



le Monde de Gynécologie Sans Frontières

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

N°12 • Octobre 2020

On veut tuer Denis Mukwege



Coup de gueule ou prise de Conscience



Réflexions sur les césariennes



Vers une diminution de la mortalité
per partum



Mission exploratoire chirurgie à Atakpame



LE MOT DU PRÉSIDENT :

Humaniser l'humanité était le thème choisi par Marguerite Barankitse pour célébrer les 25 ans de la Maison Shalom, le 8 septembre 2019 à Kigali. Humaniser l'humanité en améliorant la santé physique, sexuelle, sociale et psychique des femmes, en France et dans le Monde, c'est ce que réalise Gynécologie Sans Frontières depuis 25 ans.

GSF A 25 ANS

En 25 ans, l'humanitaire a changé, Gynécologie Sans Frontières a changé et j'ai changé.

EN 25 ANS L'HUMANITAIRE S'EST TRANSFORMÉ :

L'humanitaire vient du NORD pour aider le SUD : Vrai ou Faux ? Le temps du médecin blanc du Nord qui savait tout et qui venait sauver le Monde du Sud est révolu. Le « French doctor » est mort ! Il y a longtemps que les facultés de médecine des villes des pays en voie de développement dispensent un enseignement de qualité.

Les indices comme la mortalité maternelle, la mortalité infantile, les maladies handicapantes liées à l'accouchement, l'accès à la chirurgie essentielle restent déficients dans ces pays mais la cause est davantage à rechercher dans la politique de santé que dans la formation de son personnel de santé. Lire l'article de Francis Colasson : **Les césariennes en Guinée Conakry**.

Dans le monde, dans les pays du Nord comme dans ceux du Sud, « l'accouchement est culturel, il est tout autant social, reflet de la sensibilité d'une société, de son fonctionnement, de ses lignes de fracture aussi et de ses inégalités, de ses bienveillances et de ses violences » écrit dans ce journal Nathalie Pranchère de la société d'Histoire de la Naissance dans un article intitulé : **La main ou l'outil ? Sens et techniques autour de la naissance**.



C'est bien la prise de conscience de la nécessité de changement de politique de santé de ces pays qui améliorera la condition sanitaire. Des grandes voix s'élèvent : celle de Denis Mukwege, Prix Nobel de la Paix 2018, de Maggy Barankitse, Prix Aurora 2016, comme celles de beaucoup d'autres. Tous clament : **c'est à l'Afrique d'aider les Africains !** Les mentalités changent et cela ne devient plus choquant que les ONG du Nord qui souhaitent accompagner une formation doivent contribuer financièrement à sa réalisation. Lire l'article de Serge Boyer : **Coup de gueule ou Prise de conscience ?**

Mais le grand changement a été apporté par la pandémie Covid 19. Il y aura toujours un avant Covid et un après Covid ou plus vraisemblablement un « faire avec » demain ! Dans le monde, la Covid a déclaré une guerre **sexo-spécifique** ! Cette année 2020 devait être, selon le souhait de

Tous clament : c'est à l'Afrique d'aider les Africains !

l'OMS, l'année des Sages-Femmes et du personnel Infirmier, ce sera une année de plus, l'année des violences faites aux femmes comme l'écrit Delphine Wolff dans l'article signé dans ce journal. Le Nord a prédit comme l'OMS une catastrophe sanitaire pour les pays en voie de développement. Or le pays le plus touché au monde en ce moment est la première puissance mondiale, les états unis, avec plus de 130 000 morts. Certes, en Afrique, il y a plus d'un million de cas de covid dépistés, et un peu plus de 20 000 morts. Certes les méthodes de dépistage des personnes infectées et décédées diffèrent d'un pays à l'autre et n'ont pas une grande fiabilité. Cependant ce n'est pas le séisme annoncé : une analyse proposée par Serge Boyer : **Afrique, La catastrophe prophétisée n'a pas eu lieu**.

L'Afrique semble moins touchée que prévu par le virus. De nombreux facteurs sont rassurants : le virus semble ne

pas aimer les fortes températures et le climat humide. La moyenne d'âge est très jeune et l'on sait que c'est un critère de moindre mortalité. La distanciation comme la fabrique artisanale des masques a peut-être aussi contribué à diminuer les cas graves. Cependant n'oublions pas que la plupart des pays sous-développés sont très mal équipés en hôpitaux et lits de réanimation. Ce qui fait dire à notre ambassadeur le Pr J.F. Mattei, dans ce journal : **Bien d'autres besoins se font sentir et la collaboration entre les équipes scientifiques du Sud et du Nord doit s'intensifier**.

Mais surtout ce catastrophisme des pays du Nord envers le Sud n'est pas sans conséquences sur le plan économique et humanitaire. Le Nord est un paradis et le Sud est un enfer. Le Nord est riche, le Sud est pauvre ! Voilà pourquoi la méditerranée est un vaste cimetière. Mais une fois dans le Nord,

Le Nord est Riche, le Sud est pauvre ! Voilà pourquoi la méditerranée est un vaste cimetière.

les migrants que GSF prend en charge dans son programme Camifrance se rendent compte du leurre et de leur erreur.

Un des grands changements apporté par la Covid pour l'humanitaire est la suspension des vols internationaux avec les possibilités de quarantaine, et la fermeture des frontières. La conséquence sur l'aide humanitaire est immédiate. Presque 6 mois de paralysie pour certaines ONG avec des risques de rupture de l'aide apportée à la lutte contre la faim, à

la recherche de l'eau potable, à la scolarisation, à la lutte contre la mortalité maternelle et néo natale. Un des risques est aussi la focalisation de l'aide financière sur la covid avec l'abandon des programmes de lutte contre la faim, le paludisme, le choléra, la rougeole, Ebola, le VIH et de beaucoup d'autres. Cet arrêt de l'aide humanitaire est une aubaine pour tout le système

terroriste. Ce n'est pas par hasard s'ils s'en prennent aux humanitaires. La déstabilisation des pays sahéliens déjà très touchés par la corruption facilitera l'installation durable de ce terrorisme mondial et entrainera la fuite des humanitaires.

Pour conclure sur l'humanitaire de demain, je ne ferai que « copier/coller » les propos d'Alain Boinet dans « défis humanitaires » du 6 juillet 2020

■ Les besoins humanitaires vont aller en augmentant significativement en 2020 et 2021.

■ La chaîne d'approvisionnement humanitaire est confrontée à des ruptures qu'elle doit combler rapidement.

■ La crise sanitaire est durable et imprévisible et elle entraîne des effets négatifs en cascade à traiter simultanément.

■ L'environnement géopolitique international est tendu, dangereux même et nous ne sommes pas à l'abri d'incidents graves.

Suite p.2

EN 25 ANS GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES A ÉGALEMENT BEAUCOUP CHANGÉ :

« Seul, on va plus vite, ensemble on va plus loin » dit le proverbe africain. Depuis plusieurs années Gynécologie Sans Frontières travaille en coopération, et coordination avec toutes les autres ONG qui œuvrent dans le même sens. Lire les missions 2019 sur le Togo dans ce journal : échographie, anesthésie, violences, chirurgie, ensemble de missions rendues possibles grâce à la coopération avec Plan International et Handicap international.

■ « Si tu donnes un poisson à un affamé, tu l'aides pour une journée, mais si tu lui apprends à pêcher, tu l'aides pour toute sa vie ». dit le proverbe chinois.

Former, accompagner sans jamais se substituer est la règle d'or de la charte de GSF. Sauf sur le contexte spécifique du séisme d'Haïti (2010) et de l'intervention avec le MAE français sur le sol jordanien et le camp de réfugiés syriens de Zaatar (2012-2013) GSF ne travaille pas dans l'urgence et la substitution mais dans le compagnonnage et la pérennité. Cette pérennité nous la retrouvons dans l'enthousiasme des articles des Drs Tony Elongué et Thierry Mako. Deux belles rencontres, deux témoignages de la transmission des connaissances par GSF. GSF accorde une très grande importance à la Formation en Gynécologie-Obstétrique humanitaire (FGOH). Le succès de ces formations semestrielles est croissant. Apprendre et comprendre ce qu'il ne faut pas faire est une garantie de succès et une clé pour la sécurité en Humanitaire.

■ « On va souvent chercher très loin ce que nous avons sous les yeux ». Cela a été et est toujours le cas pour les exilées, les migrantes, toutes celles qui ont fui leur pays pour de multiples

raisons et se retrouvent en France souvent sans papiers, sans argent, sans rien ! Depuis 2015, la Mission Caminor puis Camifrance n'a fait que croître et s'adapter pour venir en aide à ces femmes victimes des violences du monde actuel. (Lire les témoignages dans ce journal)

■ « Ne rien voir, ne rien entendre et ne rien dire ». C'est le symbole des 3 singes dit de la sagesse, reflétant le comportement de beaucoup de personnes, en France comme dans le reste du monde devant les violences faites aux femmes et aux enfants. Pour GSF c'est inadmissible ! Oui il faut dénoncer ces violences. Oui il faut former les médecins, les juges, avocats et procureurs, la police et la gendarmerie, les membres des associations contre la violence. Pour cette raison GSF organise tous les ans des colloques dans la France métropolitaine et outre-mer pour dénoncer et surtout sensibiliser sur les violences faites aux femmes. Contrairement à toutes les promesses étatiques, la lutte contre les violences faites aux femmes, en France est encore du domaine de l'utopie ! Paroles, paroles mais quand le soutien financier devient nécessaire, alors le silence et le refus sont la règle. Aide-toi, le ciel t'aidera reste encore trop souvent la seule façon d'agir dans la lutte contre les violences faites aux femmes, en France.

■ **Claude Rosenthal**
Président de GSF



AVEC CE NUMÉRO SE TERMINE MON MANDAT DE PRÉSIDENT DE GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES.

Pendant 6 ans (2014-2020) je me suis enrichi du bonheur des rencontres de terrain, du sourire de ceux que l'on aide, de l'amitié et de la confiance de toute l'équipe de GSF. Ces 6 années ont passé à la vitesse de l'éclair et aujourd'hui, si j'ai la satisfaction d'avoir vu grandir notre ONG, j'ai aussi le sentiment que beaucoup reste à faire. Je me suis engagé dans la vie humanitaire pour faire « le bien » mais « Il ne suffit pas de faire le bien, faut-il encore bien le faire » écrivait Diderot. Et c'est tout, sauf évident. Par notre comportement, notre passé, nous pouvons en souhaitant aider les autres, faire tout le contraire. J'ai appris à ne pas nuire ! « Primum Non Nocere » disait Hippocrate. Nous croyons tous qu'il suffit de vouloir faire le bien aux autres pour pouvoir le faire. Quelle erreur ! « Ce qui est fait pour moi, mais sans moi est fait contre moi, » disait Nelson Mandela. Dans beaucoup de pays, la santé est un privilège et non un droit. Dans beaucoup de pays la chirurgie essentielle est

absente, dans beaucoup de pays la mortalité maternelle est 100 fois supérieure à celle des pays européens. La lutte contre cette injustice est devenue pour moi un devoir.

A la fin de mon mandat de Président, je fais le vœu que les 4 grands principes (autonomie, bienfaisance, non malfaisance et justice), enseignés par l'ambassadeur de GSF, le Professeur J.F. Mattei dans son livre : « l'éthique au service de l'humanitaire », restent pour toujours la ligne de conduite de Gynécologie Sans Frontières.

J'ai parfaitement conscience que cet éditorial ne déborde pas d'optimisme : L'humanitaire c'est faire le bien, mais humaniser l'humanité comme dit Maggy, cela va m'apporter quoi ?

Alors regardez ces photos et si vous trouvez la bonne réponse à cette question, mais seulement si vous trouvez, alors poursuivez la lecture du journal ! **Bonne lecture.**



Docteurs Serge Boyer & Claude Rosenthal avec patiente (Hôpital Rema (Burundi))

Photo-expression, un nouvel outil proposé par GSF !

Apporter une nouvelle réponse à votre souhait d'animer des groupes de paroles, Gynécologie Sans Frontières y répond avec une proposition de visuels suffisamment généralistes pouvant convenir à l'animation de temps d'échanges, individuel et collectif, dans le domaine de la santé mais également dans les interventions du domaine social ou du domaine scolaire.

Cet outil « Femmes, santé, exil... » permet d'ouvrir la parole, d'encourager l'expression individuelle et collective, sans recourir à l'expression écrite ou à la lecture. Celui-ci a été développé début 2020, par et pour les acteurs bénévoles

qui agissent auprès de Gynécologie Sans Frontières, dans le cadre de la mission Camifrance dont l'objectif est de favoriser la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes exilées en France.

L'outil « Photo expression » est disponible au prix de 70€ frais de port compris pour la France Métropolitaine.

Si vous voulez commander ce nouvel outil contacter le siège social de GSF :
mail à : admin.gynsf@gmail.com
ou sur <https://gynsf.org/Fiches/PhotoExpression.pdf>



Outil pédagogique GSF

UN JEU POUR PARLER DE LA SANTÉ SEXUELLE permettant d'aborder de manière ludique les thèmes « contraception », « infections sexuellement transmissibles (IST) », « relations affectives et sexuelles »

L'outil Jeu « relations & préventions » est disponible au prix de 60€ frais de port compris pour la France Métropolitaine.

Si vous voulez acquérir cette boîte de jeu, contacter le siège social de GSF :
mail à : admin.gynsf@gmail.com
ou sur <https://gynsf.org/Fiches/JeuRelationsPrevention.pdf>





ON VEUT TUER DENIS MUKWEGE

Dr Claude ROSENTHAL

« PEUPLE CONGOLAIS DIRE LA VÉRITÉ C'EST LE DÉBUT DU CHANGEMENT. »

Nous sommes le 4 Avril 2017. Pour ces mots, écrits sur les murs de l'Hôpital Panzi, à Bukavu en RDC, aujourd'hui Denis Mukwege, Prix Sakharov 2014, Prix Nobel 2018, est menacé de mort ainsi que les membres de sa famille

Depuis plus de 25 ans, inlassablement Denis Mukwege milite contre l'impunité accordée aux auteurs des crimes et aux atteintes à la vie perpétrés dans l'inconsidération totale des humains en République Démocratique du Congo. En 2012 il échappe à un attentat au cours duquel son gardien de maison a perdu la vie. Le 26 juillet 2020 dans un tweet, il dénonce le massacre de Kipupu dans le Sud Kivu. Depuis lui et sa famille sont en danger. Des menaces de mort lui parviennent régulièrement.

Gynécologie Sans frontières travaille depuis de nombreuses années avec son équipe à l'Hôpital Panzi. Quand je suis arrivé au secrétariat de Denis Mukwege, tout était dit dans le tableau d'accueil.

J'étais présent à Bukavu, le vendredi Saint 2017, lors de l'assassinat de son élève et collègue « Gildo ». Sur les murs de l'hôpital on pouvait lire : « Nous continuerons à répondre à la violence et à la haine par l'amour. » Nous aurions dû être présents en mai 2020 à Panzi pour officialiser la mise en place du DU de chirurgie vaginale initié en 2019 par un ami proche de Denis, le Dr Bernard Crézé, en collaboration avec la Fondation de l'Académie de Chirurgie, représentée par son Président : le Pr Richard Villet.

Le virus Sras Covid en a décidé autrement. Dr Honoris Causa de la faculté d'Angers, membre d'honneur du CNGOF, Denis Mukwege est avant tout « l'Homme qui répare les femmes ». Les violences obstétricales (Fistules obstétricales et Prolapsus) ou violences sexuelles (viols utilisés comme arme de guerre), représentent une part de son travail quotidien. Denis Mukwege devait honorer de sa présence le Congrès Infogyn à Pau les 1^{er}-2-3 Octobre prochains et participer à la table ronde de Gynécologie Sans Frontières « Humaniser l'Humanité ». Les contraintes sécuritaires ne lui permettront malheureusement pas d'être présent.

Quelle folie meurtrière ou plutôt quels enjeux sont si importants pour que des hommes deviennent des bras armés souhaitant sa mort ? Comme des milliers de personnes indignées par tant de haine, Gynécologie Sans Frontières s'élève avec force contre de telles menaces. GSF souhaite être présent à ses côtés en RDC, si les conditions le permettent dès le début de l'année 2021, afin de l'aider dans son combat en faveur des femmes.

■ Dr Claude Rosenthal
Président de GSF.

■ Pour en savoir plus sur Denis Mukwege : https://www.reussirmavie.net/Dr-Denis-Mukwege-un-medecin-au-seours-des-victimes-de-violences-sexuelles_a3066.html



Hôpital Panzi, à Bukavu en RDC



Le 23 Janvier 2018 - Repas de Gala.
Docteur et Madame Mukwege.
Denis Mukwege, Docteur Honoris Causa,
Faculté de Médecine d'Angers.

Un vrai leader ne s'auto-proclame pas. Il est le fruit de son engagement pour l'accomplissement des aspirations de son peuple. Dr. Mukwege

INTEGRITE-TRAVAIL-AMOUR

RENDEZ-VOUS				FLASH INTOS			
JOUR	DATE	HEURE	PERSONNALITE	Nom	Pays	Date d'arrivée	Date de départ
Mardi	24/10	14h30	Dr. Hubert / Eric (vrs)	Equipe Congo/Lesotho	Swède	23/10/2020	25/10/2020
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi	25/10	16h00 7h30 13h00	PHR, Trina, C/Juvénile, Claudia / Rapport, Lorian / Juvénile / Dr. Trina.	Lorian / Juvénile	USA	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
				Lorian / Juvénile	Swède	23/10	24/10
				Dr. Claude Rosenthal / Dr. Marie	France	23/10	24/10
Mardi							



COUP DE GUEULE OU PRISE DE CONSCIENCE

Dr Serge BOYER



En ce début de XXI^{ème} siècle quelque chose a changé dans le meilleur des mondes humanitaires. Les missions chirurgicales de développement ne sont vraiment plus un long fleuve tranquille !

Et pourtant, avec nos amis des ONG chirurgicales nous déplorons des millions de morts chaque année par manque de chirurgiens et d'anesthésistes de par le monde. Un article en 2015 du Lancet, journal au combien respectable, faisait état d'une insuffisance de la chirurgie pour 5 milliards d'habitants de notre planète, dont 2 milliards n'ont aucun accès à la chirurgie !

Soit 16,9 millions de décès chaque année par absence ou insuffisance de la chirurgie, soit environ un tiers de la mortalité annuelle dans le monde ! La raison essentielle est le sous-financement de la chirurgie considérée comme trop onéreuse et donc peu et mal intégrée à la politique de santé publique des états.

Le monde ne s'est pas arrêté de tourner pour autant. Les besoins en chirurgie seraient-il moins « nobles » que la pandémie de Covid 19 et ses centaines de milliers de morts cette année ?

Pendant longtemps, il suffisait de répondre à un appel, à un besoin exprimé et justifié, puis de proposer un partenariat, un compagnonnage chirurgical, enfin d'obtenir un accord des ministères respectifs, et le programme de développement pouvait commencer avec enthousiasme. Ainsi de belles missions purent être bâties, notamment au Burundi à l'hôpital Rema de Maison Shalom entre 2012 et 2014. Près de 200 femmes porteuses de maladies handicapantes gynécologiques ont pu être prises en charge et opérées sans qu'elles déboursent le moindre franc burundais ! La santé dans ce plus petit pays d'Afrique n'était plus un privilège, mais devenait un droit pour ces femmes pauvres et incultes des campagnes. L'hôpital qui nous accueillait assurait la nourriture, les vêtements, les soins des patientes, notre ONG fournissant le matériel de base du bloc opératoire, blouses, champs opératoires, fils de suture, médicaments pour le

post opératoire. Tout le monde était satisfait: les patientes qui jusqu' alors ne pensaient pas pouvoir être guéries gratuitement de leur pathologie, les médecins burundais locaux se formaient et profitaient de cet apprentissage et compagnonnage, et notre ONG était dans le cœur même de notre engagement « pour la Santé des Femmes ».

Et puis nous avons vu, au fil des missions dans des pays africains voisins, les choses changer. D'abord à Madagascar à Tuléar en 2017, puis au Mali en 2018 et enfin au Bénin en fin 2019. Un peu comme s'ils s'étaient donnés le mot.

« Nous sommes d'accord pour que vous veniez opérer nos femmes nécessiteuses et vulnérables mais vous payez tous les frais opératoires et d'hospitalisation ».

Tels furent les propos tenus et souvent au dernier moment, juste avant de démarrer la mission.

« Il faut nous payer 200 euros par intervention ». Ce phénomène nous est apparu soudainement général et « contagieux ».

Ces « surprises » désagréables passées, mêlées de déception, d'incompréhension, et enfin de désillusion, nous ont permis de nous poser les bonnes questions dans une réflexion éthique humanitaire. Dans un premier temps, au regard des demandes formulées, pour ne pas dire exigées, nous avons refusé, sur le fond

et la forme, arguant que nous étions des bénévoles, non rémunérés dans le cadre de mission de développement, que nous apportions le matériel de blocs pour ne pas grever leur budget en quelques semaines de mission.

Parfois, dans certaines situations, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un « véritable chantage » au dernier moment, voire d'une corruption déguisée. Nous nous sommes fait traiter de « néocolonialiste médical » par certains.

Le regard sur l'engagement de Gynécologie sans Frontières devait impérativement changer, nous devions nous adapter.

Rappelons quelques exemples et situations :

1 A Madagascar, à Tuléar, lors de la dernière mission en 2017 nous avons sélectionné en deux journées de consultations gratuites douze patientes, sur 120 femmes examinées, avec des pathologies majeures et négligées, à opérer. Seules trois ont pu être prises en charge au bloc opératoire, les autres ne pouvant payer l'intervention à l'hôpital (environ l'équivalent de 200 euros pour le bilan préopératoire, l'hospitalisation, les frais de blocs, les transfusions sanguines nécessaires, le personnel hospitalier).

Rappelons que notre arrivée rompt un équilibre précaire, nous ouvrons des possibilités qui, si elles restent sans lendemain, vont être rapidement néfastes. Notre attitude pouvant être assimilée à de la maltraitance envers ces femmes vulnérables, pouvant penser que tout était gratuit en raison de la présence des « médecins blancs ».

Fort instruit de cette expérience désagréable et préjudiciable lors de la préparation de la mission suivante de 2018 nous avons négocié l'aide financière que nous pouvions apporter en plus, mais nous avons dû rompre les négociations car l'équipe malgache continuait à faire de la surenchère et à réclamer plus de 150 euros de participation de notre part par patiente. Certes les grandes ONG australiennes, considérées comme « riches » qui viennent depuis longtemps à Tuléar, payent rubis sur l'ongle toutes les demandes parfois exubérantes exprimées par la direction de l'hôpital. Autres lieux, autres mœurs. A Madagascar la santé reste malheureusement un privilège pour les nantis, qui demeurent fort rares.

2 Autre exemple, au Mali, nous avons pu mener une mission chirurgicale complète de 20 patientes en septembre 2018, sélectionnées par les médecins locaux, porteuses de pathologies gynécologiques lourdes. Tous les frais des interventions furent

pris en charge par la direction de l'hôpital. C'était enthousiasmant!

Mais seulement quelques mois plus tard, en janvier 2019, la même direction nous a demandé de financer complètement un nouveau programme d'interventions chirurgicales, nous expliquant qu'elle n'avait plus d'argent. Là aussi nous avons négocié le prix et l'accompagnement des interventions et finalement accepté de payer cash environ l'équivalent de 200 euros par patiente. Mais en raison d'une grève de la fonction publique malienne lors de notre arrivée (maladie contagieuse secondaire à la colonisation ?)... nous n'avons pas pu faire opérer comme nous le souhaitions la vingtaine de patientes programmées pour le prix payé d'avance! Seulement une dizaine a pu être prise en charge. Bien entendu aucun remboursement du trop-perçu n'a eu lieu.

Sur le moment nous avons eu le sentiment d'être considérés comme une « vache à lait », sans bénéfice réel pour les femmes maliennes.

3 En décembre 2019 le phénomène s'est reproduit au Bénin à quelques heures du départ de l'équipe chirurgicale missionnée. Ce qui est critiquable dans ce cas présent, c'est une exigence de toute dernière minute, par une nouvelle personne « ressource », qui s'est mise dans la boucle des décideurs, et a fait monter les prix demandés. Un peu comme s'il fallait partager « le gâteau » de l'assistance humanitaire.

Mais dans le fond, quand on connaît les salaires de misère qu'ils perçoivent, peut-on le leur reprocher, n'ont-ils pas raison de tenter cette « accroche commerciale »?

Ils sont chez eux, ils décident et "testent notre volonté" de venir vraiment les aider, avant d'aider leurs femmes nécessiteuses.

C'est devenu un problème général. D'autres ONG de taille moyenne, comme la nôtre, engagées dans les missions chirurgicales sont confrontées au même dilemme et au même choix. Se soumettre ou se démettre et renoncer à prendre en charge ces femmes vulnérables, dans le besoin d'être soignées dignement.

Certaines ONG qui œuvrent au Togo, dans la région maritime depuis plus de dix ans financent complètement les missions de chirurgie viscérale, d'orthopédie et d'ophtalmologie, sinon elles ne sont pas acceptées.

Nous avons débattu en interne, dans une attitude responsable, lors du dernier séminaire de GSF pour savoir s'il fallait s'engager encore plus financièrement dans ces missions chirurgicales. Dorénavant nous allons inclure dans les budgets prévisionnels de ces missions la participation aux frais opératoires,

comme nous l'avions fait, en 2012-2014 en accordant des « perdiems » aux enseignants, pour réaliser les SONUS (formation en obstétrique) à l'hôpital Rema de Ruyigi au Burundi, quitte à réduire les frais alloués aux bénévoles. Il est bon de rappeler qu'à GSF, tous les frais des bénévoles en missions étrangères, transport aérien, logement, repas, sont pris en charge intégralement par notre ONG.

Il est important aussi de souligner que nos missions sont des missions de formation, et de développement, conformes à notre Charte et non des missions de substitution comme celles pratiquées par les « grosses » ONG internationales, qui font par ailleurs un travail remarquable, mais en se substituant sans privilégier la formation, car si on se substitue, cela semble logique, on doit se substituer aussi à tous les frais.

Le ciel s'est donc obscurci et les temps sont durs pour les petites et moyennes ONG. La recherche des budgets pour les missions africaines est de plus en plus difficile. Les donateurs, privés ou fondations, sont moins nombreux et nous pouvons craindre qu'avec la crise sanitaire et économique que vient de traverser la France et le monde, et qui se poursuit, nos principaux bailleurs risquent de se mettre pour un moment préjudiciable « sur pause » !

C'est donc un appel à tous nos adhérents, sympathisants et soutiens d'être nos ambassadeurs auprès des donateurs privés et institutionnels.

Rappelons cet appel et ce constat de la coordination humanitaire des ONG chirurgicales qu'il devrait exister un droit universel à la chirurgie :

17 MILLIONS

d'êtres humains meurent chaque année par manque de soins chirurgicaux, aussi élémentaires qu'une césarienne ou une appendicectomie.

75%

de la population mondiale n'a pas accès à la chirurgie de base.

90%

des décès maternels seraient évités grâce à une intervention chirurgicale

Devant un tel constat, GSF ne restera pas insensible. Nous allons poursuivre nos missions en terres étrangères, et dorénavant financer complètement la prise en charge chirurgicale des patientes et leur hospitalisation.

Mais ne soyons pas dupes, une fois que nous serons partis certes, des médecins auront été formés, des patientes opérées lors de nos missions, mais si les gouvernements africains ne mettent pas en priorité la santé de leur population la « misère chirurgicale » perdurera au dépens des femmes !

■ Dr Serge Boyer
Secrétaire général de GSF

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



Harmonie mutuelle
GROUPE vyv

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



AFRIQUE

Dr Serge BOYER

LA CATASTROPHE PROPHÉTISÉE N'A PAS EU LIEU

Au décours de cette pandémie qui a bouleversé et renversé le monde, nous avons souhaité vous proposer quelques pistes de réflexions et de remarques inspirées par nos expériences passées en missions, nos relations amicales maintenues avec tous nos partenaires et amis africains, inquiets des images de France qui arrivaient chez eux, notamment ceux du Rwanda, du Burundi, du Togo, à Dakar, à Niamey, à Kankan, sur l'île Ste Marie à Madagascar, et par la lecture de publications de chercheurs africains, notamment celles du Dr Ekongo LOFALANGA, consultant international en Santé Publique et Socio-Anthropologie.

Les « experts auto désignés » nationaux et internationaux, les spécialistes du « jour d'avant » des plateaux télévisés, prévoyaient une catastrophe sanitaire et humaine en Afrique avec le déferlement de l'ennemi, invisible et meurtrier, le nouveau coronavirus, la Covid 19, partout où la pauvreté et le manque d'infrastructures de santé faisaient craindre le pire. Des condamnations sans appel, des jugements définitifs, méprisants voire racistes furent portés. Incorrigibles, les Occidentaux continuent de croire qu'ils savent mieux que les Africains ce qui est bon... pour l'Afrique !

Le 18 mars le Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS) Tedros ADHANOM GHEBREYUS, premier africain à ce poste, et premier à ne pas être médecin, déclarait gravement « Mon continent doit se réveiller ».

Depuis le 11 mars la Covid 19 avait été requalifiée en « pandémie ».

Le secrétaire général des Nations Unies, Antonio GUTERRES, le 27 mars, redoutait qu'elle ne provoque « des millions de morts » sur le continent africain qui cumule les facteurs aggravants : sous équipements de l'offre de soins, vulnérabilité de la population, promiscuité urbaine, difficulté de l'accès à l'eau (deux tiers des africains ne peuvent se laver les mains quand ils le souhaitent du fait de la difficulté d'accès à l'eau et au savon).

Il n'en fut rien, et heureusement. Ils se sont tous manifestement trompés sur ce sujet comme sur d'autres, sauf quelque uns !

L'Afrique nous a donné une nouvelle leçon de vie. A la date du 18 mai, le centre européen de prévention et de contrôle de maladies déplorait 93 000 morts aux USA, 150 000 en Europe, 20 000 en Asie et 2400 en...Afrique*. Heureuse surprise mais cherchons l'erreur.

Évidemment, certains diront que le faible nombre de tests et le manque de données peuvent fausser en partie le bilan, le nombre de cas étant sans doute largement sous-estimé. Le chef du centre africain de contrôle et de prévention des maladies, John NKEGASONG, a concédé à l'AFP que, faute de tests, les statistiques ne sont pas parfaites. Mais il écarte l'idée que de nombreux cas soient passés sous les radars. « Les hôpitaux seraient envahis de malades, ce qui ne fut pas le cas ». Ces propos nous ont été confirmés par tous nos amis africains, représentants de 7 pays, que nous avons interrogés.

Voyons à présent les raisons pour lesquelles le virus ne s'est pas développé sur ces terres africaines et dans un deuxième temps nous esquisserons les motifs qui ont conduit à cette erreur d'analyse et de jugement. Evoquons les raisons qui ont pu protéger l'Afrique essentiellement sub-saharienne :

1/ La pandémie liée à la Covid 19 a surtout touché les « vieux » pays, le « vieux continent », souvent riches et dont la population voyage, pour ne pas dire « migre » ...pour leur plaisir ou leurs affaires. L'infection virale a touché tous les âges mais a surtout décimé « les vieux » dans les maisons de retraite et les EHPAD, comme le fait chaque année, le virus de la grippe saisonnière sans mettre à genou l'économie mondiale. L'Afrique avec ses 1,2 milliard d'habitants est un continent jeune, et même le plus jeune au monde, ce qui en fait sa force, avec 60% de sa population âgée de moins de 25 ans. Les jeunes ont sans doute un système immunitaire plus résistant et « passent plus facilement à travers les gouttes » que les personnes plus âgées.

Or, les chiffres en témoignent, le coronavirus a frappé plus particulièrement les personnes âgées : en France, 75 % des personnes décédées de la Covid-19 ont plus de 75 ans. L'Italie du Nord, une des

régions la plus touchée au monde, est aussi caractérisée par une très forte population âgée. « En Afrique, il n'y a plus de vieux à tuer sur le continent » résume sarcastiquement l'écrivain ivoirien GAUZ, dans une tribune sur le site de la revue Jeune Afrique. L'Afrique présente aussi un très faible taux d'obésité, qui est un facteur de risque majeur de surmortalité à la Covid-19.

Notons également que l'espérance moyenne de vie dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne était de moins de 60 ans entre 2010-2015 tandis que la moyenne de l'espérance de vie mondiale est à 73 ans. Dans la plupart des pays occidentaux (Europe, Etats-Unis) les pyramides des âges montrent un vieillissement massif de la population (34% de la population avait plus de 65 ans en Italie en 2017), la population africaine est majoritairement jeune (80%). Notons que selon les pyramides des âges, les plus de 65 ans (les plus vulnérables à la Covid-19) sont à 3% en Afrique tandis qu'ils sont de plus de 35% en Europe.

Précisons enfin que les principales victimes de la Covid 19 dans les pays du Nord furent les personnes âgées, voire très âgées, vulnérables et porteuses de pathologies handicapantes surajoutées, diabète, obésité, maladies du cœur, hypertension, insuffisance rénale, maladies pulmonaires chroniques. Plus de la moitié des morts en France était en EHPAD, décès direct en institution ou après transfert à l'hôpital.

2/ Sauf dans les mégapoles que sont certaines capitales, la population africaine est très dispersée sur le continent et vit en quasi-autarcie.

Avec 43 habitants par kilomètre carré, contre 181 en Europe de l'Ouest ou 154 en Asie du Sud-Est, l'Afrique demeure un continent faiblement peuplé dans la plupart des régions. Les habitants sont généralement concentrés dans les capitales, qui ont été très tôt confinées « manu militari ». En Côte d'Ivoire, le grand Abidjan a été isolé du reste du pays dès le 30 mars. De même au Nigeria, où les habitants des deux mégapoles, Abuja (3 000 000 hab) et Lagos (13 000 000 hab), ont eu l'interdiction de quitter la ville. Cette faible densité sur l'ensemble du continent a limité considérablement les contacts et donc la transmission du virus.

Une grande majorité d'africains, dont le revenu est fort modeste, ne circule

pas sauf par nécessité impérieuse, et lorsqu'ils migrent ce sont pour des raisons en lien avec la guerre, la famine... ou l'espoir d'une vie meilleure dans un ailleurs.

De ce fait on note moins de circulation des personnes et par conséquent... du virus.

L'Afrique est également beaucoup moins touristique que l'Europe ou les États-Unis. Sur les 50 aéroports les plus fréquentés au monde, un seul est africain (celui de Johannesburg). L'Afrique ne compte pas non plus de diaspora importante comme la Chine ou l'Inde, qui doit faire face au retour de nombreux étudiants revenant de l'étranger.

Les mesures de confinement et de distanciation physique ont été impossibles à mettre en place, sauf dans certains quartiers de quelques capitales (Dakar, Conakry, Niamey...) car la majorité de la population (environ 80%) vit au jour le jour, au présent et a besoin de ses « travaux informels » pour survivre et nourrir la famille. Si elle reste à la maison, se barricade, il n'y aura aucun revenu et va mourir de misère et de faim. La pauvreté étant quasi généralisée, le confinement strict risquait de faire beaucoup plus de dégâts humains et économiques que cette pandémie. Seule la frange minoritaire aisée de cette population, aux habitudes européennes, qui voyage, devenue craintive et peureuse, s'est confinée, par simple mimétisme, du « copier-coller » en somme avec les pays européens. Il a été constaté fin avril, par peur des risques d'émeutes liées à la faim, plusieurs gouvernements africains ont levé petit à petit les mesures de confinement mises en place au mois de mars.

3/ Les Africains sont « habitués » bien plus que nous à subir chaque décennie des épidémies récurrentes, le Sida (26 millions d'africains vivent avec le VIH), Ebola, la Fièvre Jaune, le Choléra, et surtout le Paludisme qui fait chaque année des centaines de milliers de morts, (93 % des cas de malaria sont enregistrés en Afrique et 200 millions de personnes sont touchées), sans oublier les syndromes grippaux saisonniers, les fièvres typhoïdes, les infections respiratoires aiguës et la tuberculose (2,5 millions de cas déclarés en 2018). Cette expérience de l'adversité aura été une force face à cette nouvelle épidémie. Ils n'ont jamais eu, à l'inverse de nous, un Etat Providence, mais seulement un « aide-toi et le ciel t'aidera ».

Précisons également que depuis très longtemps, depuis les années 50, ils se soignent avec la nivaquine ou ses dérivés, pour prévenir et traiter les ravages du paludisme frappant tous les âges.

Le Professeur Didier RAOULT de l'IHUM de Marseille, né à Dakar, a mené des travaux, certes controversés et critiqués par les lobbies de firmes pharmaceutiques qui cherchent à produire des vaccins contre la Covid-19. Il affirme qu'un antipaludéen connu depuis très longtemps, l'Hydroxychloroquine, disposerait des effets curatifs sur les infections à Covid-19 pris au début de la maladie. Alors, l'exposition massive au paludisme en Afrique, ainsi que le recours et l'utilisation massifs des antipaludéens pour se soigner contre ce fléau, a pu avoir un effet protecteur contre la Covid-19. Peut-on évoquer une immunité préexistante ?

Tous nos contacts et amis africains, dans les pays cités plus haut, ont pris de l'Hydroxychloroquine associé à un antibiotique. Et ils se portent tous bien à ce jour.

4/ Les effets du climat : la chaleur et l'humidité sembleraient amoindrir la virulence et la contagiosité du Covid-19. On a même parlé de l'éventualité d'un effet protecteur du climat dans le faible taux d'attaque de cette maladie dans certains pays du Sud, ce qui est une hypothèse à ne pas négliger en Afrique, surtout dans sa partie subsaharienne et tropicale telle qu'en Afrique centrale.

5/ Ce « serial killer » invisible et silencieux, a également trouvé en Afrique une population où quasiment tout le monde a été vacciné par le BCG contre la tuberculose. Ce qui n'est plus tout à fait le cas dans les pays du Nord. Certains chercheurs occidentaux parlent d'un possible effet protecteur du BCG contre la Covid-19.

6/ Pour certains chercheurs africains et notamment le Dr Ekongo LOFALANGA le virus a été présent en Afrique bien avant l'Europe sans doute dès décembre 2019 et janvier 2020, même si la plupart des pays n'ont déclaré la présence du virus seulement en mars, suivant ainsi ce qui se passait au Nord. Depuis quelques décennies, la période de novembre à décembre, est l'une des périodes d'intenses transactions commerciales entre l'Afrique (Importatrice de biens) et la Chine (Exportatrice de biens).

Un autre élément aussi important à ne pas oublier négliger : Les hommes d'affaires chinois ont trouvé un véritable eldorado en Afrique et ils y déferlent depuis quelques décennies pour y faire des affaires très fructueuses et juteuses. On trouve les chinois presque partout en Afrique (selon certaine source plus d'un million de chinois vivent en Afrique et 80 000 africains étudient en Chine) jusqu'aux plus petits villages en train de vendre des bibelots et des pacotilles bon marché à des populations nécessiteuses. De même, les entreprises chinoises de grands travaux publics, avec leur main d'œuvre chinoise plus qualifiée, gagnent quasiment tous les marchés de constructions de grandes infrastructures, et notamment les routes.

Le Dr Ekongo LOFALANGA, résumait son excellent article, pertinent et sage : « Ainsi, les conditions climatiques (chaleur, humidité), la pyramides de âges (populations plus jeunes), l'exposition quasi permanente au paludisme et recours systématiques aux antipaludiques, la vaccination au BCG contre la tuberculose dès la naissance, ainsi que d'autres facteurs certainement inconnus, auraient concouru à amoindrir la virulence du Covid-19 depuis son arrivée en Afrique en novembre-décembre 2019, pour ne donner majoritairement que les formes moins graves de cette nouvelle maladie émergente ».

Rappelons enfin que les épidémies, telle la peste noire, depuis la nuit des temps ont suivi les routes commerciales, ce furent les caravanes, puis les voies maritimes, elles mettaient un certain temps pour arriver, maintenant le virus voyage en classe « tous risques » par les airs avec les hommes.

*les derniers chiffres connus le 30 JUILLET avant mise sous presse : Sources : Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) en Afrique et AFP :

En Afrique : 872.000 cas de contaminations
18.475 décès dus au Covid 19 pour une population de 1,2 Milliards d'habitants (1/6 de la population mondiale)
5,45% des contaminations / 2,8 % des décès mondiaux (Afrique du Sud 72.57 décès / Egypte 4.691 décès à Algérie 1.174 décès)
Durant la même période : A travers le Monde 689.758 décès dus au Covid 19 dont plus de 154.000 aux USA et 203.000 en Europe.



VOYONS À PRÉSENT LES

RAISONS QUI ONT POUSSÉ À

CETTE ERREUR D'ANALYSE :

1/ Le directeur général de l'OMS, pourtant africain et Ethiopien, déclarait le 18 mars 2020 que la pandémie allait faire des ravages sur le continent africain et qu'il fallait « se préparer au pire ».

A-t-il eu raison d'agir ainsi ? Seuls l'avenir et l'histoire nous le diront. Vieux réflexe entretenant l'image de « misère » de ce continent riche mais peuplé de pauvres, depuis les années soixante, période qui a suivi le soleil de la décolonisation de la plupart de ces pays, avec cette sentence de René Dumont, toujours présente dans les esprits et les raisonnements: « L'Afrique est mal partie ».

Elle reste pour beaucoup de gens du Nord une « Terra Incognita ». Il persiste malheureusement comme une attitude de condescendance chronique, de post colonialisme médical et sanitaire, envers la population de ce continent, comme si le blanc ne supportait pas que le noir réussisse et s'adapte mieux que nous, l'élite du nord, « les sachants » devant cette pandémie, et soit de ce fait épargné ou moins atteint. « Vanités des Vanités, tout est Vanité ».

Replongeons-nous dans la sagesse africaine qui nous rappelle que l'homo sapiens, et ses descendants les hommes d'aujourd'hui, sont nés dans cet immense continent qu'est l'Afrique

qui, une nouvelle fois nous donne des leçons.

Nos amis africains, certes souvent vulnérables, sont des êtres dignes de respect et non des objets de commisération, changeons notre regard, notre comportement, traitons les d'égal à égal.

2/ Des cris ont fusé de partout en Europe et aux USA, pour dire que cette pandémie allait provoquer une hécatombe effroyable ou un véritable carnage en Afrique. Etaient-ils fondés, justifiés, réalistes et pragmatiques ? Je ne le crois pas.

N'étaient-ils pas en fait des cris alarmants pour chercher à proposer de l'« aide », afin d'aggraver la situation de la dette africaine pour maintenir et tenir encore fortement « en laisse » les pays africains, en prévision de la sortie de la crise économique provoquée par la Covid-19 au Nord, afin de poursuivre le pillage des matières premières (pétrole, cobalt, uranium, diamants, or, et coltan tant recherché...) ? Posons-nous la question.

Je rajouterais aussi que de nombreuses ONG internationales n'ont pas attendu longtemps pour emboîter le pas et faire des appels à des dons astronomiques pour la situation catastrophique qui allait arriver.

La dramatisation des victimes, médiatisée à l'échelle planétaire, suscite

la compassion du téléspectateur, du consommateur des tragédies humaines et son large soutien aux campagnes d'intervention. C'est le « Charity Show » mais nous sommes loin de la naissance d'une conscience planétaire. Jouer les prophètes de malheur est devenu pour certains une rente de situation.

3/ Ces mesures de confinement, avec la peur et la psychose qui vont avec, si elles avaient été prolongées ne risquaient-elles pas de faire plus de dégâts humains et économiques en Afrique que la pandémie à Covid-19 tant redoutée ? Mourir du Coronavirus ou de faim, ce fut le choix impératif du déconfinement salutaire.

4/ Pendant tous ces mois, où la pandémie a ouvert et fermé tous les journaux télévisés, la presse, les chaînes d'infos continues, ou encore les radios du monde entier, les vraies plaies de l'Afrique ont continué, et sont passées sous un silence assourdissant, habituel et complice, de notre lâcheté et de notre égoïsme. Rappelons les morts maternelles évitables (500 femmes meurent en donnant la vie chaque jour en Afrique), les femmes sont toujours excisées, les viols comme armes de guerre notamment au Congo se poursuivent, la famine redémarre dans certains territoires confinés, les guerres fratricides redoublent au Yémen et en Syrie, et les migrants stoppés en Lybie meurent toujours en Méditerranée. Ces menaces prioritaires, vraies et humanitaires, sont bien plus concrètes et chroniques que le coronavirus.

IL EST TEMPS DE CONCLURE

L'Afrique, berceau de l'humanité nous a donné une nouvelle leçon d'espoir et de savoir en résistant à la chronique d'une mort annoncée.

Jean Christophe RUFFIN, médecin et ancien ambassadeur français notamment au Sénégal et en Gambie, a été un des rares optimistes dès le début de la pandémie mondiale, affirmant qu'il continuait à espérer notamment en raison de l'indéniable expérience acquise lors des épidémies d'Ebola par les populations et le personnel soignant, pour isoler les malades et se protéger de la contagion.

L'Afrique a su développer une grande résilience à toutes les calamités, depuis des siècles. Aucun virus n'a pu freiner son expansion démographique qui va la projeter à 2 milliards d'individus dans trois décennies. Phénomène qui entretient la discorde entre les géographes et leurs projections d'explosion démographique, et les spécialistes de santé publique avec leurs prévisions d'hécatombes. Certains y voient une revanche du continent noir depuis l'esclavage et les colonisations et les guerres d'indépendance. La terre africaine reste enceinte d'un avenir qui n'est jamais écrit à l'avance.

A l'inverse chez nous les peurs répétitives et contagieuses, de tout genre, alimentées par les diafoirs des plateaux télévisés ont animé et entretenu le cours de cette pandémie.

La mort dérange en France, surtout lorsqu'elle est étalée à la Une de tous les journaux d'une façon quotidienne. Il faut la cacher et l'aseptiser! Les baby-boomers que nous sommes, nous pensions être devenus éternels, en ce début de XXI^{ème} siècle, avec le risque zéro et le principe de précaution inscrit dans le marbre de notre constitution !!!

Il n'en fut rien malgré le travail acharné et reconnu des « hussards blancs » de la République.

Un jour pas si lointain, dans leur immense sagesse des amis maliens m'ont rappelé que les vieillards en Afrique, gardiens de la mémoire orale, étaient choyés, gardés à la maison familiale, selon la tradition avec tous leurs petits-enfants. Peut-être que si nous avions continué à cultiver ce lien d'empathie familiale, nous n'aurions pas eu à déplorer chez nous tant de départs prématurés et tant de tristesse dans nos EHPAD.

Rêvons d'un « Monde d'Après », meilleur et plus éclairé, où l'Afrique n'aura plus besoin de l'Occident, parce qu'elle aura compris qu'elle détient à elle seule toute les richesses du monde, humaine, agricole, minière, énergétique. Elle nous fermera alors ses portes, juste retour des choses.

■ Dr Serge Boyer (Texte rédigé le 18 mai 2020)
Gynécologue obstétricien - Secrétaire général GSF



COVID-19 EN AFRIQUE : UN DÉFI HUMAIN ET HUMANITAIRE

Pr Jean-François MATTEI

Fiers des avancées de la science et de la médecine, nous étions habités par l'enthousiasme du savoir et un sentiment de puissance inégalé. La génétique, l'intelligence artificielle, parmi d'autres techniques, avaient repoussé nos horizons.

Avec l'homme augmenté, nous inventions le transhumanisme pour créer un surhomme. Jugeant notre terre trop étriquée, nous préparions la conquête d'autres planètes. Et voilà qu'un virus venu de l'autre côté de notre monde se révélait plus ambitieux que nous. Il nous envahissait, provoquant des malades innombrables et des morts par milliers. L'intrus était invisible, imprévisible et inconnu. En fait de science et de toute puissance, la réalité était notre ignorance et notre impuissance. En l'absence de vaccin et de traitement, le confinement demeurerait notre arme principale comme pour toutes les épidémies depuis presque mille ans. Les soins intensifs et la réanimation permettaient de lutter contre les formes graves de détresse respiratoire. Nous redécouvrons que la valeur de la vie s'imposait comme la première dans notre échelle de valeurs. Notre société était déstabilisée et les inégalités se creusaient de façon dramatique au détriment des plus vulnérables. Cette constatation s'avérait particulièrement inquiétante dans les pays les plus démunis.

L'Afrique est un exemple préoccupant car elle n'est pas épargnée par l'extension de la pandémie.

Même si l'épidémie semble progresser lentement sur le continent africain, les conditions d'une propagation rapide sont réunies : surpopulation dans les grandes villes, pauvreté, précarité et promiscuité, insalubrité, manque d'eau et de savon, fragilité des systèmes de santé, instabilités socio-politiques, conflits armés sont autant de facteurs de risques de flambées épidémiques massives. Et cela, en dépit des deux facteurs favorables que sont le climat tropical et la moyenne d'âge jeune de la population. Il est donc indispensable de sensibiliser l'opinion internationale à la situation du continent africain face à la progression de l'épidémie de la Covid-19, d'autant qu'il est déjà confronté à la fréquence des maladies transmissibles et la progression des maladies chroniques. Ce n'est pas la compétence et le dévouement des personnels soignants qui font défaut, mais les moyens à mettre en œuvre : laboratoires sécurisés, tests virologiques, équipements de protection, respirateurs. L'épidémie s'ajoutant à la nécessité de sauvegarder la continuité des soins curatifs et des soins préventifs tout en luttant contre les faux médicaments dont le trafic mafieux ne cesse de croître. Bien d'autres besoins se font sentir et la collaboration entre les équipes scientifiques du Sud et du Nord doit s'intensifier.

C'est dans la solidarité que notre humanité retrouvera tout le sens de la résilience. Après avoir survécu, après nous être adaptés à la vie confinée et aux sacrifices nécessaires, il nous faudra rebondir pour retrouver la fierté d'être des humains. Le défi est à la fois humain et humanitaire.

■ Jean-François Mattei

Ancien Ministre de la Santé - Ancien Président de la Croix Rouge Française - Ambassadeur de GSF



GRAND PRIX DE LA FONDATION DES FEMMES 2020



**FONDATION
DES FEMMES**

EN FRANCE ET DANS LE MONDE, GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES (GSF) LUTTE CONTRE TOUS LES TYPES DE VIOLENCES FAITES AUX FEMMES PAR DES ACTIONS DE PRÉVENTION, DE SENSIBILISATION, DE PRENDRE SOIN DES FEMMES ET ENFANTS EN GRANDE VULNÉRABILITÉ.

SUR LE MODÈLE DE LA MAISON DES FEMMES DE SAINT DENIS (93)

Gynécologie Sans Frontières est très honorée de faire partie des associations lauréates de ce grand prix en faveur de la lutte contre les violences intra familiales. La dotation de la Fondation des Femmes contribuera à l'ouverture prochaine de la « Maison de Soie » à Brive la Gaillarde. maison d'accueil et de prise en charge pluridisciplinaire des femmes victimes de violences.

Merci pour Elles





LA SANTÉ DES FEMMES : UN PROBLÈME PRIORITAIRE D'AMPLEUR ÉPIDÉMIQUE !

Delphine WOLFF

Lors de la 72e Assemblée mondiale de la santé, le 24 mai 2019, l'OMS a annoncé que 2020 serait l'année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. À travers le monde, ces professions sont indispensables pour répondre aux besoins de santé de la population. Car dans les zones reculées, elles sont souvent les seuls recours pour sauver des vies et diffuser des messages de prévention.

Or selon l'OMS « Il faudra neuf millions de sages-femmes et d'infirmiers supplémentaires dans le monde pour espérer réaliser la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030 ». Une couverture universelle c'est quoi ? L'espoir, par exemple, que chaque femme enceinte puisse bénéficier d'un plan d'accouchement suivi et sécurisé avec du personnel qualifié. Planifier plus de personnel donc, mais l'OMS ne pouvait prédire l'arrivée du Coronavirus qui ébranlera la planète début 2020. Ainsi Le 11 mars 2020 : c'est officiel la France rentre en phase de pandémie de Covid-19 avec nos femmes guerrières en première ligne dans nos hôpitaux, nos maternités, en soins à domicile, dans les résidences pour personnes âgées, aux caisses des supermarchés ... Un personnel féminin qui représente au niveau mondial 70% des soignants.

Ces héroïnes, nous les avons célébrées tous les soirs à 20h à nos balcons, mais Gynécologie Sans Frontières n'a pas attendu la pandémie pour leur rendre hommage en initiant depuis le 1er janvier sur son site Facebook un portrait et témoignage de leurs bénévoles volontaires.

Dans les pays en développement où GSF collabore, ces femmes aussi soignent, sauvent, éduquent, avec également la charge domestique, mais dans des conditions souvent difficiles voir misérables. (Pauvreté et/ou non accès à la contraception = enfants en nombre = tâches ménagères multiples = revenus du foyer supplémentaires à trouver = plusieurs emplois nécessaires). Ces combattantes en ce contexte de pandémie, continuent d'appliquer comme elles le peuvent la doctrine de Théodore Roosevelt :

« FAIS CE QUE TU PEUX, AVEC CE QUE TU AS, LÀ OÙ TU ES ».

Nos médias nous ont martelé chaque jour sur nos écrans et sur les réseaux sociaux, les cartes avec les "zones" atteintes, le nombre de personnes tuées par le virus en France, montré des reportages sur des hôpitaux saturés en réanimation ... puis ils nous ont révélé petit à petit les contrastes entre ici et ailleurs pour lutter contre ce même ennemi, nous permettant "d'entrevoir" les fossés pour combattre

à armes inégales cette pandémie dans les bidonvilles Indiens par exemple ou encore en Afrique du Sud. Mais si cette catastrophe planétaire nous a surtout prouvé et exposé des conséquences sanitaires désastreuses, nous ne pouvons plus nier à ce jour que nous sommes face à une guerre sexospécifique. Car la pandémie creuse belle et bien les inégalités des genres. Ce virus, n'a pas de frontières, il touche tout le monde. Même si nous protégeons nos aînés, les porteurs de pathologies chroniques, nous devons avant tout protéger nos femmes, car les épidémies antérieures (Ebola-Zika) l'ont bien démontré : les premières victimes collatérales sont les personnes de sexe féminin. Le Coronavirus a pris le pouvoir sur le monde, sans distinction d'âge, de race, de culture, de richesse ou d'emplacement géographique. Pour une femme positive, isolée et/ou démunie, c'est un tsunami et un haut risque de subir des formes de violences liées aux genres : physique, sexuelle, psychologique, économique, ou encore précarité sanitaire.

Les femmes qui doivent sortir de chez elles pour assurer la survie du foyer (eau- nourriture-travail) sont les premières exposées au risque de contamination.

Les femmes qui sont isolées avec un mari-conjoint et/ou un ami violent et dont les rites et modes de vie s'en trouvent perturbés (écoles-entreprises fermées, garde alternée, polygamie ...) peuvent subir des violences



domestiques et sexuelles. Rappelons que 49 pays ne disposent toujours pas de lois protégeant les femmes contre la violence domestique.

Sans compter celles qui n'osent plus se rendre dans un établissement de soins (pour le suivi de leur pathologie chronique, leur grossesse, leur vaccin...) de peur d'attraper le virus et qui risquent ainsi d'aggraver leurs maladies, voire d'en décéder.

Puis celles qui ne peuvent plus bénéficier des services communautaires (planning familial, groupe de parole, cellule psychologique, réseau d'entraide féminin,) fermés pour cause de pandémie et qui ne savent plus vers qui se tourner faisant augmenter le nombre de Violences Faites aux Femmes, de grossesses indésirées, de tentative de suicides ...

Nous parlons en contexte de pandémie, mais ces violences disproportionnées envers le genre féminin sont bien antérieures. Elles ont lieu à la maison, dans les rues, dans les établissements scolaires, au travail et nous les côtoyons aussi en humanitaire au cœur des

camps de réfugiés, ou lors des conflits armés où les abus (torture et viol) sur les femmes sont des pratiques démocratisées et aussi rentables que des armes de guerre. Donc vous l'aurez compris, si 2020 est bien l'année des infirmières et des sages-femmes, elle doit célébrer avant tout les Femmes. Cette pandémie met à mal, une fois de plus, la condition féminine à travers le monde entier. Or nous avons besoin d'elles, de vous, en France comme à l'étranger et de vos compétences, de votre engagement pour retisser les liens de confiance afin de ramener les communautés vers les soins, pour reconstruire le monde de demain et viser les Objectifs du Développement Durable (ODD) fixés par les Nations Unies : "Réduire les Inégalités" (ODD 10) et atteindre "l'égalité des sexes" (ODD 5).

■ Delphine Wolff
Administratrice de GSF - Trésorière Adjointe
Présidente de Sages-Femmes Sans Frontières - SFSF

Les infirmiers et les sages-femmes jouent un rôle central dans les progrès en matière de santé mondiale.

2020 Année internationale de la sages-femme et du personnel infirmier #SupportNursesAndMidwives Organisation mondiale de la Santé

FACE AU COVID-19: NOUS NE SOMMES PAS TOUS ÉGAUX

ILS AIMERAIENT S'ISOLER : SOYONS SOLIDAIRES

www.sfsf.fr

WWW.SFSF.FR

Les routes les plus difficiles mènent souvent vers les plus beaux endroits

POUR CETTE RENTRÉE 2020 TESTEZ UN NOUVEAU SPORT: LA SOLIDARITÉ

femmes ICI ET AILLEURS

FEMMES ICI ET AILLEURS ET GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES

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

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

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

INSCRIVEZ-VOUS SUR : <http://bit.ly/BienvenueClubFIA>



RÉFLEXIONS SUR LES CÉSARIENNES EN GUINÉE CONAKRY

Dr Francis COLASSON



EN GUINÉE, LE TAUX DES CÉSARIENNES PROGRAMMÉES SERAIT EN MOYENNE, SELON NOS INFORMATIONS, DE L'ORDRE DE 3% DE L'ENSEMBLE DES ACCOUCHEMENTS.

Traiter de la question des césariennes en Afrique, ici en Guinée Conakry, n'est pas simple. Il existe en effet une grande diversité de situations et de nombreuses spécificités locales. Les statistiques qui nous ont été fournies n'étant pas suffisamment précises pour être exploitables, nous nous contenterons de rapporter, avec notre regard de Gynécologue-Obstétricien français, un certain nombre de faits vécus et de témoignages recueillis sur place pendant nos missions dans les hôpitaux et dans les dispensaires de ce pays. Nous essaierons d'en tirer quelques enseignements en ne perdant pas de vue que le taux de césariennes d'une maternité n'est pas, à lui seul, un critère de qualité pertinent car il dépend de trop de variables, surtout en Afrique, comme le niveau d'équipement de la structure, la nature de son recrutement et la tendance plus ou moins interventionniste de l'équipe obstétricale.

Enfin nous avons volontairement exclu de cette étude les césariennes dans les cliniques privées, sujet sensible qui mériterait à lui seul un autre article.

I - INDICATIONS DES CÉSARIENNES : COMPARAISON AVEC LA FRANCE

1) Césariennes programmées

- En France, la Haute Autorité de la Santé (HAS), alertée par l'inflation des césariennes programmées (7,4 %), a fait, en janvier 2012 (2), dans le cadre de son action en matière d'amélioration de la pertinence des soins, un certain nombre de recommandations pour essayer d'en diminuer le nombre. Cinq indications ont été retenues : les utérus cicatriciels, les présentations par le siège, les macrosomies, les placentas couvrants et les risques de transmission virale mère-enfant.

- En Guinée, le taux des césariennes programmées serait en moyenne actuellement, selon nos informations, de l'ordre de 3 % de l'ensemble des accouchements. comment expliquer cette différence (2,5 fois moins) avec la France, même si les pourcentages ont sans doute évolué en France depuis 2012 ? Essentiellement, selon nous, parce que les accouchements, dans les présentations par le siège et pour les grossesses gémellaires, qui forment un important contingent dans les césariennes programmées en France, se font presque tous par voie basse en Guinée. Les accoucheurs et les sages-femmes en ont une grande habitude. Tous les témoignages concordent,

les accidents y sont rares. C'est pour nous, français, qui avons souvent perdu l'habitude de faire ces accouchements, un beau sujet de réflexion !

A l'opposé deux situations, fréquemment rencontrées en Guinée mais beaucoup plus rarement en France, peuvent conduire à programmer une césarienne : 1/ les syndromes vasculo-rénaux, très nombreux dans ce pays, lorsque l'on est proche du terme et que la surveillance de la patiente est impossible. Il s'agit d'une situation très fréquente car les femmes, en Guinée, refusent presque systématiquement d'être hospitalisées pour surveillance. Plusieurs cas nous ont été rapportés de femmes qui avaient consulté pour un syndrome vasculo-rénal, qui étaient reparties chez elles et qui y sont décédées quelques jours plus tard, suite probablement à un hématome rétro-placentaire (HRP). Comme nous l'a dit le gynécologue de l'une d'entre elles, à Dabola, une césarienne faite quelques jours plus tôt l'aurait certainement sauvée. C'est également l'avis de D. Bishop, BM. Biccard et coll. du Cap, Afrique du Sud (1), pour lesquels c'est l'insécurité opératoire qui, en poussant les chirurgiens et les patientes à éviter au maximum le recours aux césariennes par crainte de complications, serait à l'origine de ce genre de situation très fréquente en Afrique. Ils écrivent, dans un article récent « ... améliorer l'accès à la chirurgie et la sécurité de cette procédure pourrait permettre aux patientes de se présenter plus

tôt et d'éviter des complications et des décès » 2/ les grossesses chez les adolescentes, très fréquentes en Guinée, où le bassin de ces jeunes femmes est souvent trop étroit pour un accouchement par voie basse.

C'est le seul moyen d'éviter des morts fœtales in-utero, des ruptures utérines et des fistules obstétricales, véritables fléaux en Guinée.

2) Césariennes non programmées

Les indications sont approximativement les mêmes en Guinée qu'en France. Il y a simplement des différences de ratios dans les indications.

- les hypoxies fœtales (anciennes « souffrances fœtales ») : si elles constituent le contingent le plus important en France, ce n'est pas le cas en Afrique où elles sont rarement recherchées, la priorité étant de sauver la mère. Toutefois les comportements semblent évoluer: dans les centres de référence mais aussi dans les autres hôpitaux, et même parfois dans certains dispensaires, la recherche de troubles du rythme cardiaque fœtal pendant le travail se fait de plus en plus, avec les moyens du bord: le plus souvent un Doppler fœtal, parfois un simple stéthoscope obstétrical de Pinard (il n'y a pratiquement jamais de cardiocardiogrammes). Une tachycardie

supérieure à 170 ou une bradycardie inférieure à 100 constatée à trois reprises à 5 mn d'intervalle sont une indication de césarienne. Encore faut-il qu'il y ait le nécessaire sur place pour la faire, ce qui est loin d'être toujours le cas.

• les dystocies dynamiques avec comme conséquence la plus fréquente la stagnation de la dilatation du col. Contrairement à ce que l'on observe en France, elles ne sont pas très fréquentes, probablement, quoi qu'en disent certains, parce que le recours à l'analgésie péridurale est exceptionnel en Guinée. Rappelons au passage qu'une dystocie dynamique peut révéler une angustie pelvienne passée inaperçue à l'examen clinique, surtout quand elle survient chez une primipare qui, par définition, n'a pas fait la preuve de la perméabilité de son bassin.

- les placentas praevia hémorragiques: lorsqu'ils sont suspectés, les femmes sont dirigées immédiatement vers l'hôpital le plus proche pour une césarienne.

- les césariennes pour échec de déclenchement : les deux principales indications sont, comme en France, les dépassements de terme et les ruptures prolongées des membranes. Ces déclenchements sont faits avec du misoprostol (Cytotec*), interdit en France dans cette indication en raison des risques d'hypertonie et de rupture utérine. En Guinée il a le triple avantage par rapport à l'ocytocine synthétique (Syntocinon*) utilisée en France d'être de maniement facile, d'un coût faible et de ne pas nécessiter une conservation au froid.

• les césariennes sur enfant mort : elles sont courantes en Guinée où plusieurs cas nous ont été rapportés. La situation est souvent dramatique. Une césarienne en urgence est la seule solution pour essayer de sauver la mère. Le cas le plus typique est celui de ces jeunes adolescentes, au bassin trop étroit pour accoucher par voie

basse, qui ignorent souvent leur état de grossesse et qui se présentent, après plusieurs jours de souffrances, en état de choc avec un ventre chirurgical, des troubles de la coagulation (CIVD) et un fœtus mort enclavé dans le petit bassin. Ces cas sont grevés d'une forte mortalité maternelle et, quand la femme a la chance de survivre, d'une importante morbidité.

II - LES PRINCIPAUX RISQUES DES CÉSARIENNES

- Chez la mère le principal risque est le décès. Selon l'étude récente faite par l'équipe du Professeur Bruce M. Biccard (1) dont nous avons fait état précédemment, étude qui porte sur les accouchements dans 22 pays d'Afrique, les césariennes provoqueraient 50 fois plus de morts maternelles en Afrique qu'aux USA. Une femme sur 200 en décéderait, soit immédiatement soit dans les suites opératoires. Les hémorragies sévères en seraient la principale cause. Dans les trois quarts des cas il s'agit de césariennes faites en urgence. L'équipe du Professeur Biccard a également noté un sur-risque quand la mère arrive avec des complications liées à la grossesse, ce qui est fréquent, et/ou lorsqu'il y a des complications anesthésiques. En ce qui concerne la Guinée CONAKRY, on dénombrait en 2018, selon l'UNICEF, 3 800 décès maternels des suites d'un accouchement et 15 000 morts néo-natales. Dans ce triste bilan, nous n'avons pas réussi à chiffrer la part exacte des accouchements par césarienne.

Les autres complications maternelles les plus courantes sont : 1/ les plaies de vessies. Secondaires à des erreurs techniques ou à des ruptures utérines elles peuvent être parfois très complexes. Lorsqu'elles sont mal réparées ou lorsqu'elles passent inaperçues, situations courantes en Guinée selon nos informations, elles sont à l'origine de fistules vésicales 2/ les infections, malgré l'antibiothérapie

systématique, surtout quand les césariennes sont faites en urgence dans de mauvaises conditions 3/ Dans tous les cas les césariennes laissent un utérus « handicapé », fragilisé par sa cicatrice.

- Pour le nouveau né, contrairement à ce que l'on croit encore trop souvent, les césariennes, en Guinée comme en France, ne sont pas un gage de sécurité absolu. Elles peuvent même être à l'origine de complications graves : traumatisme fœtal lors des extractions difficiles, détresse respiratoire néo-natale en cas d'inhalation massive de liquide amniotique, surtout lorsqu'il est méconial.

La différence entre la France et la Guinée, c'est le meilleur pronostic de ces complications fœtales en France grâce à une meilleure prise en charge des enfants à la naissance.

III - COMMENT DIMINUER LES
COMPLICATIONS LIÉES AUX
CÉSARIENNES ?

Cette question est une préoccupation permanente pour nos confrères guinéens.

Nous partageons avec eux la même analyse sur les mesures à prendre.

- le premier impératif, c'est également vrai en France, c'est d'être très rigoureux dans les indications: il ne faut faire une césarienne que lorsque l'on ne peut vraiment pas faire autrement, surtout en Afrique en raison des risques encourus. Bien sûr les césariennes de convenance qui, selon nos informations, sont de plus en plus demandées en Guinée (comme en France), doivent être systématiquement refusées mais il y a aussi des progrès à faire dans les indications des césariennes de nécessité, si on en juge à notre expérience. Nous avons en effet vu des femmes césarisées pour des dépassements de terme qui n'étaient en fait que des grossesses prolongées et d'autres pour des gros enfants dont le poids de naissance s'est avéré normal. De telles erreurs, qui existent aussi en France, mais avec des conséquences moindres, sont évitables à condition de disposer d'un échographe opérationnel ce qui, malheureusement, est rarement le cas en Guinée. Un terme dépassé se traduira par un oligoamnios et par une diminution des mouvements fœtaux, un gros enfant, toujours à craindre en cas de diabète maternel, par une hauteur utérine excessive et, à l'échographie, par un poids supérieur au 90^{ème} percentile

sur la courbe de référence.

Toutefois s'il est impératif de lutter contre les indications abusives, il ne faut pas faire de la réduction du nombre de césariennes un dogme absolu. Au contraire il ne faut pas hésiter, dans certains cas, à avoir recours à une césarienne préventive faite « à froid », donc avec le minimum de risques opératoires pour la patiente, plutôt que d'attendre que la situation se complique. C'est ce que veulent dire D.Bishop, BM Biccard et coll. (1), avis partagé par nos confrères guinéens qui vivent ces situations au quotidien, quand ils écrivent « ...paradoxalement, alors que de nombreux pays cherchent à réduire le nombre d'accouchements par césarienne, l'augmentation du nombre de césariennes reste une priorité en Afrique ».

- le deuxième objectif, c'est d'essayer de réduire les indications de césarienne en agissant en amont à trois niveaux : 1/ en poursuivant et en amplifiant les campagnes d'information destinées aux adolescentes sur les dangers des grossesses précoces 2/ en améliorant le dépistage des pathologies pourvoyeuses de césarienne afin de les traiter précocement, en particulier les syndromes vasculo-rénaux et les diabètes, avant qu'elles se compliquent. Malheureusement, en Guinée comme

dans beaucoup d'autres pays d'Afrique, ce n'est pas toujours possible, surtout quand l'accès aux soins est difficile, en brousse notamment 3/ en remettant au cœur des pratiques obstétricales la classique « épreuve du travail », autrefois pilier de l'obstétrique en France mais aujourd'hui tombée en désuétude, pour donner aux femmes qui ont un bassin « limite » toutes les chances d'accoucher par voie basse.

- le troisième et dernier objectif, sans doute le plus important, c'est de sécuriser les césariennes, surtout celles qui sont faites en urgence. Les chiffres alarmants rapportés par l'équipe du Cap parlent d'eux-mêmes. Nous proposons d'agir à trois niveaux : 1/ améliorer la formation chirurgicale de certains gynécologues-obstétriciens. 2/ poursuivre et amplifier les campagnes de sensibilisation à l'hygiène hospitalière à l'intention du personnel soignant, notamment celui des blocs opératoires 3/ mieux équiper les salles d'opération pour qu'elles aient le minimum de matériel nécessaire, ce qui est loin d'être toujours le cas actuellement. C'est ce travail d'équipement que poursuit depuis plusieurs années l'association Africamy*, partenaire de GSF en Guinée, malgré les nombreuses difficultés rencontrées.

CONCLUSION

Si les césariennes sauvent chaque année beaucoup de femmes et d'enfants dans le monde, elles restent malgré tout actuellement des interventions dangereuses pour les femmes en Afrique, surtout quand elles sont faites en urgence et dans de mauvaises conditions de sécurité opératoire. Leurs indications doivent donc être soigneusement portées. Il faut être pragmatique et toujours se poser la même question : quel est le rapport bénéfices/risques d'une césarienne dans le contexte présent ? L'expérience montre qu'il peut beaucoup varier, d'un cas à l'autre, pour une même pathologie.

Si la prise de conscience est réelle au niveau des autorités et des professionnels de la naissance en Guinée Conakry, il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour sécuriser le parcours des femmes enceintes de ce pays afin qu'elles puissent vivre une grossesse et une naissance heureuses. GSF, qui s'est donné comme principale mission l'amélioration de la santé des femmes dans le monde, en particulier dans les pays francophones, est prête à y prendre toute sa part.

■ Dr Francis COLASSON
Gynécologue-Obstétricien
Ancien Chef du service de Gynécologie-Obstétrique du C.H. de Brive (France)
Conseiller Départemental Délégué à la Santé (Corrèze)

BIBLIOGRAPHIE

• Bishop D, Biccard BM et coll. Maternal and neonatal outcomes after cesarean delivery in the African Surgical Outcomes study : a 7- day prospective observational cohort study. Lancet Glob Health. 2019 Apr; 7 (4): e 513- e 522.

• Haute Autorité de Santé (HAS) : Recommandation. Indications césariennes programmées. HAS <https://has-santé.fr>

Tous nos remerciements à Monsieur Pascal Coste, Président du Conseil Départemental de la Corrèze et à ses collaborateurs pour l'aide précieuse qu'ils nous apportent tous les ans pour le transport du matériel médical collecté par l'association AFRICAMY* (Président : B. Bréchenade, Consul Honoraire ; Représentant à Conakry : son Excellence Elhadj Boubakar Diallo Lombona, Ancien Ministre), partenaire de GSF dans nos missions humanitaires en Guinée. Tous nos remerciements également au Pr Tristan Gauthier Gynécologue-Obstétricien au CHU de LIMOGES (France), aux Directeurs et aux équipes de Gynécologues-Obstétriciens et de sages-femmes des maternités des hôpitaux de BOKE, DABOLA et LABE (Guinée) ainsi qu'à Zénaïde Camaret et Agnès Dumoulin, sages-femmes au dispensaire SAINT-GABRIEL de CONAKRY, pour leur accueil et pour leur contribution à cet article.

Partenariat entre « Gynécologie Sans Frontières »
et la « Fondation du Grand Orient de France ».

Depuis plusieurs années la FONDATION DU GRAND ORIENT DE FRANCE soutient financièrement certaines actions de GSF. Elle a notamment encouragé les programmes de la mission CAMINOR-France, en 2015, sur le territoire du Nord et du Pas de Calais, intervention de soignants auprès des femmes exilées-migrantes en détresse dans les jungles de Calais et de Grand Synthe et en 2016, la mission MADAMAGORE, programme de prévention de la mortalité maternelle à Madagascar.

Nous avons décidé conjointement de poursuivre ce partenariat pour les années 2020-2021 et de l'officialiser en communiquant. Ces « actions menées ensemble » nous ont permis une meilleure connaissance réciproque et mutuelle entre les responsables des deux organisations. Très vite nous avons identifié des valeurs communes et une certaine complémentarité, tout en ayant conscience des différences qui existent entre Gynécologie Sans Frontières et la Fondation du GODF. Le respect et la défense de la dignité humaine, la recherche de

l'émancipation des personnes vulnérables accompagnées, la volonté d'une action universelle sans distinction d'appartenance, constituent trois fondamentaux partagés, établissant les bases d'un partenariat qui se propose de dépasser le simple soutien financier.

Ce nouveau partenariat*se structure suivant trois axes :

1/ Poursuite du soutien financier
La Fondation du GODF a accordé en avril 2020, un don de 5 000 € pour le développement du programme

CAMIFRANCE de prise en charge médico-psycho-social des femmes vulnérables exilées en France

2/ Information et sensibilisation aux actions de GSF des donateurs de la Fondation et des 53 000 membres du GODF, à travers le journal « Le Monde de GSF » et son site internet, avec un triple objectif :
• Faire connaître les actions mises en œuvre et les difficultés majeures des personnes qui en bénéficient
• Favoriser l'émergence de réflexions et de travaux d'approfondissement sur les réalités de terrain vécues et

notamment sur les violences faites aux femmes dans tous les pays, y compris en France
• Susciter un volontariat bénévole en faveur de G.S.F. auprès de professionnels de santé, membres du G.O.D.F.

3/ Réalisation de conférences et interventions d'administrateurs de GSF dans les associations membres du GODF et en particulier lors de la prochaine assemblée générale, le Convent, qui réunit les instances nationales et les représentants des 1300 loges du Grand Orient de France. GSF y est invitée à présenter ses

actions menées de lutte contre les violences faites aux femmes.

* : Ce nouveau partenariat construit entre GSF et la Fondation du GODF, ayant pour principe fondamental « changer l'humain pour changer la société » aurait été soutenu très certainement par le regretté Henri Caillavet, décédé en 2013, membre du G.O.D.F. et parlementaire qui a animé au sein de l'obédience des années de réflexion et d'actions pour promouvoir et défendre les droits des femmes, menant des batailles à l'Assemblée Nationale puis au Sénat, décisives pour la reconnaissance de la dignité et des droits, inspiré et fidèle à la devise républicaine : Liberté, Egalité, Fraternité.



FONDATION
DU GRAND ORIENT DE FRANCE
Reconnue d'Utilité Publique par Décret du 12 février 1987

LES ACTIONS



GSF, CONSEILLER TECHNIQUE D'UN PROGRAMME INTERNATIONAL AU TOGO

Drs Jean VIALARD et Philippe ARVIS

INTRODUCTION AUX DIVERSES MISSIONS 2019 DANS LE CADRE DU PROGRAMME MATERNO-INFANTILE MUSKOKA

Dans un article précédent nous avons présenté nos diverses actions au Togo depuis 2013 et en particulier notre investissement dans le cadre du programme international MUSKOKA : les actions de GSF au Togo (le Monde de GSF N°10-mai 2019)

BREF RAPPEL DU PROJET MUSKOKA

En juin 2010, une réunion du G8 à MUSKOKA (Canada) a mis en place un programme mondial de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, qui a pris le nom de programme MUSKOKA. Au TOGO, la mortalité maternelle est évaluée à 400/100.000 (elle est de 8/100.000 en France). Le programme MUSKOKA est 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 €. Région des Plateaux et Région Maritime.

Nous avons réalisé en 2016 l'évaluation initiale des formations SONU. 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 ont été 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 présentées par GSF ont été validées. Nous vous rapportons ici les missions réalisées en 2019.

• **Compagnonnage du CHR d'Atakpamé.** Cet établissement, qui réalise plus de 2000 accouchements par an, est central sur la région des Plateaux. Le Dr François Plihon (GO) et Valérie Marante (SF) qui ont réalisé la 3^{ème} mission, vous présentent toute la

difficulté à mettre en place les divers aspects de cette collaboration.

• **Formation des sages-femmes en échographie obstétricale** de base d'urgence, ce qui est nouveau au Togo, a été réalisée en 2018 par deux binômes (GO et SF) Nous l'avons évoqué antérieurement. Avec regret, il n'y a pas eu de supervision.

• **Formation à l'utilisation du cardiocytographe,** (technique n'existant pas au Togo et non enseignée) 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 sages-femmes et médecins des 2 régions sanitaires, puis une mission de supervision un an plus tard. Dominique Aussel (GO) et Marguerite Morel Flouzat (SF) vous présentent cette belle aventure.

• **Protocole de prise en charge de la douleur obstétricale et post-opératoire.** Il n'existait pas de protocole national, ou de recommandations. Un

groupe de travail a été constitué au sein de GSF, avec un médecin anesthésiste de maternité (Dr Françoise Bayoumeu) et une SF (Valérie Georges). Elles vous présentent l'élaboration de ce protocole partagé avec un groupe pilote au Togo, et enfin sa réalisation en novembre 2019.

• **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. Philippe Arvis et Claudine Burban vous présentent ce très beau programme.

■ Drs Jean Vialard & Philippe Arvis
Gynécologues obstétriciens

Nous espérons que ces articles, concernant des points pratiques sur le terrain retiendront votre intérêt. Merci à tous les acteurs de GSF qui ont contribué à la réalisation de ce programme. Le travail de préparation a été très important et de grande qualité. Pour conclure, nous sommes très heureux que GSF ait été reconnu 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 International. 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.



VERS UNE DIMINUTION DE LA MORTALITÉ PER PARTUM DANS LE SUD DU TOGO

Dr Dominique AUSSEL et Marguerite MOREL FLOUZAT

Gynécologie Sans Frontières a été sollicitée par le ministère du Togo, Plan International et Handicap International dans le cadre du programme MUSKOKA. Ce programme vise à améliorer la prise en charge périnatale et à diminuer la mortalité maternelle et infantile dans les provinces maritimes et des plateaux.

La mission de supervision que nous avons effectuée en novembre 2019 s'inscrit dans la continuité d'une précédente mission de formation. En effet, cette technique étant nouvelle, une première formation théorique et pratique a eu lieu en novembre 2018 pour les centres concernés. Actuellement, il n'y a pas de formation officielle concernant le monitoring cardiaque fœtal à la faculté de médecine et dans les écoles de sages-femmes. Cette deuxième mission avait pour but d'évaluer la formation réalisée en 2018 et de voir si l'utilisation du cardiocytographe pouvait avoir une incidence sur la diminution de la mortalité périnatale.

D'une manière générale, si l'utilisation du cardiocytographe apporte une amélioration en santé publique, nous nous attendions à avoir :

- Une diminution de la mortalité per partum,
- Une augmentation du nombre de césariennes pour souffrance fœtale aigue documentée,
- Mais une diminution du nombre de césariennes pour souffrance fœtale aigue présumée et non avérée.
- Au global, le taux de césarienne ne devrait pas augmenter, voir devrait diminuer si l'on exclut les césariennes

faites inutilement pour des souffrances fœtales aigues qui ne sont pas avérées. En effet l'utérus cicatriciel est une source notable de complications graves pour les grossesses ultérieures.

• Une diminution de la morbidité néonatale (Apgar < 5 et réanimations néonatales)

La mission a duré 15 jours, durant lesquels nous nous sommes rendues dans 5 SONU C : Atakpamé, Tsevié, Afagnan, Vogan et Aneho.

Nous séjournons deux jours par centre. Nous commençons par une présentation aux responsables et une rencontre avec les équipes afin de définir leurs attentes. Nous avons recueilli dans chaque centre les données que nous avons prés définies, à savoir la mortalité et la morbidité per partum. A chaque fois, nous avons repris quelques bases de théorie, réalisé le plus possible de pratique de pose du cardiocytographe et étudié en équipe des cas cliniques.

Nous avons pu proposer un algorithme d'aide à l'utilisation du cardiocytographe, adapté à chaque centre. Nous avons également laissé un certain nombre de documents pouvant

servir à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal. Pour finir, nous avons fait une restitution aux équipes de leurs chiffres de mortalité per partum avant et après utilisation du cardiocytographe, et proposé des pistes d'amélioration.

Avant la mission, la question restait posée de l'utilité du monitoring cardiaque fœtal pour contribuer à diminuer la mortalité per partum. L'autre préoccupation était de s'assurer que la technique ne faisait pas augmenter le taux de césarienne, déjà élevé dans les SONU C et source de nombreuses complications.

La plupart des centres visités utilisent la technique, au moins ponctuellement. Au vu des chiffres, lorsque le cardiocytographe est utilisé à bon escient, la mortalité per partum a diminué. Nous n'avons pas relevé d'augmentation notable du taux de césariennes dans les 5 centres. Il paraît donc important de pérenniser l'utilisation du cardiocytographe et de continuer à former les professionnels. En effet, l'avenir de cette technique et son appropriation par le personnel soignant restent incertaines au vu du faible nombre de sages-femmes et de médecins formés. De plus, il persiste d'importantes difficultés d'interprétation du rythme cardiaque fœtal avec pour conséquence des conduites insuffisamment adaptées.

Cette technique ne trouve son sens que parce qu'elle fait partie intégrante d'un programme général de santé publique déployant d'autres actions ayant le



même objectif.

En pratique, pour atteindre les objectifs fixés de diminution de la mortalité per partum, il faudra lever un certain nombre de freins à la réalisation d'une césarienne en urgence pour souffrance fœtale.

En conclusion, il nous paraît important qu'il existe un programme d'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les premiers résultats de l'utilisation du cardiocytographe au sein de ce

programme sont plutôt encourageants. Il est nécessaire de poursuivre les actions de formation du personnel participant aux accouchements. Il nous paraît indispensable d'avoir recours à des formateurs locaux impliqués qui pourront intégrer des contraintes locales et prendre en compte les spécificités culturelles mais surtout être garants de la pérennisation de la formation.

■ Dr Dominique AUSSEL
Gynécologue obstétricienne
■ Marguerite Morel-Flouzat
Sage-femme

EGSF AU TOGO



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Valérie GEORGE et Dr Françoise BAYOUMEU

Au Togo, un des volets du projet MUSKOKA était la prise en charge de la douleur en gynécologie obstétrique dans les deux régions pilotes du programme.

Ce travail a été confié à un binôme sage-femme et médecin anesthésiste réanimateur qui s'est rendu au Togo. Il était constitué de Valérie Georges coordinatrice du secteur naissance au CHRU de Nancy, sage-femme et IADE, double compétence intéressante pour le sujet abordé et du Dr Françoise Bayoumeu, anesthésiste réanimateur, qui a consacré l'essentiel de sa vie professionnelle à la gynécologie et l'obstétrique. Il était prévu pour notre binôme d'effectuer une mission de trois jours, format nouveau pour GSF. Auparavant, un travail de conception des protocoles a été réalisé par le Dr Estelle Morau anesthésiste réanimateur et Delphine Wolff sage-femme, relayées ensuite par notre binôme. Une analyse de la littérature et de divers protocoles a permis de proposer des schémas thérapeutiques pour diverses situations cliniques adaptés à un pays aux faibles ressources. Au Togo, le Dr Djato, gynécologue-obstétricien, chef de service au CHR de Tsévié et le Dr Egboh, anesthésiste réanimateur au CHR d'Atakpamé ont apporté leur contribution à ce travail. Sur le terrain, les Drs Philippe Arvis et Jean Vialard avaient pu établir un calendrier avec le Dr Madeleine Tchandana de la DMSI (Direction de la santé materno-infantile au ministère de la Santé) pour notre mission. La première journée au ministère de la Santé a consisté à présenter les protocoles dans le but de parvenir à un consensus avant leur présentation en région. Les participants étaient des gynécologues obstétriciens, des sages-femmes, des pharmaciens, des anesthésistes réanimateurs, des responsables régionaux et représentants de nos partenaires, Handicap International et Plan

International. En introduction, il a été rappelé que le diagnostic fait au préalable était une utilisation des antalgiques non harmonisée et inadaptée. Il y avait donc des normes à définir, l'association GSF était missionnée pour ce projet. Nous nous sommes rapidement aperçues que l'évaluation de la douleur, élément incontournable largement méconnue. Nous avons pris le temps de l'expliquer à la demande du Dr Tchandana, celle-ci ayant saisi l'importance de cette évaluation. Nous avons apporté quelques réglottes « douleur » et avons pu échanger pour déterminer quels seraient les supports adaptés pour tracer l'évaluation de la douleur et à quel rythme le faire. Grâce à la présence des pharmaciens du ministère, il a été possible de discuter des molécules qu'il nous semblait important d'introduire au Togo, notamment la Nalbuphine en obstétrique.

Nous avons fait un constat, partagé, de l'insuffisance de l'accès aux morphiniques.

Au fil des échanges, les protocoles ont été adaptés aux réalités du pays pour parvenir à un ensemble validé en fin de session. Ces protocoles ont été présentés dès le lendemain dans les régions pilotes en trinôme avec le Dr Djato. Il a été possible de faire imprimer les documents afin d'avoir un support à remettre aux participants des régions. Le second jour, la présentation auprès des professionnels, sages-femmes, obstétriciens, techniciens ou médecins anesthésistes réunis à Atakpamé (région des plateaux) s'est révélée riche en échanges. Des sages-femmes ont rapporté l'expérimentation de l'accouchement « humanisé » avec liane de suspension, ballon de dilatation et tabouret, proche de l'accouchement « physiologique »

développé en France actuellement. Françoise Bayoumeu a rencontré des médecins anesthésistes ayant soif de nouvelles compétences, posant de multiples questions, très intéressés par l'analgésie péridurale réservée pour l'instant à quelques structures et à des indications médicales mais identifiée, malgré son inaccessibilité, comme la véritable solution à la douleur du travail.

De nombreuses questions ont porté sur l'évaluation de la douleur.

Le troisième jour, à Tsévié (région maritime), le même travail a été fait avec un nouveau groupe de professionnels. Les principales questions ont concerné la voie d'administration et le relais per os précoce, le coût de cette prise en charge pour la patiente, la composition des kits de césarienne et d'accouchement non adaptée à ces nouvelles prescriptions. A l'issue de la présentation en région, un débriefing au ministère a permis d'aborder la question de la modification des kits de césarienne pour inclure les médicaments de l'analgésie, le référencement de la nalbuphine, la mise à disposition de réglottes d'évaluation. Un retro planning de déploiement a été proposé. Nous avons hâte de connaître les résultats de l'évaluation à six mois. Les professionnels se sont-ils appropriés les protocoles, ont-ils pu les déployer, y a-t-il eu des freins financiers, quelle a été la satisfaction ? Nous souhaiterions continuer à accompagner ces équipes sur du moyen ou long terme dans l'évolution des pratiques. Cet accompagnement a été évoqué au ministère au-delà du programme Muskoka.

■ **Dr Françoise Bayoumeu**
Anesthésiste réanimateur, administratrice GSF
■ **Valérie George**
Sage-femme



CARNET ROSE

GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES EST HEUREUSE DE VOUS ANNONCER LA NAISSANCE DE LA NEWSLETTER GSF !

Elle s'appelle : « Les nouvelles de Gynécologie Sans Frontières »
Elle se révèle avec 6 informations et quelques indiscretions et grandira tous les mois à vos côtés.
Vous la reconnaîtrez...



Accompagnez-nous et rejoignez la famille GSF :
<https://gynsf.org/sabonner-a-la-newsletter/>

E-SHOP pour soutenir GSF

En formalisant une commande, un achat sur notre « comptoir GSF » vous contribuez au financement de nos missions et vous effectuez un acte « militant » en faveur de la santé des femmes en France et à travers le monde.
Nous comptons sur vous pour arborer les couleurs de GSF au travers d'une vaste proposition pour faire plaisir ou se faire plaisir
C'est le double effet assuré : Faire plaisir et Œuvrer utile ; faire un cadeau en apportant son soutien aux actions de Gynécologie Sans Frontières.



GSF est sur
instagram !

Aidez-nous à faire
connaître GSF !
Soutenez-nous !



SANTÉ MATERNELLE HUMANITAIRE PRENDRE SOINS ACCOMPAGNER

GSF A 25 ANS

FORMER PRÉVENTION LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES SOLIDARITÉ

TRANSMETTRE SANS SE SUBSTITUER

Mars 2000, GSF reçoit des mains de la Secrétaire d'État à la Santé, « l'Olympe d'Or ».



Dr To Van Trung
Président GSF 1 an



Dr Serge Boyer
Dr Richard Matis



1995 - FONDATION DE GSF
1^{ER} PRÉSIDENT ROGER GÉRAUD



2001-2007 - VIETNAM CAN THÔ,
DELTA DU MÉKONG



2007-2009 - CONGO BRAZAVILLE
OUVERTURE D'UNE MATERNITÉ À
MATOTO



2011-2014 : BURUNDI - RUY
PROGRAMME FORMATIO
COMPAGNONNAGE SONUS ET CHI
HÔPITAL REMA



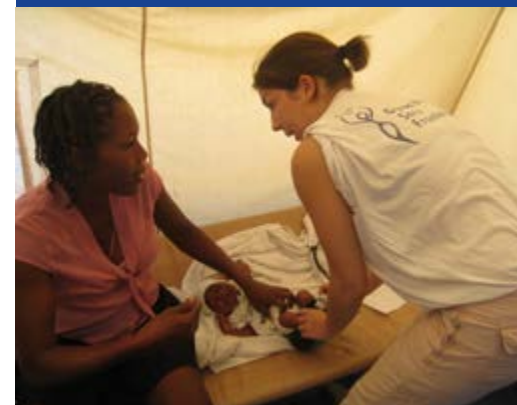
1999 - KOSOVO - DISPENSAIRE MOBILE



2006 : 1^{ère} FORMATION EN GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE HUMANITAIRE
25 SESSIONS À CE JOUR



2010 -SÉISME HAÏTI
10 MISSIONS DE POST-URGENCE



2007-2011 - BURUNDI - CH BUJUMBURA
PROGRAMME DE FORMATION CHIRUR-
GICALE ET TRAITEMENT DES FISTULES
VÉSICO VAGINALES



Pr Henri-Jean Philippe
Pdt GSF 2001-2014

LES AMBASSADEURS GSF



Pr Jean-François Mattei
ancien ministre de la
Santé, ancien Président
de la Croix Rouge
Française.



Olivier Sitruk, acteur
de théâtre, cinéma et
télévision.



Danièle Marcovici
PDG Groupe RAJA - Fon-
datrice - Présidente de la
Fondation RAJA Danièle
Marcovici.



Dr Denis Mukwege - Directeur
Hôpital Panzi Prix Nobel de la
Paix 2018



2012-2021 : RDC – BUKAVU
PROGRAMME DE FORMATION
CHIRURGICALE AUX SÉQUELLES
HANDICAPANTES OBSTÉTRICALES ET
MISE EN PLACE D'UN DU DE CHIRURGIE
VAGINALE - HÔPITAL PANZI



2016- 2021 : TOGO
PROGRAMME MUSKOKA
RÉGION DES HAUTS PLATEAUX



2006 : 1^{ère} Journée Humanitaire
sur la santé des femmes en
France et dans le Monde



Depuis 2007 :
Colloques régionaux VFF



2014 : Manifeste



GY
N
RURGICAL



2012-2014 – MADAGASCAR
FORMATIONS SONUS ET PROGRAMME DE
DÉPISTAGE DU CANCER COL DE L'UTÉRUS



2015-2020 : PRÉSIDENTE CLAUDE
ROSENTHAL

Pr Jacques Lansac
Ancien Président du CNGOF
Ancien administrateur GSF
dcd le 27 septembre 2017



2012

2013

2014

2015

2016

2017

2019

2012-2013 – JORDANIE – PRISE EN
CHARGE DES FEMMES RÉFUGIÉES
SYRIENNES DU CAMP DE ZAATARI



2014 - SIGNATURE DU MANIFESTE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ
(S'ENGAGEANT CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES)



2015 -2018 - FRANCE CAMINOR
2019 - CAMIFRANCE EN COURS
PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SO-
CIALE DES FEMMES ET ENFANTS EXILÉS



2019 - 25ÈME ANNIVERSAIRE MAISON
SHALOM FONDÉE AU BURUNDI PAR
MARGUERITE BARANKITSÉ



2012-2018 : HAÏTI – PORT AU PRINCE
PROGRAMME DE FORMATION
COMPAGNONNAGE SONUS ET CHIRURGICAL
MATERNITÉ ISAÏE JEANTY -CHANCERELLES



1^{er} numéro de la lettre de GSF
Décembre 1999



1^{er} numéro du Journal semestriel
« Le Monde de GSF » Octobre 2014



Juin 2020
1^{ère} newsletter GSF

LES ACTIONS D



MISSION EXPLORATOIRE CHIRURGIE À ATAHPAME

Dr Claude ROSENTHAL

Pour GSF la formation en chirurgie gynécologique et en particulier par voie vaginale est essentielle dans l'amélioration de la santé maternelle et néo-natale.

Aujourd'hui dans les pays en voie de développement, la chirurgie n'est pas accessible à tous et dans beaucoup de pays, le coût des soins les rend impossibles.

Au Togo, depuis 2016, le Ministère de la Santé, Handicap international et Plan International ont fait confiance à GSF pour l'évaluation des centres SONU et la formation sur les thèmes de l'échographie, la cardio-tocographie, l'accompagnement des acteurs de santé en salle de naissance, les violences obstétricales, la douleur obstétricale et post opératoire.

Après la lecture des différents rapports de missions réalisées depuis 2016, GSF a souhaité, de concert avec la structure hospitalière d'Atakpamé, mettre en place un compagnonnage chirurgical pour plusieurs raisons :

- La demande du chef de service le Dr Bright pour une formation en chirurgie gynécologique, vaginale en particulier
- La possibilité pour ce centre de devenir centre de référence en chirurgie gynécologique et d'être formateur.
- L'accord du Ministère de la Santé et de la direction de l'hôpital.
- Sa situation géographique : région de plateaux à distance de la capitale Lomé
- Son activité : plus de 2000 accouchements, un taux de césarienne de 45% élevé mais en amélioration.

Cette première mission exploratoire d'une semaine est destinée à :

- Connaître l'équipe en chirurgie gynécologique, l'organisation du bloc opératoire, le matériel et l'équipement du bloc
- Appréhender les souhaits du chef de service, et ses capacités à devenir un formateur en chirurgie gynécologique
- Evaluer l'hôpital, le service de gynécologie obstétrique, le bloc opératoire, l'hospitalisation des patientes

LA MISSION EXPLORATOIRE

Elle s'est déroulée du 18 au 23 Novembre 2019 au centre hospitalier d'Atakpamé. Elle a été conduite par Claude Rosenthal, gynécologie obstétricien, Président de GSF et Nicole Bernis, IBODE.

1. Visite du service

L'hôpital est construit sur une colline. Le service de gynécologie obstétrique, domine au sommet.

Devant le service, un grand préau sous lequel des femmes avec leur famille mangent, font la toilette de leurs bébés, ou tout simplement se reposent allongées dans une multitude de couleurs.

Surprise en pénétrant dans le service de trouver dans le hall d'entrée 4 lits d'hospitalisation avec des opérées, des femmes, leurs bébés et la famille rendant le repos aléatoire

Puis nous arrivons dans le bureau du chef de service, le Dr Bright, après avoir traversé un grand couloir. Celui-ci est occupé par toute une foule d'hommes, de femmes, d'enfants qui attendent leur tour de consultation.

Son bureau est une pièce carrée avec un grand bureau et 2 grands fauteuils, ainsi qu'un lit. (Nous apprendrons qu'il dort sur place pendant son activité hospitalière du lundi au vendredi).

Derrière un paravent, une table d'examen. L'accès est un peu encombré par du matériel, la lampe d'examen.

Après nous être changés nous suivons le Dr Bright au staff quotidien de 7H30. Dans la pièce du staff, plusieurs sages-femmes (celles qui ont fait la garde et celles qui prennent la relève), des accoucheuses, des assistants, la surveillante du service. Nous suivons avec intérêt le récit des activités du week-end qui furent nombreuses. Pour chaque cas, le Dr Bright interroge, donne ses commentaires, explique et n'hésite pas à critiquer.

Puis nous repartons pour la visite :

- D'abord de la salle d'échographie, grande, spacieuse. Les sages-femmes formées par GSF et les assistants peuvent à toute heure faire des examens. D'ailleurs devant la porte, dans le couloir de nombreuses femmes attendent leur tour.

- Puis de part et d'autre du couloir des salles d'hospitalisations très surchargées par les malades et leur famille à tel point qu'il nous est difficile en première intention de distinguer les salles de grossesses pathologiques, de suites de couches, ou de post opératoire. Il existe également 3 ou 4 chambres particulières.

- Nous continuons vers le bloc obstétrical. Une grande pièce avec 5 box de naissance, du carrelage blanc au mur, un équipement sommaire, (table d'accouchement, marche pied, lumière et un cardio-tocographe), ainsi que des rideaux qui ferment les box et permettent une certaine intimité.

Devant les box, une table de réanimation néonatale avec rampe chauffante. Nous sommes étonnés par la présence de 5 ou 6 récipients qui contiennent de l'eau (car les coupures sont fréquentes). Ils embarrassent et gênent pour le ménage. Il existe sur les paillasse également beaucoup de matériel non rangé.

- En dehors du bloc mais attenants, 4 box sont réservés à des grossesses pathologiques. Pour des raisons de place probablement, nous trouvons dans des



lits, patientes aux pathologies obstétricales et gynécologiques mélangées.

- Puis nous visitons le bloc chirurgical, dans un bâtiment attenant. A l'entrée un vieux lavabo chirurgical est abandonné dans le passage. Des bancs accueillent la famille des opérées. Il existe 3 salles d'opérations : gynécologique, digestive et orthopédique, confortables et

apparemment correctement équipées.

- En face des salles d'opération, la réanimation: deux salles séparées par un bureau de surveillance et d'examen. Chaque salle comprend 4 lits de réanimation bien équipés en matériel de surveillance. Dans les lits il y a du post opératoire propre et infecté... La stérilisation fonctionne et un autoclave, avec des boîtes de poupinel

donc incompatibles. Le rangement et le stockage ont subi des dégâts des eaux et devraient être réhabilités très prochainement.

2. L'examen des futures opérées

Le Dr Bright a recruté deux patientes porteuses de tumeurs du sein : une très volumineuse tumeur phyllode, multi opérée et énorme occupant tout le sein

EGSF AU TOGO

et une tumeur du QSI du sein gauche de plus de 4 cm, avec une tumorectomie antérieure qui en confirme la sa malignité. L'indication de mastectomie simple pour l'une et de mastectomie curage pour l'autre sera expliquée à chaque patiente. Puis nous verrons parmi les autres patientes, un cas de dénervation vésicale avec sondage obligatoire deux fois par jour, un cas de fistule post césarienne déjà opérée. L'épreuve au bleu est en faveur d'une incontinence post réparation.

Nous trouverons également un cas de fistule de 1cm environ, rétro trigonale, peu sclérosée ainsi qu'une femme ayant une énorme tumeur abdominale hétérogène pour lesquelles nous demandons un complément d'exploration échographique rénale avant intervention.

Enfin, le Dr Bright a programmé une femme présentant un gros utérus responsable de métrorragies avec une cystocèle de stade 1, Hysteroçèle 0 et rectocèle 1: à l'examen la traction sur le

col amène celui-ci à mi-vagin et nous acceptons l'indication d'hystérectomie vaginale. Nous avons porté l'indication de chirurgie exploratoire chez une femme présentant une synéchie vaginale totale à la suite de la mise en place d'herbes inconnues par une femme pratiquant la médecine traditionnelle. Nous opérerons également une femme désireuse de grossesse porteuse d'un volumineux fibrome occupant tout le mur postérieur entre séreuse et muqueuse avec à l'échographie des

signes de dystrophie ovarienne.

Enfin nous verrons un homme de 35 ans porteur d'une gynécomastie unilatérale et portons l'indication opératoire.

3. Les consultations.

Elles sont libres, sans rendez-vous. Donc dès le matin ce sont 30 à 40 femmes avec ou sans mari et enfants qui font le siège de la consultation du Dr Bright.

Les consultations se passent en plusieurs temps : interrogatoire, et visite gynécologique sur la table d'examen. Chaque femme amène avec elle son pagne qu'elle déroulera sur la table d'examen gynécologique (pas neuve). Puis il faut aller payer pour le laboratoire et / ou l'échographie. Une femme est donc vue 2 ou 3 fois. Nous constatons que 50 % des consultations ont pour motif l'infertilité. Nous sommes agréablement surpris par l'interrogatoire empathique du Dr Bright qui arrache presque à chaque fois un sourire aux patientes. Bien sûr nous ne comprenons pas les échanges qui se déroulent dans le dialecte local et pouvons remarquer sa tolérance car il sera dérangé sans arrêt pour des conseils, pendant la consultation.

4. Le Bloc Chirurgical Gynécologique.

Une seule salle est dédiée à la gynécologie. Il n'y a pas de salle réservée à l'activité obstétricale, donc les césariennes passent en priorité. La notion de code couleur vert, jaune, rouge n'existe pas. La chirurgie réglée passe après l'urgence et cela va retarder plusieurs fois nos interventions. La salle d'opération gynécologique est propre, l'éclairage de bonne qualité, aspirateur et bistouri électrique fonctionnent, la table d'opération est sans problème avec des étriers corrects.

5. Activité du compagnonnage chirurgical (4 jours)

Le Dr Bright réalisera « sous notre contrôle » deux mastectomies totales, dont une avec curtage, une hystérectomie voie basse mais sur utérus en place non prolabé, une myomectomie par la technique de l'hémisection, une cure de synéchie vaginale complexe. Nous assisterons dans le même temps à plusieurs césariennes, une GEU rompue, et une péritonite par perforation au cours de manœuvres abortives. Les césariennes sont souvent réalisées par une sage-femme formée par le Dr Bright. Sa solitude chirurgicale et son absence dominicale l'ont conduit à cette solution efficace et salutaire pour la sécurité du service d'obstétrique.

Nous n'opérerons pas les fistules, ni la tumeur abdominale car les femmes concernées ne sont plus présentes, probablement en raison de problèmes

d'argent.

Si nous revenons, il faudra prévoir une somme d'argent qui permettra à toutes les femmes consultées d'être opérées. Enfin nous aurons à déplorer les premiers jours des coupures d'eau au lavabo chirurgical et une coupure d'électricité en per -opératoire assez longue sans reprise par un groupe électrogène.

6. Activité de formation théorique

Elle s'est déroulée mardi, mercredi et jeudi en deux temps

- Le matin pour tout le staff sur des sujets globaux : soins pré, per et post opératoires, les fistules obstétricales, les déchirures périnéales.
- Seront discutés en particulier avec tout le staff deux grands thèmes : celui de l'antibiothérapie systématique et celui de l'inflation des taux de césariennes. (45 % dans le service). Le Dr Bright décide de faire immédiatement d'une part une étude sur des interventions sans et avec antibiothérapie prophylactique, d'autre part de revoir à chaque fois les indications des césariennes.
- Les après-midi sur des thèmes plus techniques comme ceux de l'anatomie pelvienne par voie basse ou sur les techniques d'hystérectomie voie basse difficiles.

PERSPECTIVES D'AVENIR

L'avenir semble à l'évidence la poursuite de la mission chirurgie de façon à former parfaitement le Dr Bright et son équipe à la chirurgie gynécologique et mammaire. Le compagnonnage peut contribuer à améliorer le taux de la mortalité maternelle tout en diminuant le nombre des césariennes.

Le Centre Hospitalier d'Atakpamé peut tout à fait devenir dans l'avenir un centre d'excellence pour la formation en SONU et chirurgie.

Les perspectives d'avenir sont liées :

- Au souhait et à l'autorisation par le Ministère de la Santé de la poursuite de ces missions de formations
- Au financement de ces missions. Cette première mission exploratoire a été réalisée sur fonds propres de GSF.

EN CONCLUSION

La mission exploratoire fut courte mais riche. Le Dr Bright Agbofoati est compétent, il est le référent d'un centre d'excellence et doit devenir le formateur potentiel. Envisager deux missions par an pendant deux ans devrait permettre d'atteindre les objectifs.

Dr Claude Rosenthal
Gynécologue obstétricien
Président de GSF



Rosenthal



MALFORMATIONS FOETALES

Dr ELONGE-OTSHUDI Tony

I. INTRODUCTION

Lorsqu'est découverte une anomalie fœtale durant la grossesse, son annonce au couple venu faire suivre la grossesse ou voir des images de l'enfant à naître engendre des instants bien difficiles tant pour les praticiens que pour les futurs parents [1, 2]. Au Sankuru, en République démocratique du Congo (RDC), en l'absence de réalisation d'échographies prénatales, c'est au cours de la naissance, et de manière inopinée, qu'est découverte l'anomalie, rendant la circonstance bien plus insupportable encore.



Dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord, le recours à l'échographie dans la surveillance des grossesses s'est systématisé à partir des années 1980 [3]. Dans la Province du Sankuru en RDC, cet outil n'est pas encore accessible dans toutes les formations sanitaires où seul le suivi clinique et biologique est réalisé. En l'absence de réalisation d'échographies obstétricales et devant les surprises des malformations fœtales inattendues, les familles du nouveau-né réagissent différemment. Cet article relate plusieurs des réactions de ces familles au Sankuru en RDC.

II. SITUATION DU SANKURU

Au Sankuru, immense province de 2 535 205 habitants pour une superficie de 245 000 km², se trouvent 20 hôpitaux généraux de référence et secondaires

sans qu'aucun n'utilise l'imagerie échographique de qualité. L'introduction de l'échographie obstétricale a été faite à l'Hôpital Otema en 2019 avec un appareil rudimentaire ne permettant pas de visualiser toutes les structures fœtales et ni d'accéder aux fonctionnalités échographiques les plus modernes. La réalisation d'échographies obstétricales, bien que nécessaire, n'est pas encore obligatoire pour les couples au Sankuru. A l'Hôpital Otema, moins de 10% de femmes enceintes suivies, subissent une seule échographie sur les quatre recommandées durant la grossesse. Ceci s'explique par le manque de connaissances sur l'importance de cet examen capital mais aussi par manque de moyen financier malgré un coût inférieur à 5\$ pour un examen échographique.

III. DECOUVERTES INOPINEES DE MALFORMATIONS ET LEURS CONSEQUENCES

Chaque grossesse et chaque naissance est une aventure unique et délicate, riche en émotions complexes [4]. Pour les couples qui n'ont de surprises que d'enfants malformés, l'évènement est extrêmement traumatique et suscite des réactions émotionnelles diverses : difficilement supportables pour certains et d'interprétations parfois démesurées ou erronées pour d'autres. Voici quelques expériences de l'Hôpital Otema :

Madame KA, âgée de 42 ans, 5^{ème} geste et 3^{ème} pare, un avortement, deux consultations prénatales réalisées sans échographie, utérus doublement cicatriciel, avait accouché par césarienne d'un bébé féminin avec (figure 1). Le mari, très déçu avait attribué ce drame à la femme. La situation a conduit au divorce après des jours de disputes dans le couple. La femme a tenté plusieurs fois de se suicider mais a été surveillée et empêchée par les membres de sa famille ;

Madame HV, âgée de 36 ans, 12^{ème} geste, 11^{ème} Pare, de parents diabétiques, une seule consultation prénatale réalisée au dernier trimestre de la grossesse, chez qui le diagnostic de l'hydramnios avait été

posé. Elle avait accouché par voie basse d'un bébé masculin polymalformé (figure 2) qui est décédé trente minutes après la naissance. Les parents étaient sidérés et avaient décidé d'arrêter de continuer à faire des naissances.

IV. MINIMISER LE CHOC EMOTIONNEL ET SES CONSEQUENCES

Aujourd'hui dans certains pays, les situations où l'enfant venant de naître se révélait porteur d'une anomalie majeure ont progressivement disparu ou presque de leurs salles de travail, amenant beaucoup à oublier ces drames anciens et leur violence extrême [5] ; alors que dans d'autres pays comme en RDC, les praticiens observent les réactions diverses des parents des enfants malformés à leur naissance : agressivité, déception, honte, rejet ou sidération, désinvestissement de l'enfant, divorces, chasse aux sorciers, peur des grossesses ultérieures, sentiments de culpabilité des parents.... Ce choc émotionnel brutal pour le couple du fait de la naissance d'un enfant malformé pourrait être amoindri par la réalisation des échographies pendant la grossesse. Lors de ces échographies, les malformations étant décelées, le praticien pourrait décrire la malformation et ses conséquences en s'appuyant sur les images et chercherait à impliquer le couple dans le raisonnement les aidant ainsi à s'approprier le raisonnement médical par l'articulation d'un discours scientifique à une réalité pratique. Le seul fait d'accéder aux informations sur la pathologie de son fœtus est considéré comme un bénéfice [3, 6] par le couple car ce dernier est psychologiquement averti et préparé à la situation morphologique du bébé que l'on attend. Ainsi, lors de naissance de cet enfant malformé, les parents, avertis, subissent en moindre mesure le choc émotionnel et ses conséquences.

V. CONCLUSION

Les conséquences, dans les couples, de la découverte de malformations fœtales inattendues à la naissance sont multiples. On peut assister à de simples banalisations comme à des divorces ou

même des suicides.

Ainsi, afin de minimiser le choc émotionnel et ses conséquences lors des découvertes inopinées des malformations fœtales à la naissance, il est indispensable de rendre disponibles l'outil échographique dans les structures sanitaires et de sensibiliser les couples du Sankuru sur l'utilisation des services d'échographies obstétricales.

■ Dr ELONGE-OTSHUDI Tony

Médecin (Gynécologie-obstétrique) Sankuru/RDC

[1] BEN SOUSSAN P. (sous la direction de) : L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions, Coll. A l'aube de la vie, Erès, Toulouse, 2006. [2] GOURAND : L'échographie prénatale : Un éléphant dans un magasin de porcelaine. Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie, SÉGURET S. (ss la dir.), Erès, Toulouse, 2004.

[3] MIRLESSE. V. Diagnostic prénatal et médecine fœtale : Du cadre des pratiques à l'anticipation du handicap. Comparaison France-Brésil. Sociologie. Université Paris Sud - Paris XI, 2014.

[4] BOLTANSKI L. : La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement, NRF, essais, Gallimard, 2004.

[5] MIRLESSE. V. : annonces anténatales, Médecine & Hygiène « Devenir » 2007/3 Vol. 19 | pages 223 à 241

[6] SOUBIEUX M.-J., SOULÉ M. : « L'annonce d'un handicap aux parents », in Médecine péri- natale – Grossesses pathologiques pour raisons fœtales, Elsevier, Paris, 2003.



TÉMOIGNAGES



Sage-femme en structure hospitalière pendant plus de 30 ans, j'ai vécu trois missions humanitaires grâce à GSF, dans le camp de réfugiés syriens de Zaatari, en Jordanie. Sous la tente, avec le matériel et le personnel minimum, mais dans une belle organisation grâce à GSF, l'accueil de ces femmes qui avaient fui la guerre, et avec l'aide de traductrices dévouées, fut une expérience inoubliable. A 15 kilomètres de la frontière syrienne, au milieu du désert, la naissance semble une réponse bien dérisoire au désespoir des populations, une force de vie face à la folie des hommes. Courage, puissance, confiance, abandon, ... amour surtout, au-delà des mots. La tente fut un havre de paix malgré tout, pour mettre au

monde ces centaines de bébés, dans un moment de sécurité provisoire. Je n'oublierai jamais ces femmes, conscientes qu'elles vont retourner dans leurs abris précaires, et pour certaines même rejoindre rapidement leurs familles restées sous le feu et la destruction. Elles mobilisent toute leur énergie, malgré leur situation plus que précaire, avec un courage qui me bouleverse encore, pour que leur enfant vienne dans ce monde. J'ai été invitée dans leurs abris, après la naissance, et elles m'ont offert le peu qu'elles avaient, et c'était tellement grand. Merci à ces femmes, merci à l'association GSF, à ses bénévoles courageux et compétents.... J'ai profondément aimé cet engagement, en équipe, où le soignant est surtout celui qui crée la sécurité essentielle par sa simple présence, et à Zaatari dans des conditions pourtant difficiles. Un jour, je repartirai, c'est sûr ! Amour et gratitude pour le restant de ma vie !

■ Isabelle KOENIG, sage femme mission Zaatari (Jordanie)



Un sentiment inexplicable de besoin de partage et de don de soi... Ce sentiment qui ne m'a jamais lâché.

Me voici il y a quelques années, à découvrir GSF, presque par hasard. « Aider sans se substituer », cette philosophie me correspondait bien. Mon engagement a commencé lors d'une mission de deux semaines à Calais. Les deux semaines qui ont été les plus enrichissantes de toute ma vie.

Cependant, mon envie de continuer l'humanitaire devenait grandissante.

Avec l'aide d'amies, j'ai donc voulu créer un spot à Metz et à Épinal dans le cadre de la mission Camifrance. Aujourd'hui, nous effectuons des groupes de paroles et des permanences de soin destinés aux femmes en grande vulnérabilité. Tous ces moments de partage sont inoubliables.

Mille merci à GSF d'avoir accepté de mettre ma petite pierre à l'édifice

Merci beaucoup!

■ Cyria Ikhlef, sage-femme - mission Caminor (Nord-Pas de Calais)



Inspiré de mes missions à Calais avec Gynécologie Sans Frontières...

CONFIDENCE

Son regard était teint d'une touche sauvage Qu'on aurait laissée là, comme l'on plante un clou D'une larme jamais je n'entrevis le flou Depuis longtemps servie au malheur en breuvage

Ses yeux seuls reflétaient du passé les ravages De Libye la prison, ses gardes aux dents de loup Chaque coup, chaque cri de son mari jaloux Hurlements refoulés d'une vie d'esclavage

Elle me racontait, sans aucun embarras Simplement, tristement me serra dans ses bras « Tu sais ça fait du bien de pouvoir en parler »

Puis elle descendit de la vieille ambulance La file des patients retrouva sa cadence Dans cet îlot perdu, la jungle de Calais

■ Citali Esparza, sage-femme, mission Caminor (Nord-Pas de Calais)

TÉMOIGNAGES SUITE



SIKASSO AU MALI

Salimata Ruth BAYOKO

Je m'appelle Salimata Ruth Bayoko, je suis la Sage-Femme Maitresse du Centre de Santé de Référence (CSRef) de Sikasso au Mali.
Je vais vous présenter notre service de gynécologie-obstétrique du centre de référence de santé.

Notre maternité du CSRef de Sikasso compte 2 gynécologues, 1 médecin RS et 2 médecins généralistes spécialisés en obstétrique, 18 sages-femmes (SF) et 14 Infirmières obstétriciennes (IO).
Organisation du service : pour une bonne marche du travail, les locaux et le personnel sont sectorisés et organisés comme suit :

- L'Unité de Consultations Prénatales (CPN) : elle comprend 5 SF et 3 IO qui s'occupent de la CPN ; cependant, la CPN peut être effectuée dans toutes les unités et par toutes les SF puisque nous respectons le choix de la parturiente pour sa prestation.

- L'Unité des Accouchements : son fonctionnement est assuré par 2 équipes sur 24 heures. La 1^{re} appelée équipe de permanence travaille de 8h à 16h et la seconde fait la relève à partir de 16h et continue jusqu'au lendemain à 8h, celle-ci est l'équipe de garde. Chaque équipe est appuyée par un médecin en cas d'urgence ou de besoin. Chaque équipe est composée de 2 SF et 2 IO venant des différentes unités. J'établi une liste de gardes mensuelle et je fais régulièrement mes jours de permanence et de garde.

Les services offerts dans l'unité accouchement sont : l'accouchement, la surveillance des accouchées et des hospitalisées, leurs soins, l'AMIU, (Aspiration manuelle Intra-Utérine en cas de fausse-couche), la PF (Planification Familiale) du post-partum, les consultations d'urgence pour toutes celles qui rencontrent un problème,

l'envoi de l'ambulance en cas d'urgence.

En moyenne nous avons 370 accouchements par mois et 45 PF du post-partum immédiat.

- L'Unité de Consultations Post-Natales (CPON) : 4 SF et 3 IO s'occupent de la CPON, en moyenne nous avons 290 consultations /mois.

- L'Unité de planification familiale (PF) est composée de 4 SF ET 3 IO qui assurent les consultations de contraception et de dépistage du cancer du col de l'utérus, elles sont appuyées par le médecin SR.

- Le Bureau de la SF maitresse : cette unité est en charge de :
 - La compilation des données venant de toutes les unités et les bureaux.
 - Les pansements des plaies opératoires.
 - Les déclarations de naissances pour l'état civil.
 - Le contrôle du matériel et des produits d'urgence après chaque garde.
 - Deux autres listes sont établies chaque 2 mois : une pour la visite matinale des hospitalisées et une autre pour les renseignements de l'école des mères.
 - Chaque SF et chaque IO s'occupe de ses jours.
 - Toutes ces unités sont organisées et gérées par la SF maitresse que je suis.

En plus de la maternité du CSRef, j'ai en charge la formation, le suivi et la supervision des 47 Centres de Santé Communautaires (CSCoM) du district avec les Médecins et les Sages-Femmes expérimentées du CSRef.

Nous déployons une politique de sensibilisation auprès de la population :



Nos sages-femmes font aussi des séances de plaidoyer, de causerie éducative périodique et nous présentons un sketch chaque 8 mars dont je suis l'actrice principale. J'en assure également le montage. Toutes ces actions ont pour objectif une meilleure fréquentation des centres de santé ainsi qu'un changement de comportement de la communauté dans le recours aux services de soins. Nous avons aussi une équipe d'audit de décès maternel et néonatal dont je suis membre et le dont médecin SR est le responsable. Enfin, je suis membre du comité qualité du CSRef.

Mon expérience avec GSF :

C'est en janvier 2018 que j'ai fait la connaissance de Gynécologie Sans Frontières.

Une équipe composée de différents spécialistes était venue travailler avec un certain nombre de structures sanitaires de Sikasso dont l'hôpital et le CSRef. Au niveau du CSRef, ce fut une sage-femme : Claudine Burban qui a travaillé avec nous. Pendant 10 jours environ, nous avons travaillé un programme d'enseignement à propos

des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) avec quelques Directeurs Techniques Communautaires et Sages-Femmes du district sanitaire de Sikasso. C'est grâce à cette formation que ces centres ont pu être référencés en tant que CSCoM SONUB. Les échanges ont porté sur comment agir pour que les maternités soient à moindre risque. Cette collaboration s'est déroulée dans une parfaite compréhension de donner et recevoir.

Après 6 mois, nous avons reçu une autre équipe GSF dont une sage-femme Sabine De Marne avec laquelle j'ai beaucoup collaboré. Les activités ont surtout porté sur les gardes, le référencement / évacuation des CSCoM vers le CSRef en cas de complications ainsi que le suivi et l'évaluation de quelques agents formés en SONUB au mois de janvier. Pendant cette collaboration, j'ai été remarquablement touchée par l'engagement de Sabine, son amour pour les femmes et les enfants. Grâce à elle, j'ai pu améliorer mes compétences.

La rencontre la plus récente avec GSF date de 2019 avec deux autres sages-

femmes : Claudie Louet et Véronique Ngo. Avec cette équipe nous avons échangé autour la réanimation du nouveau-né, la gestion des hémorragies du post-partum.

Là aussi j'ai beaucoup appris. Avec toute l'équipe GSF : les sages-femmes, le Docteur Claude Rosenthal et Nicole Bernis, infirmière de bloc, ainsi que la commission médicale de Brive Sikasso, nous avons visité une maternité rurale et 3 CSCoM, le bloc opératoire et maternité du CSRef en vue d'identifier les difficultés et les problèmes. Les conseils appropriés ont été donnés et les besoins relevés, surtout concernant le matériel et équipement.

Mes différentes rencontres avec GSF m'ont permis d'améliorer mes connaissances et compétences sur le plan théorique et pratique. Je remercie tous les membres de GSF pour leur bonne collaboration.

Amicalement

■ Ruth Bayoko
Sage-Femme Maitresse du Centre de Santé de Référence (CSRef) de Sikasso au Mali



TÉMOIGNAGES

SUITE



THIERRY MAKO

En ce numéro exceptionnel du « Monde de GSF » nous avons voulu donner la parole à un homme qui illustre l'engagement humaniste de GSF dans toutes ses composantes et notamment dans ses missions en terre africaine. Il s'agit du Dr Thierry Mako, médecin burundais, compagnon de route de GSF depuis presque 10 ans. Le texte très long qu'il nous a confié, ici nécessairement réduit, peut être lu dans son intégralité sur notre site. NDLR.

« Je m'appelle MAKO Thierry, la médecine générale terminée à Bujumbura au Burundi en Novembre 2003, j'ai fait mes cinq premières années de service à l'hôpital de Mutoyi dans la province de Gitega.

En 2008, j'ai effectué presque une année à l'hôpital de district de Muramvya, appuyé par une mission médicale chinoise, en tant que directeur de l'hôpital et médecin chef de district. Dès la fin de l'année 2008 jusqu'au début de l'année de 2015 je prestais dans la province de Ruyigi à l'hôpital REMA de la Maison Shalom. Un hôpital à vocation humanitaire sous l'impulsion de la Présidente et Fondatrice de la Maison Shalom, Madame BARANKITSE Marguerite dite « MAGGY » www.maisonshalom.org.

La Maison Shalom* avait l'habitude d'inviter des médecins du Nord, spécialistes ou pas dans sa perspective d'améliorer la qualité des soins offerts à la population burundaise.

Madame BARANKITSE faisait toujours des appels aux médecins occidentaux au cours de ses conférences en Occident pour qu'ils puissent dans un cadre de coopération venir apporter leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins offerts à l'hôpital REMA.

(*Lire dans les anciens numéros du « Monde de GSF » de nombreux articles sur Marguerite Barankitse et Maison SHALOM, NDLR)

C'est dans ce cadre que nous avons reçus dans notre hôpital différentes équipes de médecins occidentaux de nationalités différentes, et des diverses spécialités. On a eu à accueillir des équipes italiennes, luxembourgeoises, belges, canadiennes, américaines, hollandaises, allemandes, suisses et françaises.

Les équipes médicales étaient constituées non seulement de médecins spécialistes compétents mais aussi d'infirmières et de techniciens avec une grande expertise à partager et à transmettre au personnel local. En effet l'objectif était principalement d'accompagner les équipes techniques et médicales de notre hôpital dans les gestes et leurs besoins quotidiens en matière d'acquisitions des compétences professionnelles. Le but étant d'améliorer la qualité des soins et des prestations offertes au niveau des différents services disponibles à notre hôpital REMA. La Mission principale de ce dernier était de prodiguer des soins de santé de qualité à tous, surtout aux plus démunis. La Maison Shalom s'était inspirée du principe que

« De 2009 à 2011 certaines équipes étaient constantes avec deux à trois missions par an et un plan de formation pour le personnel médical, para médical et technique ».

« C'est dans ce cadre que nous avons rencontré les médecins de Gynécologie sans Frontières et que nous avons pu mettre ensemble de nombreux projets et de nombreux contacts qui ont été par la suite bénéfiques pour la population burundaise en générale, les femmes en particulier mais aussi un grand impact sur toute la région de l'Est du Burundi où était localisé l'hôpital REMA.

A partir de cette aventure commune fructueuse entre Maison Shalom et GSF tous les médecins qui travaillaient à REMA ont été fortement influencés d'une façon ou d'une autre par la suite dans leurs décisions et leurs carrières. Par ailleurs le contact du compagnonnage et les attitudes positives des médecins, techniciens et infirmiers visiteurs concernés y ont contribué énormément.....

CAP VERS LA GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE *.

(*Les intertitres sont de l'auteur)

(Il a dû quitter le Burundi en raison des troubles politiques en 2015 ndlr)

« Je suis parti pour faire la spécialisation en chirurgie traumatologique et orthopédique à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar en 2015. La première année qui est une année commune pour toutes les spécialités chirurgicales était aussi un temps de réflexion et de conclure finalement à poursuivre la formation de gynécologie obstétrique. Dans mon cheminement j'ai été fortement influencé par les attitudes positives des médecins avec qui j'ai été en contact. Ils ont été un modèle sur le plan technique, professionnel, humanitaire et surtout dans leur engagement, j'espère continuer dans le même sens.

J'ai donc pu poursuivre la formation de gynécologue obstétricien à l'université Abdou Moumouni de Niamey au Niger. Pour avoir une place de spécialisation j'ai eu les recommandations des professeurs Bazira, et Lansac, et de l'appui de la présidence de GSF des Drs Claude Rosenthal, Richard Matis et Serge Boyer.

Pour compléter le cursus des stages pratiques, la quatrième année devait se faire dans un pays développé où les techniques et la technologie sont en avance. Je me suis donc retrouvé, dans le cadre du DFMS (Diplôme de Formation Médicale Spécialisée) en gynécologie obstétrique, au centre hospitalier de la Dracénie grâce à une convention signée en 2013 entre ce centre hospitalier et la Maison Shalom. La convention avait été conclue par le biais du Dr Serge Boyer, ancien Chef du service de G.O (Pole Mère Enfant) qui est actuellement secrétaire de GSF ».

« L'objet de mon témoignage est de revenir sur mes impressions et mon vécu dans le cadre de cette vie d'échange professionnel et en dehors en tant qu'un ressortissant d'un des pays les moins avancés.

Mon Pays c'est le Burundi que j'aime autant malgré les difficultés et les problèmes en cours. Je n'ai jamais envisagé de travailler ailleurs que servir mon peuple et si je me retrouve ailleurs c'est par la force des circonstances. Je me permettrais une certaine liberté d'expression pour exprimer un certain état d'esprit, ou plutôt une réflexion ou encore mieux, plutôt certaines interrogations. Je reste certes superficiel de prime abord et surtout c'est à fleur de peau pour bien le dire beaucoup plus émotif pour éviter de prétendre faire une critique fouillée ou documentée. C'est du cœur que je parle surtout ».

AUX CONTACTS DE L'OCCIDENT

« Je suis toujours impressionné par les aéroports internationaux européens, le trafic si intense, la foule nombreuse et malgré tout, des salles d'attente silencieuses.

Un dédale de couloirs aux murs alourdis de panneaux publicitaires, affiches, panneaux indicateurs, émoticônes, tubes à néons et autres sources de lumières aux différentes couleurs. Des miroirs accrochés ou autres vitres aux effets multiplicateurs au quintuple.

Une foule immense qui semble être canalisée, silencieuse où les individus semblent être automatisés, on en a qui jettent un regard furtif qui sur un moniteur, qui jettent un coup d'œil sur un panneau indicateur puis chacun se dirige vers son objectif sans déranger son voisin. Des individus qui se croisent et s'entrecroisent au sein d'une foule silencieuse sur fond d'une clameur sourde due aux martellements des mocassins et des baskets sur le parquet mêlés aux bruits de roulements des roulettes des petites valises sur le même parquet.

Un parquet qui aussi porte des signes d'orientation, des flèches aux différentes couleurs, des traces de pas parfois à suivre ou des signes vous indiquant des zones interdites, réservées au personnel de l'aéroport.

La panique et l'angoisse de ne pas pouvoir s'orienter dans ce dédale labyrinthique au décor inhabituel auquel mes sens ne sont pas habitués, le temps que mon cerveau parvienne à en faire la décantation et ne s'intéresser qu'à ce qui est utile. Chose qui n'est pas évidente si on est habitué à s'orienter en prenant référence à un immeuble, à un coin de rue particulier avec un cocotier, un mangui ou un baobab. Ces milliers de tubes à néons multicolores et multiformes aux écriteaux divers le tout clignotant et multiplié par des miroirs ou autres vitres miroitants font penser plutôt à une fête foraine pérenne plutôt qu'à une volonté

d'orienter les passagers. Bonjour la panique et la paralysie corticale, les connections nerveuses se protègent de la surintensité et je suis pris dans une sorte d'hébètement zombiforme.

Un sentiment de solitude dans cette foule où aucun ne t'adresse même pas un regard encore moins un sourire.

Le temps de retrouver ses bagages dans une chaîne d'une centaine de valises qui se ressemblent parfois. La peur de se tromper et prendre une valise d'autrui et être pris pour un voleur vulgaire ou de ne pas pouvoir identifier ses bagages ou encore de les perdre.

Un ouf de soulagement ! Enfin la sortie. Au bout du couloir heureusement, des amis m'attendent pour non seulement m'amener mais aussi m'aider à m'orienter dans cette nouvelle vie. Une année d'expérience qui je l'espère allait être très enrichissante. Dr Serge Boyer et sa gentille épouse Laetitia Boyer, elle aussi infirmière connue à la Maison Shalom, sont dans le Hall d'attente.

De l'aéroport de Marseille à Draguignan toute l'angoisse accumulée le long du voyage, la peur de se perdre, de ne pas retrouver ses valises, d'être refoulé, de rater un vol s'estompait peu à peu en compagnie de ce couple chaleureux. Rassuré par la présence de mes amis. Je ne cesse de penser à mes collègues qui sont allés faire leurs stages à Paris, une jungle urbaine où ils ne connaissent personne. Une fois à leur maison je ne pu m'empêcher de sombrer dans un sommeil profond réparateur avec une pensée pour mes collègues qui étaient partis à Paris.

Je ne peux pas vous dire à quel point je fus chanceux quand le lendemain de mon arrivée à ma grande surprise presque tous les médecins gynécologues avec lesquels j'aurais à travailler le long de mon séjour à l'hôpital Draguignan furent invités chez les Boyer pour un apéro.

J'ai été particulièrement frappé par leur accueil et leur discours de bienvenue.

Parmi tous les invités, le Dr Pauline Vignoles chef du Service, Dr Vanessa Mathieu Guerini, Dr Pietro Iovenetti et sa famille, son épouse Justine Gahama, burundaise, et leur adorable fille Elena, Dr Jean Yves Diquelou, Dr Carole Labat pharmacienne qui nous avait beaucoup aidés à organiser le service de la Pharmacie à l'hôpital Rema dans l'une des missions de GSF et un couple de médecins biologistes de Biologie Sans Frontière qui nous avait aidés à organiser le laboratoire de notre hôpital REMA à Ruyigi, les Dr Annie et Christian Zumbo. Gérard Sabater aussi, un grand ami de la Maison Shalom qui nous avait beaucoup aidés pour la protection des enfants mineurs en prison ».

« Le lendemain fut organisée une brève visite des services de Gynécologie par Dr Serge Boyer et quelques points d'accès pour que le lundi je sache où me diriger, la salle de staff, les ascenseurs, les salles d'accouchements, la néonatalogie. »....



Drs Xavier Pouliquen, Serge Boyer, Thierry Mako, Claude Rosenthal - Hôpital Rema (Burundi)

DÉCOUVERTE DU MILIEU HOSPITALIER EUROPÉEN.

« Le lundi matin au staff tous les médecins étaient là, toutes les sages-femmes ainsi que l'équipe de prise en charge psycho social. Ce fut ma première surprise, je n'aurais jamais imaginé l'importance de la prise en charge psycho sociale sans leur présence au staff et leurs contributions. Un aspect qui en Afrique reste négligé ou isolé et qui est peut-être compensé par le rôle de la « grande famille »....

« J'ai mis du temps pour « dompter » les couloirs et les astuces d'accès aux salles de cet Etablissement qui pour moi était labyrinthique au début. Je cherchais des poignets pour ouvrir alors que « le sésame » des portes n'était qu'un bouton interrupteur ou un passage de la main devant un récepteur sensible.

Par endroits des codes d'accès que j'oubliais aussitôt que je passais une semaine sans les utiliser, carte d'accès pour le bâtiment du bloc opératoire.

Des fois j'ai dû attendre qu'une autre personne passe devant moi pour accéder à certaines salles parce que je n'arrivais pas à localiser le gadget d'accès. J'étais loin des poignées, cadenas, tours de clefs et autres systèmes d'ouvertures comme les carrés ou tout simplement nos portes qui ne sont jamais fermées.

J'étais loin de m'imaginer que dans les salles du bloc opératoire l'air, la pression atmosphérique, l'humidité et la température y sont rigoureusement maintenus aux normes pré définies.

Ici c'est sans parler de l'eau et des désinfectants que l'on utilise. Chaque fois, à chaque étape de tous les processus et procédures, de l'accueil à la fin des interventions, mon esprit m'imposait un exercice de comparaison.

J'avoue que des fois même en pleine intervention j'ai été ramené à la réalité par l'opérateur principal qui pensait plutôt à la fatigue ou à la distraction. Tellement la différence me paraissait énorme que je me retrouvais entraîné de déplorer en mon for intérieur nos conditions de travail en Afrique.

Et quand je me souvenais qu'on est que dans un hôpital de première référence à l'échelle d'une commune je désespérais de voir un jour l'Afrique prendre conscience de l'Etat archaïque et vétuste de ses structures sanitaires.

Le pire c'est quand j'ai visité un centre vétérinaire qui était mieux équipé et encore plus propre que certains ou la plupart de nos hôpitaux.....

« J'admire beaucoup nos Professeurs en Afrique qui ont fait leurs formations en France ou dans un autre pays européen et qui ont eu le courage de retourner en Afrique avec l'Espoir d'améliorer les choses.

Beaucoup n'ont pas été écoutés, beaucoup n'ont pas été entendus, beaucoup n'ont pas été suivis par les

« La santé est un droit et non un privilège ».



pouvoirs publics et politiques qui sont les vrais décideurs. Certains ont même rencontré beaucoup de résistances et d'adversité pour avoir suggéré des idées progressistes qui menaceraient de faire amputations des budgets de certains secteurs vers la santé.

Je comprends aussi les médecins qui n'ont jamais voulu retourner en Afrique après leur formation. Tellement la différence des conditions de travail et d'exercice est abyssale. Il faut un courage exceptionnel. Je pense que je n'exagère en rien si je dis qu'il faut une témérité presque suicidaire, une abnégation, un altruisme, un sacrifice familial, social et financier. Il faut une autre motivation au-delà de celle pécuniaire, une motivation et une ambition plus noble, couplée à une foi inébranlable en quelque chose de supérieur pour oser retourner et rêver d'améliorer les conditions de travail. Surtout que les premières générations qui sont retournées ont été incomprises, parfois découragées, parfois déçues ou ont trouvé plutôt une solution dans les cliniques privées ou dans des organisations autres que le secteur public.

Je pense aussi à ceux qui, après être retournés en Afrique, ont décidé de repartir en Europe ayant été incompris ou carrément déçus par les pouvoirs publics.

Mon stage m'a permis de comprendre combien la situation est plus complexe qu'elle ne paraît abordée dans un seul sens, quand on parle de transmission du savoir-faire et de la technique sans penser à la Matrice qui va la recevoir. Quelle technique, quel savoir-faire faut-il dans notre contexte? ».....

UN SÉJOUR BÉNÉFIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE DRAGUIGNAN*

« J'ai été confronté après deux semaines de passage dans les différentes unités à devoir choisir les activités à poursuivre durant le reste de la durée de mon stage.

La salle d'accouchement est presque aussi bien équipée qu'un bloc opératoire, appareils de monitorages maternel et foetal, écrans de surveillance, table d'accouchement mobilisable, malléable, pliable, réglable sur la hauteur que l'on veut, manipulable pour le confort de la parturiente et de l'accoucheur. Le matériel bien rangé systématiquement, champs et blouses stériles, dispositifs de recueil pour les pertes sanguines, matériels pour l'anesthésie loco régionale (la péridurale). Presque toutes les femmes bénéficiant d'un bloc d'analgésie pour les accouchements. Ce qui est loin d'être le cas chez nous. On a parfois des médecins gynécologues qui n'ont jamais assisté à la pose d'une péridurale.

Chaque parturiente bénéficiant d'une table d'accouchement dès le début de travail jusqu'à la fin de l'accouchement ainsi que de toute la panoplie de monitoring reliée à des écrans de surveillance. Ce qui est encore un rêve chez nous. Vu le nombre

d'accouchements par jour il serait par ailleurs difficile de le réaliser chez nous. Avec 15 à 30 accouchements par jour pour certaines maternités combien de salles aussi bien équipées faudrait-il ? Quant aux équipements du bloc opératoire, je préfère ne pas y revenir en détail. La console de l'équipe des anesthésistes la panoplie pour la coelioscopie, le matériel radio et les écrans dès qu'on y entre pour la première fois on se croirait dans un film de science-fiction. Sommes-nous certainement restés en arrière à une époque que je ne saurais définir? Qui a dit que qui n'avance pas recule? Il ne savait peut-être pas à quel point il allait avoir raison.

J'ai choisi de ne faire que les échographies et le bloc opératoire ceci pour gagner quelque chose de pratique et de reproductible à mon retour.

Une journée de consultation, une journée d'échographie et le reste au bloc opératoire.

Mon séjour au sein de l'équipe des gynécologues du pôle Mère Enfant du Centre Hospitalier de la Dracénie s'est déroulée selon mes souhaits, J'ai pu participer à toutes les interventions programmées pour la coelochirurgie avec les principaux opérateurs. Malgré les débuts difficiles et l'inconfort que je causais aux opérateurs par mon manque d'expérience en matière de coelochirurgie Ils m'ont tous accepté comme premier aide. De même qu'en chirurgie vaginale, hystéroscopie et en sénologie j'ai été largement associé. J'ai aujourd'hui une grande gratitude envers toute l'équipe. De chacun du personnel du bloc opératoire, IBODE, IADE, Aides-soignants et techniciens de surface j'ai appris à dompter la plupart des appareils, comment les installer et comment les faire fonctionner, l'installation des patientes sur les tables d'opération sophistiquées, le transport des patientes, champages, désinfection des sites opératoires, instrumentation, préparation du matériels.

Chaque minute passée au bloc opératoire a été un moment d'observation, d'apprentissage et d'acquisition d'une autre manière d'agir et de faire. Bien que je ne fusse pas là pour l'anesthésie, j'ai pu comprendre combien une bonne collaboration des équipes chirurgicales et anesthésistes pour une bonne analgésie et une bonne anesthésie contribue énormément au confort et à la sécurité des patientes en premiers, mais au confort des opérateurs également. Certains gestes qui chez nous sont faits à vif, sans anesthésie ni analgésie sont mieux réalisés pour le bonheur de la patiente et du chirurgien avec tout le support analgésique et/ou anesthésique. J'ai été particulièrement intéressé par toute l'organisation du bloc opératoire et tout ce qui est au tour.

J'éprouve une grande gratitude envers toutes les équipes qui m'ont facilement intégré et accepté durant tout mon séjour, du premier jour où je ne savais même pas comment tenir

une caméra, ils m'ont tous accepté et m'ont accompagné, m'ont montré avec patience » ...

« Certains étudiants africains ayant effectué le stage DEFMS se plaignent qu'ils n'ont été associés que dans le domaine de l'obstétrique et ont eu l'impression de ne servir que de main d'œuvre pour les gardes, moi j'ai eu cette chance de rencontrer cette équipe de Draguignan qui m'a laissé choisir ce qui me semblait utile à mon retour en Afrique.

DÉCOUVERTE D'UN ENGAGEMENT HUMANITAIRE ENTHOUSIASTE

« En dehors de l'hôpital j'ai pu participer à des activités organisées par GSF. A l'occasion du Rallye annuel Trans Corrèzien organisé par le LIONS CLUB de Brive au profit de GSF avec l'implication de son président Dr Claude Rosenthal, j'ai découvert comment et jusqu'où des personnes tierces peuvent s'impliquer en organisant des activités pour la récolte des fonds en vue de financer des missions humanitaires sans même devoir connaître nécessairement les personnes qui vont bénéficier de cette aide.

Pour moi c'est l'humanitaire à l'état pur.

Ces personnes prennent de leur temps, leurs moyens, n'épargnent pas leurs efforts et, sans s'attendre à aucun retour, pour organiser des activités qui leur permettront de récolter ou de lever des fonds. Ces fonds sont ensuite cédés à des organisations caritatives comme GSF pour réaliser des missions humanitaires en Afrique ou ailleurs. Certains choisissent de continuer malgré parfois une ingratitude ou une haine exprimée publiquement ou sur des réseaux sociaux à leur égard.

J'ai également participé pendant une semaine à une formation organisée par GSF pour les personnes qui aspirent à donner de leur temps ou contribuer dans des missions humanitaires en Afrique ou ailleurs avec GSF ou avec d'autres ONG

C'était lors de la FGOH (Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire cession de juin 2019 à Tours). ».....

« C'était une occasion pour moi de voir, en étant de l'autre côté, ce qu'impliquent les missions humanitaires que j'avais l'habitude de vivre en tant que récipiendaire. Ce qui m'a permis de comprendre comment et combien les gens sont engagés, les sacrifices et l'altruisme des vrais humanitaires. J'ai eu encore une fois l'occasion de partager l'expérience du partenariat Maison Shalom et GSF à REMA. ».

« Je reste convaincu de la bonté de la race humaine, et mes pensées me ramènent à chaque fois dans pareils circonstances à réfléchir un peu plus à cette littérature en vogue de certaines personnes qui se disent « panafricanistes » et qui nous présentent toujours l'Europe comme la source de tous les maux. »

REMA

« Le mot REMA est un concept et est contextuel. Il a un sens profond qui veut dire sois fort, sois sans craintes, sois sans peur, sois sans inquiétude, ne sois pas perturbé, Je suis là! Sois donc rassuré! Aie confiance, Ce mot peut s'adresser à un individu ou à une communauté.

En 2010 Maison Shalom entrera pour la première fois en contact avec les médecins membre de GSF qui étaient présent au centre hospitalier Rema dans le cadre d'une formation chirurgicale sur les urgences. GSF était en tandem avec l'ONG Chirurgie Solidaire (Formation chirurgicale Solidaire à l'époque). »

Ce fut donc une rencontre humanitaire extraordinaire entre le Nord et le Sud, les principes de GSF rencontraient ceux de la Maison Shalom.

Un partenariat a donc été mis en place entre Maison Shalom et GSF. Tous ensemble pour la dignité de la Femme et de l'Enfant.

De nombreux projets seront réalisés dans le cadre de ce partenariat Maison Shalom GSF à travers le PROGRAMME AMAGORE* réalisé au sein de l'hôpital Rema pour toute la région de l'est du Burundi.

Une équipe de GSF composée des Docteurs Serge Boyer, Claude Rosenthal et Richard Matis ainsi que des infirmières Laetitia Boyer et Nicole Bernis, un ingénieur biomédical François Ducandas, fera de multiples séjours à Rema.

**(Le Programme AMAGORE : Amélioration de la Mortalité et Morbidité Maternelle par la prise en charge Gynécologique Obstétricale en réseau de soins maternels dans l'est du Burundi)*

En partenariat Maison Shalom, MSF Belgique et GSF réalisent des accords tripartites pour faciliter la prise en charge des patientes souffrant de prolapsus génitaux à l'hôpital REMA. Des missions chirurgicales de deux à trois semaines, deux à trois fois par an, furent organisées au bénéfice de ces patientes venant de tout le pays.

Le Contact avec GSF nous a permis à nous tous les acteurs de la Maison Shalom d'avoir une ouverture d'esprit, et d'élargir nos horizons, pour mieux servir notre population.

Les patientes ont bénéficié de la présence des médecins spécialistes durant 5 ans. Je me souviens de toutes ces expressions de gratitude exprimées en chants burundais traditionnels ou encore cette dame qui me disait à la vue de son état après l'intervention qu'elle n'avait rien pour nous remercier et qui nous demandait de nous porter sur son dos en signe de gratitude.

A chaque « libération » des femmes opérées les émotions ont été toujours très fortes. ».

LE RÊVE DE MAISON SHALOM POUR LE CENTRE HOSPITALIER REMA.

« Pour Nous à la Maison Shalom et à l'Hôpital REMA, GSF fut un allié de taille et de confiance et les projets que l'on a fait ensemble nous ont poussés à rêver plus grand. On avait de grands projets où GSF aurait eu un grand rôle à jouer. Une Ecole de Sage-Femme agréée en 2015, l'« Université REMA », une école d'Infirmière, une école de Santé Publique, une école d'Infirmière de Bloc Opératoire, et d'autres filières Techniques et/ou de développement communautaire étaient programmées. Nous avions tablé sur une coopération sur une longue durée et voulions faire participer GSF et CS dans nos Projets de formations dans ces filières de la Santé ».

ET PUIS ARRIVA MALHEUREUSEMENT « LA PARENTHÈSE »*

« Suite à la crise de 2015 au Burundi, beaucoup d'enfants, jeunes et adultes ont été tués, torturés et maltraités. La Maison Shalom a dénoncé les tueries et les autres crimes contre l'Humanité commis dans cette période comme elle l'a toujours fait sous d'autres régimes. Ceci lui a valu la persécution, la fermeture de tous les comptes et programmes au Burundi. La Maison Shalom a été fermée au Burundi, ses infrastructures ont été soit détruites, vandalisées ou saisies par certains agents fidèles du régime en place. La plupart du personnel de la Maison Shalom a été amené à fuir le pays suite à cette persécution.

La majorité s'est retrouvée regroupé au Rwanda encore une fois autour de Madame Marguerite Barankitse »

Selon les données du HCR au mois de Janvier 2018, 428.496 Burundais ont fui vers les pays limitrophes dont 89.171 au Rwanda. Ainsi, des dizaines de jeunes se sont retrouvés dans des conditions misérables en exil. Au Rwanda, les réfugiés burundais sont localisés dans le camp de Mahama et dans les milieux urbains ».

« Avec Foi et Espoir, avec le soutien de ses partenaires Maison Shalom reste un des plus grands soutiens de l'Espoir pour les réfugiés burundais au Rwanda. GSF et ses Membres font toujours parti des amis qui sont nés de cette rencontre humanitaire extraordinaire. La dernière promotion de la FGOH d'octobre 2019 à Rennes fut dédiée à Madame Marguerite Barankitse.

Le Partenariat n'a été que technique et professionnel mais il a vraiment été porté par la rencontre de personnalités de valeurs au sein de la présidence des deux organisations humanitaires ».

■ Dr Thierry Mako, Médecin burundais, compagnon de route de GSF



HISTOIRE DE LA NAISSANCE

Nathalie Sage Pranchère

LA SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA NAISSANCE, UN PONT ENTRE LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES ET LES PROFESSIONNEL-LE-S DE LA NAISSANCE

La Société d'Histoire de la Naissance (SHN) a été créée à l'orée du XXI^e siècle, sous l'égide d'Yvonne Knibiehler, historienne des femmes, de la médecine et de la naissance, et de Paul Cesbron, obstétricien. Elle a pour but de confronter les approches historiques, socio-anthropologiques et psychanalytiques des conditions d'accueil du nouveau-né dans les communautés humaines, afin de mieux saisir les enjeux des pratiques sociales et professionnelles, dites de médicalisation de l'accouchement, organisation des soins et cadre sanitaire de l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement. Le champ des intérêts de la Société d'histoire de la naissance s'étend de l'Antiquité à nos jours et couvre tous les espaces géographiques.

La SHN organise des journées d'étude trimestrielles et, tous les deux ans, un grand colloque, le septième s'étant tenu en novembre 2019 à Bordeaux. Elle est aujourd'hui présidée par l'historienne de la naissance et de l'enfance, Marie-France Morel.

La SHN a enfin publié plusieurs volumes dans la collection « 1001 bébés » des éditions Érès : *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui* (Toulouse, 2013) et *Naître à la maison, d'hier à aujourd'hui* (Toulouse, 2016). Le prochain volume sortira dans le courant de l'année 2020 et s'intitulera : *La naissance au risque de la mort, d'hier à aujourd'hui*. Site Internet : <http://societe-histoire-naissance.fr/>



LA MAIN OU L'OUTIL ? SENS ET TECHNIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE

En novembre 2019, plusieurs dizaines d'auditrices et d'auditeurs se sont réunis au pays des cannelés (Bordeaux – 33) pour suivre les travaux du septième colloque de la Société d'Histoire de la Naissance. Depuis son premier colloque en 2002, à peine un an après sa création, la SHN explore les enjeux historiques, sociologiques et anthropologiques de la naissance.

Elle travaille à réinscrire dans le temps et l'espace des pratiques que l'on croirait à tort figées parce que naturelles.

La naissance, au sens large, de la perspective de l'enfant à l'accouchement, est culturelle. Cette culturalité est d'autant plus complexe qu'elle met en œuvre le corps, les mécanismes de la reproduction, la cohabitation pendant neuf mois, au mépris des processus immunitaires les plus évidents, de deux (et parfois plus) corps en un. Parce qu'il est charnellement vécu et ressenti, parce qu'il est visible et tangible, parce qu'il peut désormais faire l'objet d'une maîtrise technologique, le long processus de la naissance conjoint la variété sans fin de l'expression des sens et l'intense créativité de l'être humain dans sa quête d'encadrement voire de domestication des corps. C'est au point de rencontre de ces dynamiques, entre prise en compte des sens physiques

et inventivité technique, entre ce que peut percevoir la main (ou l'œil, ou le nez, ou l'oreille, voire la langue) et ce que fait l'outil à la femme enceinte et accouchant, que se sont situés les travaux du colloque de Bordeaux. En ouverture du colloque, l'historienne Marie-France Morel a rappelé le souhait des intervenant-e-s de ne pas se laisser prendre à l'illusion d'une féminité toute du côté des sens face à une masculinité outillée, de sages-femmes aux mains nues face à des médecins armés de pointes et de forceps. L'histoire et les sciences humaines ont pour rôle social de déjouer les évidences, de resituer les pratiques dans le temps et l'espace ; et de mesurer leur caractère pluriel pour donner de la souplesse au présent. En interrogeant le rôle des sens et de la technique dans le champ de la naissance, l'objectif est de comprendre leur entrecroisement, le partage (parfois contre-intuitif) des tâches et des gestes autour de la femme enceinte et en travail.

Les cinq sens (toucher, vue, goût, odorat et ouïe) guident la compréhension et l'accompagnement de la grossesse et de la naissance, ils incitent à l'expérimentation technique qui a généralement pour but de les prolonger, de les amplifier ou de pallier leurs limites. Si nos sociétés contemporaines industrialisées et largement aseptisées tendent à minimiser l'importance de l'expérience du goût ou de l'odorat, leur rôle est au cœur des pratiques de prévention, de diagnostic et de



traitement jusqu'au XIX^e siècle. Valérie Worth-Stylianou montre ainsi qu'à l'époque moderne (XVI^e-XVIII^e siècle), les odeurs (chandelle mal éteinte, charbon mal allumé) peuvent être perçues comme des dangers pour les femmes enceintes. L'odorat met en jeu le rapport entre l'intérieur et l'extérieur, la circulation des vapeurs produites par le corps (odeurs de la matrice, des règles) et absorbées par ce dernier. L'importance accordée aux odeurs comme élément de diagnostic (rétention du placenta, mort *in utero*) ou d'évaluation de la bonne santé (pour les nourrices) s'inscrit dans une rationalité d'un temps où tout fait signe. La sensibilité contemporaine aux odeurs d'infection comme signe d'alerte n'est en ce sens pas si éloignée des sensibilités du passé, tout comme l'intérêt partagé sur plusieurs continents (Afrique, Amérique) et par différents milieux sociaux pour les fumigations utérines (en dépit des risques de brûlure). Si le goût semble moins central dans les pratiques autour de la naissance (même si le fait de goûter les urines demeure une habitude de la médecine occidentale jusqu'au XVIII^e siècle), l'ouïe est un sens très sollicité au cours de l'accouchement. Les gémissements de la femme en couches, ses cris et leur évolution sont, autant que bien d'autres observations, des signes de la progression du travail, de l'imminence de l'expulsion immédiatement reconnaissables à qui accompagne régulièrement des naissances (Jacqueline Lavillonnière).

À partir du XIX^e siècle, l'ouïe devient aussi un moyen essentiel de suivi de la santé fœtale avec l'invention du stéthoscope (Laennec) et son application à l'écoute du cœur fœtal (Lejumeau de Kergaradec). La « trompette » de Pinard (années 1880) reste, au-delà de la mise au point du monitoring à la fin des années 1970, un héritage de l'écoute directe développée au début du XIX^e siècle et de l'ingéniosité déployée pour faciliter l'exercice d'un sens au service de l'accompagnement obstétrical.

Le dernier quart du XX^e siècle a fait de la vue un sens crucial dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement : développement de l'échographie obstétricale, lecture des multiples diagrammes produits par les machines d'enregistrement (du rythme cardiaque, des contractions) (Claude Rosenthal et Françoise Bourdais). Mais ces pratiques qui viennent compléter d'autres sollicitations de la vue multipliées au siècle précédent (interprétation de résultats biologiques ou anatomopathologiques, observation du col de l'utérus), sont des innovations de l'époque contemporaine, fruits d'une valorisation du regard et d'un abaissement du seuil de tolérance de ce qu'il est moralement acceptable de voir ou de montrer. La vue vient alors

compléter un autre sens, le toucher, et modifie le rapport au corps, sans pourtant placer ce corps à distance de la main ou de l'objet puisque le toucher demeure presque toujours un vecteur essentiel du voir par l'intermédiaire du speculum, des aiguilles pour prélever sang ou liquide amniotique, ou de la sonde échographique.

Ce toucher, par le contact d'un autre corps ou d'un objet, occupe probablement, au fil des siècles et parmi les cinq sens, la place la plus pérenne et la plus variée dans l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement mais aussi dans l'accueil du nouveau-né (Maï Le Dû). Du toucher vaginal, utilisé pour déterminer la virginité, le stade d'une grossesse, l'avancement du travail ou la position de l'enfant (Jürgen Schlumbohm), à l'haptonomie qui fait des corps en contact les relais du dialogue entre le fœtus et ses parents (Willy Belhassen), le toucher lie les acteurs de l'accouchement pour délier le corps enceint et relier l'enfant à ceux qui l'accueillent. Une lecture trop superficielle des enjeux de légitimation professionnelle des sages-femmes d'une part et des chirurgiens d'autre part au cours des XVII^e-XIX^e siècles, tend à partager radicalement entre ces deux métiers les modalités de contact avec le corps enceint ou en travail : aux accoucheurs, le toucher médié par l'outil qui coupe, tire et parfois déchire ; aux sages-femmes, la main nue à la douceur aléatoire, renvoyée à sa possible impuissance face à l'accouchement qui ne se déroule pas assez vite ou assez bien.

S'il est bien l'homme aux instruments, le chirurgien-accoucheur de l'époque moderne et des débuts de l'époque contemporaine est aussi un homme de toucher.

L'exemple de Paul Portal dans le Paris du XVII^e siècle, développé par Jacques Gélis, rappelle l'attention portée par ces praticiens à la douceur du geste (ne pas griffer le col de l'utérus), à la précision du ressenti du toucher et à la dextérité. Cet accoucheur met au cœur de ses gestes la technique manuelle (pour dilater le col de l'utérus par exemple), bien avant le recours aux instruments dont la disponibilité et la pertinence sont parfois aléatoires. Les instrumentaires ont, au bout du compte, gagné dans l'évolution de l'obstétrique mais le mouvement n'a rien eu de linéaire et la coexistence des pratiques perdure bien au-delà du XIX^e siècle. Un siècle après Portal, Roederer à Göttingen enseigne lui aussi prioritairement à ses étudiants en médecine et à ses élèves sages-femmes l'importance du toucher au point de se faire représenter en peinture

mimant le geste du toucher vaginal et de mettre au point des instruments de mesure de l'avant-bras, fixant un diamètre maximal à qui souhaite pratiquer (Jürgen Schlumbohm).

À l'opposé, les sages-femmes, confrontées seules à tous types d'accouchements jusque tardivement dans le XX^e siècle, n'ont pas dédaigné le recours aux objets. Dès le XVII^e siècle, Justina Siegemund, à la cour de Brandebourg, développe une technique de version utérine faisant appel à un lacet. Au XIX^e siècle, les sages-femmes françaises reçoivent, dans leur instruction, un entraînement à l'usage du forceps qu'elles sont quasiment les seules à savoir poser dans l'espace rural pendant près d'un siècle et qu'elles continuent, contre toute attente, à utiliser y compris dans l'espace hospitalier au XX^e siècle (Nathalie Sage Pranchère). Parallèlement, leur trousse professionnelle s'enrichit du tube laryngien pour permettre l'insufflation d'un nouveau-né en détresse et, progressivement, du stéthoscope de Pinard, la fameuse « trompette ».

De même que les auxiliaires de la naissance ont des attitudes plus contrastées qu'on pourrait l'imaginer face aux techniques qu'ils emploient, les femmes enceintes et en couches manifestent un rapport mouvant et pluriel à ces mêmes techniques. Le contact avec le corps n'est admissible qu'en fonction de normes culturelles et sociales prégnantes. Le toucher peut alors se révéler incompatible avec la vue, acceptable de la main seule ou au contraire seulement par l'intermédiaire de l'instrument. Sa fréquence modifie aussi sa réception, de même que le contexte ou l'état de conscience dans lequel il est pratiqué. Vers 1800, les femmes enceintes des classes populaires de Göttingen manifestent, par un refus frontal ou une sortie de la maternité, l'indisponibilité de leur corps aux visées pédagogiques de Roederer (Jürgen Schlumbohm). Un siècle plus tôt, la Parisienne en travail, terrifiée de cet accouchement qui tarde, réclame les instruments à l'accoucheur (Jacques Gélis).

Qu'il s'agisse de la place des sens ou du rôle des outils, ces objets sont à analyser, pour le spécialiste de sciences humaines et sociales mais tout autant pour le/la professionnel-le de santé à la lumière des vécus collectifs et personnels d'une époque et d'un lieu. Si l'accouchement est culturel, il est tout autant social, reflet de la sensibilité d'une société, de son fonctionnement, de ses lignes de fracture aussi et de ses inégalités, de ses bienveillances et de ses violences. Le geste obstétrical, direct ou médié, porte en lui, pour toutes ces raisons, de multiples grilles de perception, de compréhension et de ressenti.

■ Nathalie Sage Pranchère
Historienne

LES ACTIONS DE GSF

STANDS GSF

21, 22, 23 octobre 2020

48^{ÈMES} ASSISES DES SAGES-FEMMES

Palais des Congrès

12 et 13 novembre 2020

JOURNÉES D'ÉTUDES DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES
TERRITORIALES 4 ET 5 JUIN 2020 À PARIS : MATERNITÉ EN EXIL

Intervention du Docteur Richard Beddock, administrateur GSF: Accueil des femmes migrantes en IDF - l'expérience de Camparis

Espace d'accueil de l'Enclos Rey - 57, rue Violet - 75015 PARIS

19 et 20 novembre Novembre 2020

4^{ème} CONGRÈS DE LA SAGE-FEMME LIBÉRALE PROFESSION SAGE FEMME
VERSAILLES

Palais des congrès de Versailles

1^{er} & 2 février 2021

LES JOURNÉES DES SAGES-FEMMES

Issy les Moulineaux

13, 14, 15 janvier 2021

PARIS SANTÉ FEMMES AU PARIS CONVENTION CENTER – PORTE DE
VERSAILLES

Paris Convention Center - Porte de Versailles

1 Place de la Porte de Versailles - 75015 Paris Hall 7.3

11 et 13 mars 2021

JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET SANTÉ SEXUELLE –
NANTES – 700 PARTICIPANTS

Cité des congrès - Nantes



MERCI MERCI MERCI
MERCI MERCI MERCI
MERCI MERCI MERCI
MERCI MERCI MERCI

**COVID 19**

Gynécologie Sans Frontières remercie très chaleureusement, son ambassadrice Madame Danièle Marcovici ainsi que les Equipes de la Fondation RAJA pour leur accompagnement et soutien avec une très généreuse dotation en gels hydroalcooliques et masques chirurgicaux permettant aux bénévoles de la mission CamiFrance de reprendre, en toute sécurité, leurs actions auprès des femmes vulnérables.

Merci pour ELLES

Etam 

**MERCI AUX
SALARIE.E.S du
Groupe ETAM et à
microDON !**

Gynécologie Sans Frontières remercie très chaleureusement les salarié.e.s du Groupe ETAM et l'Entreprise de l'économie sociale et solidaire MicroDON pour leur soutien à notre programme de développement en santé materno-infantile au BANGLADESH initiée en 2018

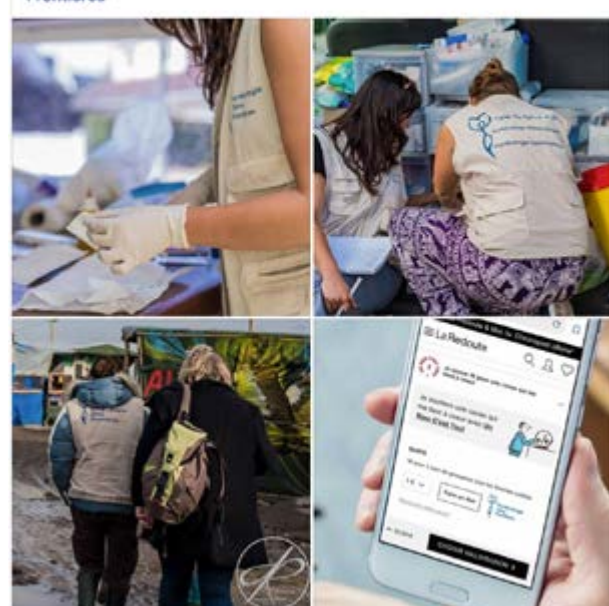


Un Rien C'est Tout
24 janvier 2019 · 🌐

👉 1 clic, 1€ sur La Redoute pour ces femmes qui vivent dans une détresse absolue...un projet solidaire qui nous tient particulièrement à cœur !

#PourUnEuro : vous permettez à une femme exilée d'être suivie pendant sa grossesse 📱 <http://bit.ly/gsf-urct>

C'est le projet solidaire "Santé" codéveloppé avec Gynécologie Sans Frontières



1 083 Personnes touchées **86** Interactions [Booster la publication](#)



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 go GSF !!

■ **Dorothee Barth et Coline Mazeyrat**
Cofondatrices de JHO



BAÜBO

Baübo, des soins intimes innovants pour les femmes

Fondée par deux amies, Cécilia Capece et Bethsabée Krivoshey, la nouvelle marque éco-responsable Baübo propose trois baumes 100% made in France pour améliorer le quotidien des femmes et leur entourage. Leur soin vedette, sobriement intitulé Le Baume, est le premier baume biologique spécialement conçu pour la vulve : selon une étude*, 95% des femmes interrogées ont déjà ressenti une gêne après un rapport sexuel. Ainsi, après l'amour, mais aussi lors de changements hormonaux, post-accouchement, pendant les règles, le sport et même pour celles souffrant de vaginisme, Le Baume de Baübo adoucit, apaise et hydrate les muqueuses les plus sensibles. Testé gynécologiquement, à base d'huile de coco, d'avocat, de jojoba et de macérat de calendula, Le Baume de Baübo s'applique sans modération en toute confiance, puisqu'il ne perturbe pas la flore vaginale.

Baübo est la fière partenaire de Gynécologie Sans Frontière depuis février 2020 et reversera 2% de ses recettes à l'association !

Vous pouvez vous rendre sur www.baubo.fr pour plus d'infos et découvrir les points de vente.

■ **Bethsabée Krivoshey**
co-fondatrice de Baübo, soins féministes et éco-responsables



LA FORMATION HUMANITAIRE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE HUMANITAIRE 2020



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 !

STRASBOURG CMCO DU 12 AU 16 OCTOBRE 2020 **COMPLET**
(Formule classique)

BRIVE LA GAILLARDE DU 14 AU 18 JUIN 2021
(Formule immersion)

LIEU À DÉTERMINER - DU 18 AU 22 OCTOBRE 2021
(nous contacter & prochainement sur notre site)
(Formule classique)



Tours juin 2019

■ **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

■ **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

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

■ **FORMULE IMMERSION**

Inscription à titre privé, de manière indépendante :

- Sages-Femmes, internes, IDE, étudiants : 850 euros formule « All Inclusive – En immersion » (450€ de frais d'inscription et 400€ de pension complète « all inclusive »)
- Médecins : 1050 euros formule « All Inclusive – En immersion » (650€ de frais d'inscription et 400€ de pension complète « all inclusive »).

Formation Continue

Gynécologie Sans Frontières est enregistrée auprès de la préfecture des Pays de la Loire en tant qu'organisme de formation sous le numéro d'enregistrement : 52 44 05694 44.

Ce numéro peut permettre la prise en charge financière totale de la formation dans le cadre d'une convention pour la Formation Continue. Dans ce cas, les frais d'inscriptions sont les suivants :

- Sages-Femmes, internes, IDE, étudiants : 1100 euros formule « All Inclusive – En immersion » (700€ de frais d'inscription et 400€ de pension complète « all inclusive »)
- Médecins : 1600 euros formule « All Inclusive – En immersion » (1200 € de frais d'inscription et 400€ de pension complète « all inclusive »)

■ **TARIFS FORMULE CLASSIQUE**

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

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'acquiesce 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

Une attestation fiscale vous sera adressée en retour :
réduction d'impôt de 75 % pour tout don inférieur à 552€ et de 66 % au delà dans la limite de 20% des revenus imposables.

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



yes!

LA NOUVELLE LINGERIE
POST-MASTECTOMIE

Etam

