

Passeport Pour Une Naissance

Rapport de mission d'appui professionnel

# Niéna, Mali

24/01/06 - 07/03/06



Prisca Wetzel - Sage Femme

## 1) Système de santé au Mali

### a. Organisation

Le système de santé au Mali a été totalement réorganisé il y a une quinzaine d'années, en créant des centres de santé communautaires (CSCOM) gérés par des associations de santé communautaires locales (ASACO).

Un des principaux objectifs de cette initiative est l'introduction du recouvrement des coûts dans le domaine de la santé. L'Initiative de Bamako a mis fin à la gratuité de soins et autorisé l'exercice de la médecine privée. Ainsi, les populations doivent couvrir elles-mêmes les coûts des prestations de santé, ce qui n'est pas une chose aisée dans un pays pauvre.

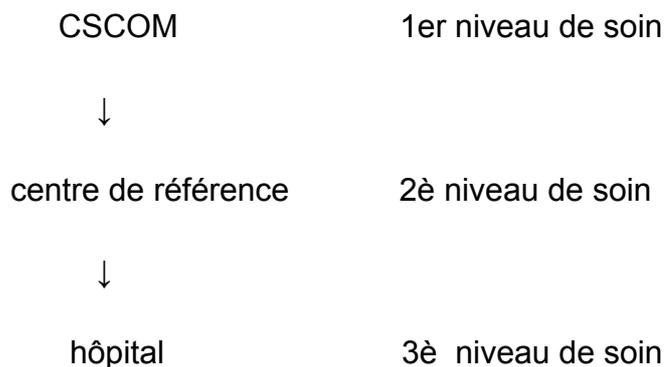
De la même manière, les centres de santé doivent s'autofinancer, c'est-à-dire que les frais de fonctionnement et les salaires des personnels doivent être couverts par les recettes provenant des frais de traitement et de la vente de médicaments (ASACO). Conformément aux directives de la politique nationale de santé, l'Etat soutient uniquement la mise à disposition des infrastructures (l'Etat finance 90 % des coûts de construction des centres, ainsi que les frais d'équipement et le premier stock de médicaments). Il est prévu également que l'Etat fournisse régulièrement des vaccins et des contraceptifs ; et veille en outre à la formation continue du personnel et assure un suivi régulier du dispositif.

Le recouvrement des coûts et la mise en place de centres de santé communaux n'ayant pas encore permis d'apporter les améliorations escomptées en matière d'accès et de qualité des soins, le gouvernement malien a lancé un troisième plan décennal (1998—2007). Selon les principaux objectifs de ce plan, les communes sont plus impliquées dans la gestion du système de santé, notamment par une prise en charge d'une part du financement.

A l'avenir, l'éducation en matière de santé et le traitement des problèmes de santé devraient être renforcés à l'échelon local et s'adapter davantage aux besoins. Parallèlement, d'autres objectifs sont poursuivis : la réduction du nombre de pathologies et de la mortalité des mères et des enfants, l'amélioration de l'accès à des prestations de santé acceptables d'un point de vue qualitatif, ainsi que la lutte contre l'exclusion sociale. Les moyens à mettre en œuvre sont l'amélioration de la couverture géographique des services de santé et la mise à disposition renforcée de génériques à coûts réduits. En outre, la politique nationale de santé publique

encourage la création d'assurances-maladie locales communément appelées «mutuelle» comme moyen de lutte contre l'exclusion sociale et d'amélioration du recouvrement des coûts. Pour autant, faire comprendre l'intérêt de payer des soins relativement chers reste mal aisé, et l'on a parfois recours à des arguments chocs comme celui utilisé par Sanoko : vaut-il mieux dépenser quelques milliers de CFA pour traiter ou plusieurs dizaines de milliers de CFA pour tuer le mouton à l'enterrement ? Je dois admettre que ça marche pas mal, et que nous l'avons utilisé à plusieurs reprises...

Les CSCOM dépendent également d'une administration régionale, dirigée par un médecin-chef. En cas de nécessité, les malades évacués sont transférés au centre de référence auquel les CSCOM sont rattachés. Et s'il le faut ensuite sont référés à l'hôpital de la circonscription.



## **b. Personnels de santé**

Le CSCOM réunit au minimum un infirmier DE (correspondant à un médecin généraliste chez nous), un aide-soignant (compétences d'un infirmier en France), une matrone et un gérant pour le dépôt pharmaceutique.

Les infirmiers DE font trois ans d'études après le baccalauréat. Ce sont les mêmes études au départ pour les sages-femmes qui se spécialisent à la fin de leur cursus.

Les infirmières obstétriciennes sont des techniciens socio-sanitaires. Leurs études

se déroulent en quatre ans après le DEF (diplôme d'études fondamentales). Un socle commun mène ensuite à différentes spécialisations (infirmière obstétricienne, agent de santé publique, agent de pharmacie...).

Les matrones effectuent un stage de quelques mois en maternité, et suivent également pendant quelques mois une formation théorique.

La formation continue est organisée par les services régionaux.

### **c. Prévention**

Les soins dispensés au Mali sont très souvent des soins de prévention. En effet cette population a tendance à venir consulter pour des soins curatifs quand les pathologies sont déjà graves : tant que les symptômes restent supportables ils ne consultent pas ou ont recours à la médecine traditionnelle. En ajoutant à cela le coût de la consultation et des thérapeutiques pour un peuple très pauvre, et le poids des traditions, la prévention primaire est mise en avant. Ainsi les campagnes de vaccination, et les campagnes de dépistage dans le cadre des programmes nationaux de lutte, contre la cécité par exemple. J'ai par exemple pu assister aux actions de ce dernier, de passage pendant trois jours à Niéna. En trois matinées plus de 300 consultations ophtalmologiques ont été réalisées, et dans les cas le nécessitant une prise en charge chirurgicale était mise en place directement : interventions des trichomatis en salle de consultation du dispensaire, et opération des cataractes et des ptérygions dans un camion aménagé en bloc opératoire (sous anesthésie locale). Les consultations étaient également faites dans les villages de brousse des alentours de Niéna, au sein des dispensaires le cas échéant.

Du point de vue de la vaccination, sont mises en place les vaccinations contre le tétanos chez toutes les femmes enceintes (en prévention du tétanos néonatal), et pour les jeunes enfants :

- hépatite B
- poliomyélite (par voie orale)
- diphtérie-tétanos

- rougeole (à partir de 9 mois)
- coqueluche
- fièvre jaune (à partir de 9 mois)

La semaine de vaccination de toutes les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) contre le tétanos a débuté le jour de mon départ : des équipes sont parties en 'stratégie avancée' (je reviendrai plus précisément sur ce type d'intervention) dans tous les villages afin de vacciner l'ensemble de la population visée.

# Niéna



## 1) Le dispensaire

Au dispensaire travaillent un infirmier DE (Abdrhamane Sanoko), un aide-soignant (Watara), un aide-soignant stagiaire (Adama) et un technicien socio-sanitaire de santé publique (Seydou). Mamadou est le gérant du dépôt (pharmacie communautaire).

Plus de 23400 personnes dépendent de ce CSCOM (créé en 1995), dans 21 villages de l'aire de Niéna, et dans un rayon de 15 km.

L'accès aux soins reste donc peu évident : peu de personnel pour une population importante, coût restant relativement élevé pour un grand nombre de famille, accès géographique difficile (10 km de piste en moto peuvent être longs...).

Les soins dispensés sont : les consultations médicales, les injections, les pansements, les sutures, éventuellement les hospitalisations courtes par exemple pour un traitement IV d'un accès palustre.

En cas de manque de matériel adapté ou de nécessité de personnel spécialisé, les malades sont référés à Sikasso, à 80 km de là (au mieux 1h30 de trajet).

Si le patient est référé (sans urgence, pour avis par exemple) on lui donne une fiche retraçant l'histoire de la maladie et la raison de la référence. Il doit ensuite réunir l'argent nécessaire au voyage et aux coûts des examens ou traitements qui y seront dispensés.

En cas d'urgence le patient est évacué à Sikasso. Pour une raison de coût à la charge du patient le transport se fait soit par véhicule (moins cher) soit par l'ambulance, qui doit alors venir de Sikasso. Dans le cas d'une urgence obstétricale c'est un peu différent, j'y reviendrai.

Le CSCOM est doté d'un panneau solaire permettant d'emmagasiner de l'énergie dans une batterie, afin d'avoir un peu d'électricité le soir. Côté maternité, la nouvelle batterie, censée être mieux car ayant une durée de vie plus longue, n'est en fait pas la plus efficace : elle n'a finalement une autonomie que de quelques

heures. Les lampes à pétrole sont encore de rigueur...

De même le forage situé juste à côté du CSCOM est géré par l'ASACO, c'est le seul gratuit à Niéna, d'où quelques embouteillages parfois... et quelques difficultés quand la pompe est 'gâtée' : il faut un peu de temps pour réunir l'argent nécessaire aux réparations.

Concernant le dépôt, les différentes molécules disponibles sont assez variées. Elles sont en DCI, selon une liste nationale établie par des chefs de poste de CSCOM. Sanoko était d'ailleurs à Bamako pour sa réactualisation quand nous sommes arrivées. J'espère qu'ils y ont ajouté l'ocytocine, que les familles ne peuvent actuellement se procurer que dans les pharmacies privées.

À l'occasion de ma venue, un stock de médicaments et de matériel a été acheminé. Sanoko souligne que beaucoup des médicaments apportés étaient périmés ou presque, et qu'il a donc jeté une partie de ces thérapeutiques ou qu'il a dû les utiliser au plus vite. Cela ne permet donc pas de gérer le stock sur plusieurs semaines ou mois, ce qui est fort dommage.

## **2) La maternité**

Le personnel de la maternité est composé de deux matrones (Shata Samake et Manténé Sidibé), et d'une infirmière obstétricienne (Safiatou Bengaly) depuis août 2005. Elles sont également sous la responsabilité de Sanoko, le chef de poste.

Le nombre d'accouchements approche maintenant les 800 par an, avec une activité croissante. De même le nombre de patientes vues en consultation prénatale (CPN) augmente, plus rapidement que le nombre d'accouchements, ce qui laisse penser qu'un certain nombre d'entre elles, rassurées du bon déroulement de la grossesse continuent d'accoucher à domicile avec les accoucheuses traditionnelles.

### **a. Les consultations prénatales**

Les CPN ont lieu le matin du lundi au jeudi. Les premières consultations sont assurées le lundi et le jeudi, les anciennes sont vues le mardi et le mercredi.

En moyenne 10 à 15 femmes sont vues en CPN chaque jour. Et les consultations sont assurées à plusieurs : schématiquement une qui interroge, une qui note et une qui examine ! Sauf les jours de descente de garde où elles ne sont plus que deux...

Les matinées du lundi et du jeudi sont réservées aux nouvelles patientes : celles-ci achètent au dépôt leur feuille de suivi (150 CFA, puis elles paient 200 CFA à chaque consultation) [annexe 1].

La civilité et les antécédents sont recueillis lors de l'interrogatoire.

- œ nom, prénom
- œ nom et prénom des parents
- œ nom et prénom du mari
- œ âge
- œ nombre de grossesses précédentes (parité)
- œ antécédents d'accouchement pathologique (forceps, césarienne...)
- œ dernier enfant vivant ?

À noter, les femmes ne connaissent généralement pas leur âge, on détermine celui-ci en fonction de leur parité : on considère qu'elles se sont mariées vers 17 ans, que la 1ère grossesse est à 18 ans, et que deux grossesses sont en général à 2 ans d'intervalle. Ainsi une femme qui consulte pour une 4ème grossesse a 26 ans !

Lors de cette 1ère consultation on mesure également la patiente.

À l'aide de ces renseignements on évalue le risque de cette grossesse et notamment le risque pour l'accouchement. Sont considérées à risque les grossesses lorsque :

- œ âge  $\leq$  16 ans
- œ taille  $<$  1,50 m
- œ parité  $>$ 5
- œ antécédent d'accouchement pathologique (forceps ou césarienne, hémorragie de la délivrance)
- œ dernier enfant mort-né

À partir de ces éléments la femme pourra être référée à l'hôpital de Sikasso pour son accouchement. Le fait de la prévenir tôt lui permet de prévenir sa famille et de préparer l'argent nécessaire à son voyage et aux frais d'accouchement.

Le reste de la consultation suit le même schéma que les suivantes, qui ont lieu les mardis et mercredis matins :

- œ pesée,
- œ prise de tension artérielle (+/- signes fonctionnels associés si celle-ci est élevée),
- œ interrogatoire portant notamment sur l'existence de brûlures mictionnelles et sur les pertes vaginales et signes associés,
- œ examen des conjonctives à la recherche d'anémie,
- œ examen des seins et recherche d'un goitre (lors de la 1ère consultation, mais parfois répété),
- œ recherche d'œdèmes des membres inférieurs,
- œ mesure de la hauteur utérine,
- œ palpation de l'utérus, notamment à la recherche de la présentation fœtale, surtout au 9ème mois,
- œ recherche des bruits du cœur fœtaux à l'aide du stéthoscope de Pinard,
- œ toucher vaginal (examen du col, recherche de pertes vaginales anormales)

La mesure de la hauteur utérine va permettre une datation de la grossesse lors de la première consultation (les femmes ne connaissent pas la date de leurs dernières règles), qui sera d'autant plus précise que les femmes viendront consulter tôt dans la grossesse. Elle permet ensuite d'évaluer la bonne croissance fœtale, et de diagnostiquer les grossesses multiples. Mais parfois le terme est modifié en fonction de la valeur trouvée, au lieu de suspecter une mauvaise croissance...

Le toucher vaginal permet de chercher des modifications cervicales, notamment une ouverture du col. A noter que les cols sont très souvent courts chez ces femmes, anatomiquement semblerait-il. On recherche également des pertes, qui mènent très (trop) facilement à un traitement. Comme mes collègues qui m'ont précédé, il a été difficile que le part des choses soient faites entre des vaginites et des mycoses, et surtout que ces dernières ne soient pas traitées par antibiotiques ! Mais par chance les nouveaux schémas thérapeutiques arrivés pendant mon séjour différencient ces infections, et recommandent le traitement des pertes blanches avec ou sans prurit par Nystatine uniquement ! Et cela venant renforcer mes dires, la plupart des mycoses n'étaient enfin plus traitées par antibiotiques !!!

La recherche de la position fœtale prépondérante lors du 9<sup>ème</sup> mois a pour but

d'adresser (référer) à Sikasso les patientes chez qui l'on aura diagnostiqué une présentation vicieuse (en général position transverse), au moins pour une échographie de contrôle, sinon pour l'accouchement lui-même afin qu'il soit fait par césarienne.

D'autre part certaines femmes viennent consulter pour des problèmes gynécologiques, et principalement en cas d'infertilité. D'autant plus qu'une *toubabou* est là ! Merci Claudine pour les pistes que tu m'avais données pour y répondre ! et finalement j'ai bien utilisé les thérapeutiques progestatives que nous avons apportées.

Le jeudi matin, avant le début des consultations, a lieu la 'causerie' : les femmes, leurs accompagnantes et éventuellement leurs maris, sont rassemblés sous l'auvent de la maternité, où Shata, Manténé et Safiatou anime une sorte de séance de préparation à la naissance. Les différents thèmes abordés (un chaque semaine) sont : hygiène/alimentation et grossesse, anémie et grossesse, planification de l'accouchement, intérêt de la CPN, paludisme et grossesse...

Les CPN visent donc à prévenir au maximum les complications de la grossesse, notamment en prescrivant en systématique une prophylaxie contre la paludisme et du fer contre l'anémie. Les schémas thérapeutiques utilisés en CPN sont présentés en annexe 2.

## **b. La salle d'accouchement**

La maternité de Niéna possède une salle d'accouchement, avec une table d'accouchement que l'on recouvre d'un morceau de toile cirée lorsqu'une femme arrive, et qui sera lavé après l'accouchement.

Depuis l'an dernier les deux tables sont surmontées d'étagères où est rangé le petit matériel (coton, fil pour le cordon, alcool, nécessaire d'urgence...). Pour les urgences, les boîtes de médicaments et de matériel d'urgence ont été remises en place [annexe 4]. L'une des tables sert de bureau, avec le registre d'accouchements notamment où l'on note le nom de la femme et de son mari, son âge, son lieu de

résidence, sa parité, si le dernier enfant était mort-né ou vivant, le terme de l'accouchement, le mode d'accouchement, état (mort-né ou vivant), sexe et poids du nouveau-né.

L'autre table permet le recueil du nouveau-né et sa pesée.

Une autre petite table sert de rangement pour les instruments propres, surmontée d'une étagère sur laquelle se trouve le bac de décontamination.

#### Exemple type du déroulement d'un accouchement :

La femme arrive avec son accompagnante. Elle est examinée, ses constantes sont prises, on commence le partogramme. Si la dilatation est déjà assez avancée elle reste là, sinon elle va dans la 'salle d'attente' où se trouvent deux nattes sur le sol.

Chaque heure à partir de 4 cm (toutes les 2 heures avant) la femme est examinée, les constantes sont prises (en théorie), les BdC sont écoutés et les contractions sont évaluées. Ces différents paramètres sont au fur et à mesure reportés sur le partogramme [annexe 3] : deux lignes permettent de juger si le travail est optimal, si l'on passe en phase d'alerte, voire en phase d'action, c'est-à-dire que l'on agisse pour mieux faire avancer le travail (rupture de la poche des eaux par exemple) voire que l'on en réfère au chef de poste, parfois même pour évacuer la patiente vers Sikasso. Depuis que Safiatou est là, le recours aux ocytociques est plus fréquent, remplaçant l'association de Buthyl et de Quinimax qu'utilisent habituellement les matrones.

Shata et Manténé ont maintenant fréquemment recours à la rupture de la poche des eaux, à partir de 8 cm de dilatation.

L'accouchement se passe sur la table d'accouchement, toujours sur le bassin (elles ne 'cassent' pas la table). On dispose d'un haricot propre contenant une ou deux pinces Kocher (la 2<sup>e</sup> pouvant être remplacée par du fil trempé dans l'alcool) pour clamber le cordon, et d'une paire de ciseau.

L'accouchement du siège et des jumeaux sont considérés comme normaux, donc pratiqués tant par les matrones que l'infirmière obstétricienne (ça change de nos pratiques !).

Il est très rare que l'on ait recours à l'épisiotomie, et il y a très peu de déchirure périnéale. Dans ce cas la couture est faite éventuellement par Safiatou, mais plutôt par Sanoko (durant mon séjour, c'était moi).

Après la délivrance le placenta est - plus ou moins - vérifié, et les saignements tout

juste surveillés avant que la femme ne se lève !

Les nouveau-nés sont aspirés à la poire, en tout cas lorsque le liquide amniotique est teinté, voire à l'aide d'un dispositif de prélèvement gastrique, l'aspiration se faisant alors à la bouche. La cotation d'Apgar est faite, ainsi qu'un examen minimum. Ils ont pesés et mesurés (par les pieds !), leur température est prise.

Le cordon est recoupé après l'avoir clampé au fil de coton trempé dans l'alcool. Le soin du cordon a été abandonné (directive nationale !!!), mais je l'ai tout de même réinstauré, assez bien suivi par mes collègues. Ayant du collyre antibiotique nous avons également réinstauré la désinfection oculaire systématique (Safiatou devrait s'arranger pour que le flacon soit remplacé quand il sera fini).

La surveillance du post-partum immédiat au moins à une heure et à deux heures (saignements, globe utérin, constantes) n'est pas très suivie (surtout la nuit !). Il semblerait que mes collègues fassent confiance aux femmes, qui alerteraient en cas d'hémorragie ou de malaise...

Dans la plupart des cas les femmes arrivent quasi à dilatation complète (il n'y en a eu que deux sur une soixantaine qui sont arrivées en phase de latence !). Et le plus souvent la nuit ! C'est là que la lampe torche est plus que nécessaire : en général l'électricité s'arrête vers 23 h, et souvent en plein milieu d'un accouchement !

L'accouchement coûte 1500 CFA, contre lesquels on donne le certificat de naissance (pas avant, sinon l'accouchement risque de n'être jamais payé !).

En cas d'évacuation lors de l'accouchement (ou même pendant la grossesse), l'ambulance est prise en charge en totalité (partagé entre l'ASACO et la mairie), et la césarienne éventuelle est gratuite.

### **c. Les suites de couches**

Une fois accouchées, les femmes se lèvent, se rhabillent légèrement et vont faire leur toilette dans les latrines situées juste derrière la maternité. Pendant ce temps l'accompagnante surveille le nouveau-né dans la salle des accouchées, puis le laisse à la mère pendant qu'elles vont laver les pagnes, la toile cirée et les bassines qui ont servi à l'accouchement. Le placenta, recueilli dans un pot en plastique leur est également confié, en général elles le jettent, et nettoient ensuite le pot : pour des raisons d'hygiène et de prévention, le personnel soignant ne s'en occupe plus. Les instruments sont mis à décontaminer dans de l'eau de Javel diluée au 1/7è, puis stérilisés pendant 20 minutes par ébullition (ceci est fait par le personnel soignant).

Le bain du nouveau-né, réalisé auparavant très rapidement après la naissance, et entraînant souvent des hypothermies, n'est plus fait avant au moins 6 heures, voire le lendemain, notamment depuis une directive nationale.

Il est très difficile de convaincre les mères de rester en surveillance à la maternité : j'ai plus ou moins réussi à ce que les femmes restent une douzaine d'heures (souvent les femmes ayant accouché dans la nuit partaient au 'petit soir', celles ayant accouché dans la journée rentraient le lendemain matin). Les garder 24 h était vraiment difficile, et donc rare.

Nous avons également remis au goût du jour les deux cahiers de surveillance.

→ le cahier des accouchées :

- TA
- globe utérin
- saignements
- urines
- vitamine A
- autres traitements

→ le cahier des nouveau-nés

- date et poids de naissance
- température à la naissance
- couleur du LA
- date et poids de sortie
- température à la sortie
- émission d'urines / de méconium
- soin du cordon
- yeux propres
- bonne succion
- traitement antibiotique éventuel

Un traitement antibiotique instauré chez le nouveau-né reste tel que fait par mes collègues précédemment : Amoxicilline sirop en cas de LA teinté, ou de fièvre > 38.5°C. En cas de fièvre durant le travail, ou si le LA était teinté la mère est également mise sous antibiotiques.

Dans l'ensemble le suivi à partir des items des cahiers est pas mal mis en place, j'espère qu'il perdurera un peu...

L'alimentation du nouveau-né est systématiquement l'allaitement maternel (d'autant que cela suit les directives de l'OMS, et permet donc au pays de recevoir les aides de cette organisation). La mise au sein précoce n'est pas toujours aisée, et il est surtout très difficile de faire entendre aux accompagnantes (plus âgées en général) qu'il ne faut surtout pas leur donner d'eau chaude, d'une part en raison d'un risque infectieux mais en plus en raison du risque lié à l'immatrité rénale pouvant ainsi entraîner une déshydratation. Mais souvent elles croient que le colostrum n'est pas bon pour l'enfant, ou insuffisant...

J'ai pu utiliser le tire-lait manuel pour une femme qui avait accouché prématurément de jumeaux, il marche vraiment très bien et m'a bien rendu service !

L'ambiance régnant dans cette salle des accouchées était parfois très sympathique, voire animée, entre les jeunes accouchées, leurs accompagnantes et quelques jeunes enfants des unes ou des autres !



#### **d. 'Visite post-natale'**

Après leur sortie, il leur est demandé de revenir 8 jours après l'accouchement pour vérifier le bon déroulement du post-partum, et éventuellement commencer après 45 jours une planification des naissances (ou 'confiance') par contraception orale (mais oestro-progestative) ou par injection de Dépopréva. A noter que la mise en place d'une planification est le seul moment où une anamnèse complète est réalisée, bien que certains termes ne soient pas connus ou compris par les matrones (rénal par exemple).

Cette visite est aussi l'occasion de vérifier la bonne croissance de l'enfant.

Pour le suivi pédiatrique, le vendredi matin est réservé à la pesée des nourrissons (et au passage à la planification !) : la fiche de suivi commencée à la naissance est complétée mois après mois pour chaque enfant, et la bonne croissance est surveillée par le report du poids sur les courbes. Selon l'âge on conseille les mères sur la diversification alimentaire (bouillie), et on vérifie que le calendrier vaccinal est respecté.

## **e. Stratégie avancée**

Régulièrement des opérations de stratégie avancée sont mises en route : elles consistent à aller dans les villages de l'aire de santé éloignés, c'est-à-dire d'aller vers les personnes plutôt que d'attendre qu'elles ne viennent.

Différents soins sont permis lors de ces séances, et assurés par Seydou et l'une des soignantes de la maternité : vaccination, croissance des enfants, surveillance de certains malades, et CPN. Il s'agit en fait surtout de prévention primaire.

On peut noter que certaines femmes suivies pour leur grossesse en stratégie avancée viennent accoucher à la maternité à Niéna, alors qu'elles ne seraient pas venues sinon.

D'autres part, et pour renforcer ces actions, le programme Kénéa Chiouara consiste en la formation de personnes-relais, qui assurent une éducation en hygiène et une sensibilisation à la prévention. Il y en a une cinquantaine dans 21 villages en ce qui concerne l'aire de Niéna. Apparemment le nombre de consultations au dispensaire et à la maternité a augmenté depuis la mise en place de ce programme. J'ai eu l'occasion de rencontrer Lamine Doumbia, qui en est le responsable dans cette aire, qui a pu m'en expliquer les buts et moyens mis en oeuvre.

A noter que pour faciliter le travail de ces personnes-relais il leur est fourni un vélo à chacun, ce qui favorise les 'touristes-relais' comme disaient Sanoko et Lamine ! Peut-être faudrait-il plutôt les réserver à ceux vraiment motivés ? En tout cas ce fut un joli défilé, puisque les vélos, en partie en pièces détachées étaient stockés à la maternité !

Dans cette idée de prévention, j'ai également participé durant mon séjour à une émission à la radio locale (Radio Tériya) avec Sanoko. Nous avons abordé l'intérêt de la consultation prénatale pendant une demi-heure, Sanoko me servant d'interprète.

### 3) Activité durant mon séjour et quelques anecdotes

J'ai voulu organiser ma mission en me basant sur ce que mes collègues maliennes savaient déjà. Du coup, j'ai tout d'abord observé les pratiques de chacune, j'ai reprécisé avec elles ce qu'elles attendaient de notre collaboration (Manténé s'est particulièrement prise au jeu), et j'ai ensuite abordé les points à voir ou à revoir avec chacune, au fur et à mesure que les situations se présentaient.

Durant mon séjour ont eu lieu 60 accouchements (dont 20 à mon actif, et j'étais présente pour environ 45 d'entre eux).

Quelques chiffres :

|                                   |                    |   |
|-----------------------------------|--------------------|---|
| Déchirure                         | périnée antérieur  | 2   |
|                                   | périnée postérieur | 2   |
| Episiotomie                       |                    | 0   |
| DA RU                             |                    | 1   |
| RU                                |                    | 3   |
| Hémorragie de la délivrance       |                    | 3   |
| Placenta prævia                   |                    | 2   |
| Eclampsie                         |                    | 1   |
| Dystocie des épaules (Mc Roberts) |                    | 1   |
| Accouchement                      | Siège              | 3 (dt 2 sur gg)   |
|                                   | Gémellaire         | 2   |
|                                   | Face               | 1   |
| Accouchement prématuré            |                    | 3 (dt 2 gg)   |
| Mort-nés                          |                    | 2   |
| Forceps                           |                    | 1 (échec)   |
| Endométrite                       |                    | 2<br>(dont 1 suspicion, traitée)                          |
| Evacuation                        |                    | 3<br>(1 éclampsie, 1 échec de forceps, 1 FC hémorragique) |
| Référence                         |                    | 2<br>(1 pré éclampsie, 1 position transverse)             |

Les deux déchirures du périnée antérieur ont eu lieu chez des primipares excisées au grade 2 (clitoridectomie et ablation des petites lèvres). J'ai fait la suture sous anesthésie locale avec la lidocaïne apportée.

Toutes les autres femmes étaient également excisées, mais au grade 1 (clitoridectomie, et en général partielle : seulement le capuchon). L'excision est en effet encore largement pratiquée au Mali, même si une campagne nationale de lutte contre cette coutume est lancée. A priori cela est fait par tradition, et sans raison religieuse, hygiénique ou culturelle.

Quelques anecdotes qui m'ont particulièrement marquée :

❖ La crise d'éclampsie de Kadiatou :

Alors que Solange et Claudine étaient encore là, nous avons été appelées en urgence par Manténé. Une femme est arrivée en moto, tenue entre le conducteur et son accompagnante. Il apparaît bien vite qu'elle fait une crise d'éclampsie. Mise sur le brancard, direction la salle d'accouchement : TA à 20/12, dilatation complète avec un fœtus à partie moyenne, pas de doute il faut qu'on l'accouche. Perfusée, on lui administre 2 ampoules de diazepam et une ½ ampoule de Synto®, et Claudine met toutes ses forces pour faire naître cet enfant par expression. Me voilà expliquant à Solange que vu le temps passé et les crises convulsives répétées de la mère l'enfant est sûrement déjà mort... La femme fait alors un arrêt respiratoire en avalant sa langue, très grosse frayeur. On finit par accoucher la femme sur le brancard posé à même le sol, en lui tenant les jambes puisqu'entre deux crises elle se débattait fortement. Et c'est un nouveau-né avec un coeur à 90 bpm qui naît après presque une heure d'efforts expulsifs (de Claudine !), et un Apgar à 4 ! Aspiration par la bouche du liquide méco à l'aide de la sonde d'aspi avec réservoir. Alors qu'on s'était demandé à quoi pourrait bien nous servir la caféine apportée avec nous, nous remercions Catherine : c'est une grande aide pour la réa du petit bout'chou qui se met à respirer et à hurler !

Pendant ce temps Claudine fait une DA-RU pour hémorragie, avec un placenta enchâtonné !

Quand l'ambulance arrive de Sikasso, la femme est stable, sous perfusion de

Loxen®, et l'enfant commence à être bien réactif malgré une détresse respiratoire secondaire assez importante...

Manténé explique alors à la famille que c'est à moi de choisir le prénom du petit garçon vu que je l'ai sauvé. Ne connaissant pas encore trop les prénoms maliens et encore moins leur signification éventuelle, je me rabats sur le calendrier : le lendemain c'est la St Thomas d'Aquin. Cet enfant s'appellera donc Toma, en écriture simplifiée !

Trois jours plus tard nous allons avec Claudine et Solange à Sikasso rencontrer le médecin-chef adjoint. Nous en profitons pour prendre des nouvelles de cette femme à l'hôpital. Nous apprenons que Kadiatou est une jeune femme de 18 ans, primipare, qui n'avait pas fait suivre sa grossesse. Elle est encore toute bouffie d'oedèmes, mais on ne la reconnaît pas car elle a déjà pas mal dégonflé ! Sa tension est maîtrisée, elle semble un peu déconnectée, on espère que ses facultés mentales n'auront pas trop été atteintes. Toma, lui, paraît amaigri, mais sa mère n'a pas dû pouvoir l'allaiter très vite, en tout cas on le voit au sein et je pense qu'il va reprendre rapidement du poids.

Une dizaine de jours plus tard Kadiatou vient à la maternité pour faire vérifier sa tension, elle est méconnaissable, elle a retrouvé des traits fins, et visiblement toutes ses facultés. Elle est normotendue, nous voilà rassurées. Quant à Toma, c'est un nouveau-né encore amaigri avec une sérieuse conjonctivite bilatérale et un muguet buccal important. Après des premiers soins et une prescription de collyre antibactérien et de mycostatine, j'entreprends de lui faire un examen clinique et neurologique complet, qui se révèle tout à fait normal, c'est fou !

Kadiatou et Toma viendront ainsi une à deux fois par semaine pendant encore un mois pour leur surveillance, puis j'y mettrai un terme car tous deux vont très bien.

Une histoire qui a très mal commencé mais qui se finit étonnamment bien !

En tout cas je me suis sérieusement demandé comment je tiendrai tout mon séjour après cette mésaventure, mais heureusement il n'y pas eu d'autre cas aussi sévère !

#### ❖ Les jumelles de Fatoumata :

Fatoumata, une amie de Sorona, souvent là l'après-midi pour les causeries autour du thé sous le manguier, est venue accoucher une nuit.

Je 'gardais' avec Manténé, et nous n'avons pas réussi au départ à déterminer la

présentation, d'autant qu'au TV c'était plutôt une main ou un pied que je sentais, et qu'à la palpation on ne trouve aucun pôle dur

L'idée nous effleure que ce sont des jumeaux. Nous rompons prudemment la poche des eaux à l'aiguille. Suit tout de suite l'accouchement par le siège d'une petite fille de 1370 g. Et vient immédiatement derrière en céphalique une deuxième puce de 1360 g. A priori le terme de la grossesse est de 7 mois environ (ce n'est jamais très précis ici).

Difficile de songer à ce qui va se passer.

La 2è ne va pas très bien, je la réanime, un peu, sans conviction. Il ne faut pas s'acharner là-bas, il n'y a rien derrière pour la prendre en charge. Elle est un peu cyanosée, en détresse respiratoire.

Finalement je laisse se reposer la mère et ses deux toutes petites filles, le mari étant rentré nous ne pouvons pas prendre la décision de les référer à Sikasso.

Glissées dans un sac plastique et entourées de pagnes, j'espère que les jumelles passeront la nuit.

La matin les deux sont vivantes, mais la 2è a toujours du mal à respirer. Je discute avec le père qui a très peu de moyens, et ne pourrait avoir l'argent avant plusieurs jours. Nous décidons de faire le maximum ici, et qu'elles resteront hospitalisées pendant plusieurs jours.

Fatoumata n'est pas très motivée apparemment, et ses filles se refroidissent car elle ne veut pas se prêter au jeu du peau à peau. Du coup je mets les deux 'petites souris' contre moi, sous mon T-shirt, tenues par une écharpe nouée dans le dos. Et me voilà assurant les CPN tout en faisant couveuse naturelle. Je fais mon effet !

Malheureusement la deuxième jumelle s'éteint là, en fin de matinée, ne pouvant plus lutter. Je n'avais pas beaucoup d'espoir pour elle.

Je me concentre sur sa soeur pour ne pas trop y penser. A l'aide du tire-lait manuel nous récoltons 2 cc de colostrum que je lui donne à la seringue. Nous répétons cela régulièrement, elle tète assez bien (elle arrache vite sa sonde gastrique).

Au petit soir elle est déshydratée et en hyperthermie (il faut dire qu'elle était couverte de pagnes dans un pièce où il fait plus de 36°C). Je tente de lui injecter quelques cc de sérum salé, mais elle convulse et bradycarde. Elle décède quelques minutes plus tard.

Et quand j'annonce cela à sa mère, elle me rassure et me dit que j'ai vraiment tout fait pour celle qu'elle disait être mon enfant... les rôles sont presque inversés, pas facile à gérer.

Evidemment je pense que nées en France à ce terme les jumelles seraient certainement en pleine forme... moment pénible mais que j'arrive à surmonter finalement assez vite, je crois que je m'étais tellement préparée à ce genre de situations avant de venir que ça a été moins difficile que je ne pensais.

❖ Une garde chargée en cas obstétricaux et surprises :

Merveilleux terrain d'apprentissage en présentations vicieuses !

Lors d'une garde avec Safiatou, nous avons commencé par un accouchement du siège par terre, sur le bassin. Je pensais faire un Vermelin, mais évidemment je me retrouve à faire un Lovset-Mauriceau pour non progression ! Périnée intact, nouveau-né de 3130 g, ouf !

Un peu plus tard je chasse une poule de l'un des bureaux, pour m'apercevoir un peu après qu'elle y a pondu deux oeufs !! Choix du lieu très approprié !

La patiente suivante, en début de nuit, n'avance pas assez vite selon Safiatou, qui lui fait 10 UI de synto en IM. Moins de 5 minutes après la femme accouche, en OS non diagnostiquée du fait de la rapidité du travail ! Périnée intact, vive les grandes multipares, et j'en profite quand même pour rappeler l'intérêt de retenir la tête et de surveiller le périnée, ce qui n'est pas évident, puisqu'elles tiennent le périnée avec un pagne...

Puis une 3<sup>e</sup> pare vient accoucher. Je la suspecte d'avoir fait un macrosome. Bien vu : 3920 g et une jolie dystocie des épaules, réduite par Mac Roberts qu'il a fallu que j'explique en temps réel à Safiatou pour qu'elle m'aide (elle ne connaissait pas cette manoeuvre).

Ensuite c'est une 10<sup>e</sup> pare qui arrive. Là, surprise c'est une face. Heureusement l'enfant n'est pas très gros, et l'accouchement se fait assez facilement, mais je me laisse surprendre par la déflexion puissante de la tête. Par chance le périnée est là encore intact... Le petit garçon a le visage tuméfié et le crâne modelé, comme dans les livres.

Fatiguée (je 'garde' toutes les nuits), je demande à Safiatou de ne venir me chercher que s'il y a de la dystocie. Et à peine ½ h plus tard elle vient me chercher : whaou ! Une main, un pied et la tête ! Je suis sceptique quant à la voie d'accouchement.

La femme ne dit quasiment rien quand je refoule le pied, elle est vraiment courageuse. A l'accouchement c'est d'abord la main, puis la tête, avec le pied au niveau du cou, ainsi qu'une bretelle et un double circulaire ! Petite fille de 1900 g,

j'hésite entre le dépassement de terme et le retard de croissance, ou bien les deux.  
Pas de doute j'ai révisé toutes mes manoeuvres cette garde là !

# Karangasso



## **1) Première visite à Karangasso**

C'est avec Claudine que je me rends la première fois à Karangasso, pour les présentations. Ce village typique est situé à environ 10 km de Niéna par la piste. Nous rencontrons Nana Traoré, la matrone, et Idrissa Dao, l'infirmier. Nous sommes également présentées au chef du village, puis aux hommes avec qui nous discutons sous le grand manguier à l'entrée du village.

S'en suit une visite du village et la présentation de quelques initiatives, dont certaines menées en étroite collaboration avec Tériya.

Ainsi nous assistons au cours d'alphabétisation des femmes, sagement assises dans une salle de classe, avec leurs plus petits enfants dans le dos ou suspendu au sein. Les cours y sont dispensés en bambara, contrairement à l'école où les cours sont faits principalement en français, comme nous le voyons en allant voir les 9<sup>e</sup> année (équivalente de la 3<sup>e</sup> chez nous, et validée par le Diplôme d'Etudes Fondamentales-DEF). Dao leur dit de prévenir leurs soeurs et mères que je viendrai le mardi pour les CPN... on va avoir du monde avec Nana !

On nous montre aussi le château d'eau qui marche grâce à des panneaux solaires, pour donner de l'eau aux robinets placés dans le village, mais qu'à partir de 14 h du coup ! Juste à côté il y a un potager alimenté par cette même eau, étonnamment vert au milieu de la brousse !

## **2) Le centre de santé**

Le centre de santé de Karangasso est assez récent. En fait il ne s'agit pas d'un CESCO, mais d'un centre de santé municipal, d'où les difficultés de paiement des personnels soignants et du peu de matériel et de médicaments disponibles.

Ainsi il me semble que toutes les pathologies sont à peu près traitées de la même façon, avec les moyens du bord, ou les malades doivent aller s'approvisionner au dépôt de Niéna (puisque en fait Karangasso dépend de l'aire de santé de Niéna).

Il me semble difficile dans l'état des choses actuel que ce centre devienne un CESCO : très peu d'efforts sont faits, notamment concernant les salaires (Nana a touché huit mois de salaire sur douze en 2005, mais combien lui reste-t-il encore d'arriérés ?), et les villages encore derrière n'ont pas voulu s'associer à ce projet semblant démesuré, et préfèrent venir se faire soigner ou accoucher à Niéna.

En revanche on ne peut que saluer les actions du comité de santé mis en place au

sein du village : composé de femmes et d'hommes, il a pour but d'éduquer et de vérifier l'hygiène dans le village (latrines, points d'arrivée d'eau...), notamment à l'aide de dessins du type 'faire – pas faire '. Ils s'occupent également de la pesée mensuelle des jeunes enfants : une balance Unicef accrochée à une branche du grand manguier permet de suivre la croissance des petits. Si celle-ci n'est pas satisfaisante, on montre aux mères à l'aide de dessins comment faire une bouillie enrichie.



### **3) La maternité**

En 2005 il y a eu 88 accouchements à Karangasso (quoiqu'il semble que des accouchements réalisés par des accoucheuses traditionnelles à domicile soient également comptés). Nana dispose d'une jolie maternité, décorée de fresques éducatives (bouille à donner aux enfants de 4 mois et 8 mois, courbe de croissance, solution de réhydratation, aliments bons pour la grossesse...). La salle d'accouchement comporte une table en carrelage, assez large et facile à nettoyer. Il y a aussi une chaise d'accouchement, mais malheureusement aucun accouchement n'a eu lieu lors de mes visites, et je n'ai jamais pu la voir utilisée.

Les CPN ont donc lieu tous les mardis matins à Karangasso. Elles sont plus sommaires qu'à Niéna ou qu'à Dougoukolobougou :

- ∞ la TA n'était pas prise systématiquement au départ, on si remet donc ;
- ∞ prise de HU (Nana se mélange parfois un peu les pinceaux dans la correspondance HU / terme, je lui fais un tableau récapitulatif) ;
- ∞ interrogatoire sommaire quant aux pertes et brûlures urinaires ;
- ∞ pesée, et mesure si c'est une première fois ;
- ∞ écoute des bruits du coeur foetaux à l'oreille directement (j'avais déjà eu l'occasion de le faire ainsi pendant mes études, c'est marrant, et ça marche pas mal !)
- ∞ pas de toucher vaginal sauf en cas de pertes ou douleurs dans le bas-ventre (et encore...) 'car les femmes sont contre ici' (sic) ;
- ∞ surveillance des conjonctives et des oedèmes des membres inférieurs.

J'insiste sur la nécessité du TV, mais sans convaincre...

De même l'hygiène en consultation laisse à désirer, comme à Niéna. J'arrive à avoir une bouilloire remplie d'eau, et parfois un peu de savon, mais je suis la seule à l'utiliser...

Kadiatou, la seconde femme de Dao, a suivi une bonne partie de la formation de matrone dans le village où elle était avant. C'est elle qui remplace Nana quand elle part en congés.

Je reprends avec elle le déroulement des CPN et lui apprends à prendre correctement une HU, une TA, et à écouter les BDC. Et oui, comme toute jeune étudiante sage-femme chez nous elle faisait semblant de bien entendre ceux-ci...

En discutant avec Nana je reprecise un certain nombre de choses pour optimiser son suivi des grossesses et des accouchements. Elle est très demandeuse de formation continue (en fait elle n'a pas le droit à celle dispensée dans l'arrondissement puisqu'elle ne fait pas partie d'un CSCOM). Je lui fais un beau cahier de cours, en reprenant comme base les fiches réalisées par mes collègues les années précédentes (retrouvées sous une bonne couche de poussière à Niéna, elles n'ont pas dû beaucoup servir...), et en les complétant en fonction de ses demandes.

#### **4) Tranche de vie à Karangasso**

C'est Nana qui m'initiera à la cuisine traditionnelle malienne : invitées dans sa cuisine avec Claudine, puis à nouveau dans les semaines qui ont suivi, nous avons pu assister à la préparation du plat traditionnel : le Tau. Sorte de flan épais à base de farine de mil, dans cette région on y ajoute pour mieux faire épaissir de la potasse (effectivement pas très digeste...). Ce plat peut être servi matin, midi et soir, car très peu couteux.

Ce qui vaut aussi le coup, c'est la cuisine en elle-même : petite batisse en terre, ronde, surmontée d'un toit de chaume légèrement rehaussé pour laisser passer la fumée : un vrai fumoir en fait !

J'ai très bien été accueillie, comme toujours d'ailleurs, et pour mieux m'intégrer Nana et les femmes de Dao m'ont fait le diabi sur les pieds (henné local), pour que je ressemble à une vraie femme malienne.

C'est également à Karangasso que j'ai pu profiter un peu des jeunes enfants : très souriants et toujours prêts à attirer mon attention ('toubabou, toubabou') il est difficile de les approcher, on leur fait peur ! Mais le Vieux, le plus jeune des 8 enfants de Nana a pour sa part largement surmonté cette peur, et le voilà perché sur mes genoux, sous le regard médusé de son jeune ami !

# Dougoukolobougou



Dougoukolobougou est un village situé à une quinzaine de kilomètres de Niéna, le long du goudron. De même que pour me rendre à Karangasso, c'est quelqu'un du village qui venait me chercher en moto, petite ballade sympa, quoique pas toujours rassurante (les camions roulent à une vitesse impressionnante, la moto n'est pas équipée de rétroviseur, on roule sans casque, et en général mes conducteurs n'avaient pas de 'verres' et fermaient les yeux quand il y avait trop de poussière !).

### **1) La maternité**

Deux matrones travaillent à la maternité de Dougoukolobougou : Rokia Koné et Mariam Sangaré. En cas de problème elles font appel au chef de poste du CSCOM : Idrissa Traoré.

Il y a à peu près 15 accouchements par mois, et ici au moins les femmes passent deux nuits après leur accouchement. Cette activité permet au CSCOM de fournir une paire de gants par femme, ceux-ci ne sont donc pas réutilisés (comme à Niéna, après décontamination puis ébullition, ce qui les abime pas mal quand même).

Les CPN, le vendredi matin, sont assez complètes. En général Rokia est assignée aux écritures et Mariam à l'examen. Pour ma part je vaquais entre les deux, notamment à la demande de Mariam quand elle avait un doute.

On notera la présence d'eau et de savon au niveau du lavabo (qui ne sert que d'écoulement en fait, l'eau est dans la bouilloire !), utilisés également par la matrone (seulement parce que je suis là, ou toujours, reste à savoir...).

Au niveau de mes interventions à Dougoukolobougou, j'ai reprécisé certaines choses et réajusté certains gestes (Mariam a une facheuse tendance à minimiser les HU, on reprend les mesures dans de grands éclats de rire, c'est vraiment très sympa). Rokia est ravie que je lui apprenne des « petits trucs » comme le fait de ne pas boire de thé en prenant le fer, ou le lien entre l'hypertension artérielle et certaines choses comme l'albuminurie ou l'hypotrophie foetale. Je fais profiter Idrissa de ces quelques notions, cela semble l'intéresser.

Dans l'ensemble mon travail à Dougoukolobougou est plutôt facile, et consiste presque juste à un coup de main. Malheureusement ici non plus je n'assiste pas à un accouchement (ils avaient toujours lieu juste avant ou juste après ma venue !).

## **2) Tranche de vie à Dougoukolobougou**

Les déjeuners partagés avec Idrissa et sa femme Prudence étaient forts sympathiques. Prudence est institutrice au village, elle m'a gentiment prêté son livre de Bambara / Français pour que je puisse m'initier à leur langue, ce qui a plutôt été un échec !

Leur petite fille Coty est à croquer ! Très peureuse face aux Blancs elle n'a pas voulu m'approcher avant ma dernière visite. Et pourtant elle a un oncle européen ! Et comme elle avait également très peur des photos, je n'ai pas gagné sa confiance, jusqu'à ce qu'elle s'aperçoive que c'était finalement très drôle de poser, et en a redemandé ! Et j'ai même eu droit à un gros bisou au moment de partir.

Merci à Idrissa de notre petite virée au fleuve où nous avons retrouvé des amis pêcheurs, qui nous ont fait profiter d'un tour en pirogue : je crois que c'est le seul instant de mon séjour qui m'a apporté un peu de fraîcheur et de calme. Jolie pause. Et très bons poissons offerts !

Je le remercie également de la rétrospective musicale de son pays qui m'a permis de mieux connaître encore ce beau pays.

Et surtout un grand merci de m'avoir considérée presque comme l'une des vôtres en me donnant un nom bambara : me voilà maintenant baptisée Aminata Traoré !

## Conclusion

J'ai pu vivre une expérience véritablement riche lors de ce séjour, en émotions, en apprentissages professionnels, en découverte d'un peuple merveilleusement généreux.

Je tiens à remercier chaleureusement :

pour m'avoir permis de partir, PPUN et Teriya, ainsi que l'ASACO de Niéna ;

pour son soutien, Claudine, qui m'a aidé à préparer ce voyage et m'a apporté beaucoup pour que celui-ci soit une réussite ;

pour leur compréhension, mes parents, qui une fois de plus m'ont fait confiance, et mes amis qui n'ont pas douté un instant que je mènerai mon projet à bien ;

pour leur accueil, leur gentillesse, leur bienveillance et tout ce qu'ils m'ont offert :

- ☞ Sanoko : merci pour tous tes enseignements, ton regard sur le Mali et ta conscience professionnelle
- ☞ Sorona et les enfants : merci pour votre accueil, les bons petits plats, et les mangues généreusement cueillies par les filles
- ☞ Safiatou, Manténé et Shata : merci pour votre accueil à la maternité, les périodes d'échanges sur nos pratiques, aussi riches dans un sens que dans l'autre, et quoiqu'on en dise je crois que vous êtes arrivées à un niveau excellent, et que bientôt nous n'aurons plus rien à vous apporter
- ☞ Moussa : merci de m'avoir fait participer un peu à la vie sociale de Niéna, de m'avoir expliqué tant de choses sur son fonctionnement, et de m'avoir conviée un soir à l'une de vos réunions entre amis. Merci de nos longues discussions sur la vie politique et associative !
- ☞ Nana, Dao, les femmes et les enfants de Karangasso
- ☞ Rokia, Mariam, Idrissa Traoré, Prudence, Coty, leurs amis et toute la population de Dougoukolobougou, que j'ai pu rencontrer plus largement lors du passage de l'équipe du Programme National contre la Cécité
- ☞ Famolo et ses collègues ophtalmo pour leur formation accélérée, et les échanges que nous avons pu avoir sur la vie au Mali, en France, et la vie tout court

Je reviendrai Inch allah !