ruiner la famille.

La ventouse obstétricale facile à utiliser, pourrait sauver des vies si elle était plus utilisée. Pour cela Il faut d'avantage d'accoucheurs(ses) qualifiés et rompus à cette pratique.

Le modèle de "sage-femme qualifiée" dans les PED est loin d'être atteint. La sage-femme se contente "d'exécuter", plutôt que "d'accompagner" une femme dans son travail d'accouchement ou mieux encore dans son vécu, personnel et familial, de périnatalité.

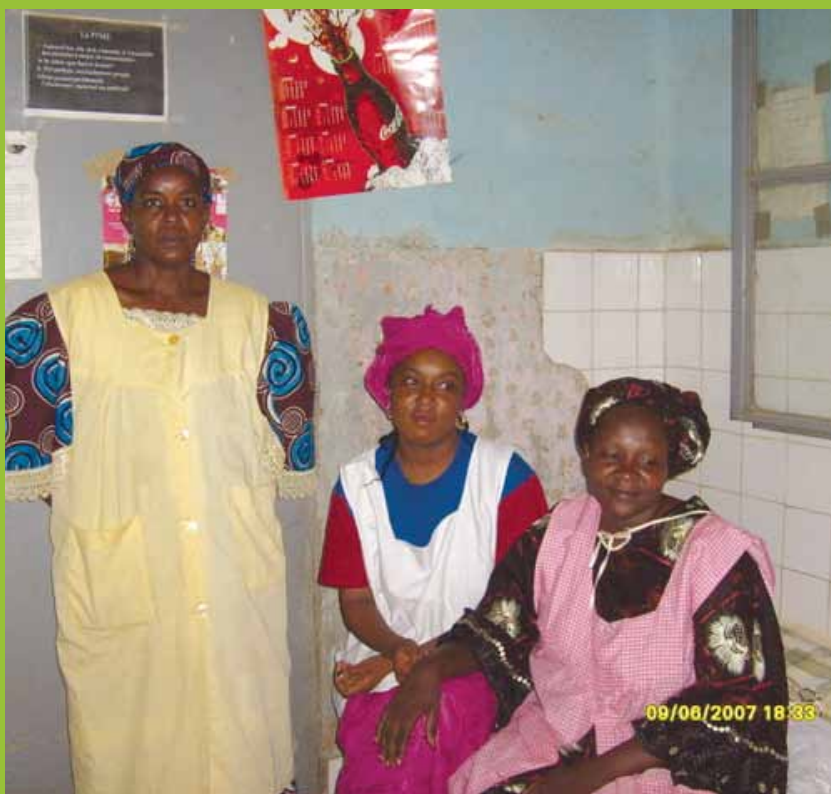
De nombreux témoignages relatent que le personnel ne traite pas les femmes avec respect, dignité, intimité, empathie et efficacité, mais avec violence, agressivité, maltraitance, ce qui n'influencent pas les femmes à fréquenter les centres de santé.

Ensuite, La meilleure façon de réduire la mortalité maternelle est le "lien" Sage-Femme / Femme enceinte. Il faut une personne qualifiée à l'écoute qui saura mettre en confiance, qui pourra dépister les anomalies, les traiter et référer en cas de problèmes.

Enfin, il serait temps et opportun de se pencher sur un modèle académique conforme et commun de type Licence-Maîtrise-Doctorat (LMD) pour le métier de "sage-femme" qui serait reproductible à l'échelle des pays d'Afrique Francophones, puis à l'échelle internationale, car il manque environ 180.000 sages-femmes sur le continent africain pour assurer une maternité à moindre risque à chaque femme et nouveau-né !

En attendant, États et ONG se doivent de continuer de mener des politiques de formation en SONUB (dont la pratique de la ventouse, et l'accueil) auprès des sages-femmes locales, et de mener des politiques de sensibilisation du côté des hommes et des communautés (intérêt des consultations prénatales, et obligation d'accoucher dans les centres de santé).

■ Delphine WOLFF
Sage-Femme. Administratrice GSF



Sages-Femmes Sans Frontières

S.F.S.F. ONG

Organisation non gouvernementale - Non governmental organization

*** POUVOIR DONNER LA VIE SANS LA PERDRE, ET RESTER EN VIE ***



MERCI

Etam

«Petit à petit et pas à pas, nous souhaitons contribuer à faire de la planète un monde meilleur pour les femmes»

Cette vision commune d'Etam et GSF se traduit par un partenariat durable articulé autour de trois opérations au fil de l'année.

L'arrondi sur salaire des employé.es du groupe Etam ; le don des clientes via Etam Connect - le programme de fidélité de la marque - et l'opération du 8 mars, réitérée cette année encore après le succès de la précédente.

8 mars

En cette journée internationale des droits des femmes, la marque a donné rendez-vous à ses clientes pour un opération solidaire en faveur de GSF.

1 soutien-gorge acheté, la culotte à 1€ reversé à GSF : l'intégralité des recettes de ce dispositif a été collectée au profit de l'ONG afin de déployer de nouveaux projets.



Etam, solidaire à l'infini

Le 8 mars dernier marquait le coup d'envoi d'InfiniteSupport qui transforme le 8 de chaque mois en une action solidaire.

Un programme engagé pour les femmes, vers plus de liberté, d'autonomie et d'égalité, en partenariat avec des organisations qui soutiennent la cause féminine dans le monde entier et luttent contre les injustices et les discriminations.

Le Groupe Etam s'engage auprès de Gynécologie Sans Frontières en offrant la possibilité à l'ensemble de ses salariés de faire l'ARRONDI sur salaire. Chaque mois, ils pourront faire un micro-don, qui sera prélevé directement sur leurs fiches de paie, pour soutenir l'action de GSF. Etam a également souhaité faire appel à la générosité de ses clientes en leur proposant de transformer leurs points de fidélité en dons au profit de GSF. 100% des dons sont reversés à l'association !



MICRO DON FÊTE SES 10 ANS !

Gynécologie Sans Frontières vous remercie



Jho grandit, et son engagement pour GSF aussi ! Le 9 avril 2018, nous (Coline Mazeyrat et Dorothée Barth, toutes les 2 nantaises) lançons Jho, nouvelle gamme de tampons, serviettes et protège-slips en coton bio certifié.

Jho signifie « Juste » et « Honnête ». Honnête parce que nos produits sont sains, hypoallergéniques, et que nous sommes complètement transparentes sur leur composition.

Juste, parce que, conscientes que les protections hygiéniques sont des produits de première nécessité, nous avons décidé de redistribuer une partie de nos bénéfices aux femmes dans la précarité. Très sensibles aux parcours vécus par les migrants qui arrivent en Europe, nous avons décidé de soutenir GSF dans son action auprès des femmes migrantes en France, pour participer à leur accueil dans notre pays. En fonction des besoins, nous faisons à GSF des dons de serviettes hygiéniques ou des dons financiers. Nous sommes souvent critiquées par les consommateurs pour ce choix (« pourquoi ne pas commencer par les femmes françaises ? »), nous répondons inlassablement que nous ne ferons jamais de différence entre les nationalités quand il s'agit de soutenir une femme ou une famille en détresse.

Depuis un an, Jho a beaucoup grandi et compte aujourd'hui 20 000 clientes séduites par ses produits et par son action de solidarité auprès des femmes en situation de précarité ou de survie.

Cette croissance nous réjouit, et le fait de savoir qu'elle contribue à aider au développement de GSF nous réjouit encore plus et nous booste au quotidien. Nous sommes très admiratives du travail de vos équipes en France et à travers le monde. Go go GSF !!



Dorothée Barth et Coline Mazeyrat
Cofondatrices de JHO



Un rien c'est tout soutient Gynécologie Sans Frontières Remise d'un chèque de 21000 euros lors de la soirée GSF-Partenaires du 13 décembre 2018 à Paris

« Parce qu'après tout, nous sommes des hommes, et parce qu'il n'est pas de civilisation de l'indifférence, alors, contribuer à améliorer le sort de ses semblables, permet à chacun de nous, d'affirmer son rôle social et de lutter contre l'ignorance et la misère. »



Cécile Duffau,
fondatrice d' Un Rien C'est Tout
www.unriencesttout.org

FEMMES ICI ET AILLEURS ET GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES

UN PARTENARIAT GAGNANT-GAGNANT

■ Gynécologie sans frontières propose à ses sympathisant·e·s, ses contacts... de rejoindre le Club.

■ Et elles et ils peuvent, à leur tour, le proposer à d'autres personnes, qui, le proposent à d'autres...

■ **Un pourcentage (jusqu'à 30 % soit 20 euros) est reversé à Gynécologie sans frontières sur chaque nouvelle inscription, à tous les niveaux.**

INSCRIVEZ-VOUS SUR :

<http://bit.ly/BienvenueClubFIA>



LA FORMATION HUMANITAIRE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE HUMANITAIRE 2019

**IL NE SUFFIT PAS DE FAIRE LE BIEN, IL FAUT SAVOIR BIEN LE FAIRE .
N'est pas humanitaire qui veut. L'humanitaire ne s'invente pas, l'humanitaire s'apprend .**

La Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire (FGOH) proposée, deux fois par an, par Gynécologie Sans Frontières, réunit pour vous, des intervenants riches d'expériences et d'expertise, pour vous permettre d'appréhender l'humanitaire, de réfléchir à un projet, de partir en mission, de savoir revenir avec pour bagages supplémentaires une riche et inoubliable expérience humaine. **REJOIGNEZ-NOUS !**

TOURS DU 17 AU 21 JUIN 2019 **COMPLET**
Pôle Santé Léonard de Vinci (Chambray les Tours – 37)

RENNES DU 14 AU 18 OCTOBRE 2019
CHU Rennes Hôpital Sud (Rennes – 35)

CONTACTS :

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

TÉLÉCHARGER LE BULLETIN D'INSCRIPTION
<http://gynsf.org/prochaines-fgoh-page/>

PLACES LIMITÉES

Ouverture des inscriptions pour la session du 14 au 18 octobre 2019 (session de juin complète) qui se tiendra à Rennes.

LE DOSSIER D'INSCRIPTION COMPORTE :

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

À ENVOYER À :

Gynécologie Sans Frontières
2, boulevard De Launay
44 100 Nantes

TARIFS

- Internes, sages-femmes, infirmiers DE, étudiants : 450€
- Médecins : 650€
- Dans le cadre d'une convention pour la Formation Continue Agrément N° 52 44 07353 :
700 € : Internes, SF, IDE, étudiants -
1200 € : médecins

Votre inscription sera prise en compte à réception du dossier d'inscription complet. Les frais d'inscription permettent de couvrir les frais relatifs à l'organisation logistique de la formation



Bruxelles octobre 2018

LA TRANS-CORRÉZIENNE 2019

Pour la 9^{ème} année consécutive, Le Lions Club Brive-Pays de Brive organise les :
6 et 7 mai 2019
un Raid mixte « 4x4 » et véhicules de tourisme, sur deux trajets différents mais parallèles, au profit de l'ONG Gynécologie Sans Frontières.

Le tracé de ce 9^{ème} Raid nous conduira cette année en haute Corrèze dans la Région d'Égletons. Tracé par les Lions Bernard Chapou, Jean-Claude Coudert et Guy Lochon , les routes et chemins vous promettent d'étonnantes découvertes . Dans chaque ville ou village des questions, plus pertinentes les unes que les autres permettront un classement des participants, avec bien sûr de nombreux lots à gagner. Vous pouvez compter sur Maître Jacques Vayleux pour vous faire creuser les méninges.
Les repas seront assurés comme toujours, depuis ces dernières années, par l'équipe des Toulousains, conduite par Aline et Jean Tournan.
Et pour dormir, « Le Colorado » vous attend. Des chalets autour d'un lac abriteront vos rêves d'évasion Corrézienne.

Venez nombreux.

Comme chaque année, ce Raid permet d'apporter à GSF un réel soutien financier. Celui-ci permet à GSF de poursuivre sa lutte incessante pour améliorer la santé physique, psychique et sexuelle des femmes en France et dans le Monde.



RECRUTEMENT ET ENGAGEMENT AUX CÔTÉS DE GSF

Sages-Femmes, Gynécologues,
La santé des femmes en France et dans le Monde, notre préoccupation !
Préparons ensemble l'avenir et les belles missions de Gynécologie Sans Frontières pour 2019

- Colloque violences faites aux femmes,
- formation gynécologie obstétrique humanitaire,
- mission de soins et de compagnonnage, mission d'urgence etc...

REJOIGNEZ-NOUS !

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

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



**Gynécologie
Sans
Frontières**

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

Prénom : Nom :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tél. : Portable :

Courriel:

☐ Je fais un don* à l'association d'un montant de :
☐ 50 €
☐ 100 €
☐ Autre : €
*sauf mention explicite, un don égal ou supérieur à 40 euros ne vaut pas adhésion

☐ J'adhère à l'association Gynécologie Sans Frontières pour l'année 20 .. et je m'acquitte de la cotisation annuelle** d'un montant de 40 euros.
**adhésion du 1^{er} janvier au 30 novembre de l'année en cours, au 1^{er} décembre la cotisation vaut pour l'année suivante

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

Gynécologie Sans Frontières (GSF)
2 boulevard De Launay - 44100 NANTES
Tel : 09 81 79 31 04 / 09 81 05 52 24 - admin.gynsf@gmail.com

www.gynsf.org

*Une attestation fiscale vous sera adressée en retour :
réduction d'impôt de 75 % pour tout don inférieur à 529€ et de 66 % au delà dans la limite de 20% des revenus imposables.*

19

INNOVATION

Mon intimité hydratée toute la journée*!



Découvrez le soin de toilette intime Sécheresse de Rogé Cavallès

Développé avec des gynécologues, il vous procure jusqu'à **12 heures*** d'hydratation intense avec sa formule aux actifs naturels micro-encapsulés libérés en continu. Extra-doux, il respecte parfaitement votre intimité.

**À CHAQUE PRESCRIPTION,
FAITES UNE BONNE ACTION**



**Gynécologie
Sans
Frontières**

Des gynécologues et des sages femmes agissent
dans le monde pour la santé des femmes

*Étude d'auto-satisfaction, réalisée sur 40 femmes déclarant une sensation d'hydratation, après 14 jours d'utilisation.