

RAPPORT DE MISSION

10 NOVEMBRE - 15 DÉCEMBRE 2002

NIENA MALI



CLAUDINE ANDRIVOT

SOMMAIRE

1-REMERCIEMENTS

2-VOYAGE ET HÉBERGEMENT

3-QUELQUES NOUVELLES DE NIENA

4-L'ASACO ET LES MEDICAMENTS

5-LA MATERNITÉ

*organisation.

*les consultations.

*les accouchements.

*les suites de couches.

*quelques données.

6-DOUGOUKOLOBOUGOU

7-KARANGASSO

8-CONCLUSION.

REMERCIEMENTS

-A Teriya et à PPUN pour m'avoir permis d'effectuer cette mission.

-A Wateni Diallo que j'ai appelé au secours en me retrouvant seule avec les bagages à l'aéroport de Bamako.,

-A Françoise et Guy Catalo de SÉGUÉRÉ ESPACE ACCUEIL BAMAKO pour leur accueil et leurs précieux conseils.

_A monsieur le Maire de Niéna

-Au président de l'ASACO de Niéna : Bakary Diallo.

-A Tata Denon Mariko la sage-femme de Niéna pour le partage de son expérience professionnelle.

-A Mantene, Chata et Maï mouna les matrones pour m'avoir supportée jours et nuits pendant cinq semaines sans jamais perdre leur bonne humeur.

- A Idrissa Traore, Mamoudou Diarra, Rockia Kone et Mariam Sangare, de Dougoukolobougou, à Nana Traore de Karangasso.

-A Radio-Tériya pour le temps d'antenne.

-A Joseph Brevet et Moussa Diallo pour les moments de récréation qu'ils m'ont offert à Niéna.

Et surtout

A Abdrahmane Sanogo pour m'avoir accueillie et m'avoir consacré une partie de son temps, pour toutes les explications sur le système de santé, l'histoire et la politique maliennes et à toute sa famille pour les repas, les petits services et leur soutien.

VOYAGE ET HÉBERGEMENT

Le 10 novembre après cinq heures d'un vol direct (quel luxe) arrivée à Bamako où après quelques péripéties je passe la nuit au centre d'accueil SÉGUÉRÉ.

Le lendemain après quelques détours administratifs pour faire prolonger mon visa, trajet en car jusqu'à Niéna où je suis accueillie par l'infirmier Abdrahmane Sanogo et par le président de l'ASACO Bakary Diallo.

Selon ce qui était convenu, je suis hébergée au centre de santé. Je partage les repas de la famille Sanogo.

En fait comme il n'y a pas de place chez l'infirmier ni chez la sage-femme, on m'installe dans la chambre de garde de la matrone qui va émigrer dans la pièce attenante à la salle de consultations.

Avantage personnel : je suis relativement indépendante, j'ai un lit fixe, je peux m'isoler, mes affaires peuvent rester au même endroit, je peux aller chercher de l'eau, faire ma toilette ou ma lessive quand ça m'arrange.

Avantage professionnel: je suis 24 heures sur 24 à côté de la salle d'accouchement, donc aux premières loges pour intervenir. J'ai donc été présente à presque tous les accouchements (sauf les quelques fois où j'étais en déplacements.)

Inconvénient: c'est très rapidement épuisant car après les accouchements la nuit, les consultations le matin, j'ai souvent tenté de faire la sieste l'après-midi quand il n'y avait pas d'accouchements, mais hélas, les visiteurs bavardant bruyamment devant ma fenêtre et ceux venant pour un papier ou un renseignement m'en ont bien souvent empêchée.

Je proposerais volontiers que la prochaine sage-femme qui se rendra à Niéna soit plutôt hébergée dans la salle attenante à la salle de consultations, même si cela présente d'autres inconvénients (pas de porte entre cette salle et celle des consultations, nécessité de sortir le capteur solaire le matin et de le rentrer le soir.) Il faudra en discuter sur place.

Dés le lendemain Sanogo m'emmène rencontrer:

Le maire, les gendarmes, le sous-préfet,
le chef de village,
le président et le trésorier de l'ASACO,
le responsable de l'aide à l'enfance
l'animateur de radio Tériya.

QUELQUES NOUVELLES DE NIÉNA

-Assainissement des rues : des fossées ont été creusées le long des rues pour favoriser

l'écoulement des eaux en saison des pluies.

-Le marché est en cours de rénovation : les manguiers ont été abattus, une nouvelle plate-forme a été aménagée, les hangars neufs sont en cours de construction.

-Un grand projet soutenu par Tériya et dont s'occupe Joseph Brevet (Karim Diallo): la construction d'un centre artisanal près de la sous-préfecture.

-L'association canadienne Aide à l'enfance s'occupe de la malnutrition , l'infirmier leur adresse les enfants dénutris qu'il découvre, ils organisent des pesées de dépistage dans certains villages, ils ont dans un certain nombre d'endroits des animatrices qui suivent les enfants, donnent des conseils et des recettes aux mères.

-Au niveau de la santé scolaire une action de déparasitage et de supplémentation en fer et vit A pour les enfants des écoles est en cours dans la région .

Murielle, Stéphanie et Evelyne ont laissé des souvenirs inoubliables, je ne suis pas sûre d'avoir été à la hauteur.

-Au niveau santé, j'ai rencontré le docteur Traore, médecin privé qui effectue de la petite chirurgie avec l'aide d'un aide-soignant. Avec Tata Denon la sage-femme nous l'avons d'ailleurs appelé pour une accouchée présentant une fistule vagino-anales consécutive à l'accouchement précédent, la famille n'ayant pas les moyens de l'envoyer à Sikasso.

-J'ai rencontré également le gérant de la pharmacie privée Waténi, afin de savoir de quels médicaments on pouvait disposer chez lui en cas de rupture de stock au niveau du dépôt du CESCO.

L'ASACO ET LES MÉDICAMENTS

Dès mon arrivée j'ai rencontré le président de l'ASACO : Bakary Diallo.

Le lendemain j'ai eu l'occasion de participer à une réunion avec les membres de l'ASACO , à propos du stock de médicaments fournis par PPUN.

Lors du déballage des cartons de matériel et médicaments donnés par PPUN, les représentants de l'ASACO m'ont fait part de leur souhait que ce soit intégré dans le stock du dépôt de médicaments. Nous avons donc tenu une réunion le lendemain pour en discuter.

Réunion avec l'ASACO le 13/11/02 :

Les responsables m'expliquent qu'ils souhaitent récupérer les médicaments apportés par

PPUN et les intégrer au système du recouvrement des coûts pour deux raisons:

- Le fait pour PPUN de donner ces médicaments gratuitement à certaines personnes, pas forcément les plus nécessiteuses, a posé des problèmes au sein du village et ils veulent l'éviter cette année.

- L'ASACO ne bénéficie pas de subvention, et cet apport de médicaments représente une aide financière non négligeable. Ces médicaments seront bien sûr vendus au même prix que les génériques correspondants.

Trouvant leurs arguments valables, je tombe rapidement d'accord avec eux à condition de garder :

-les médicaments spécifiques à l'obstétrique,

-de quoi regarnir la boîte d'urgence,

-les consommables (gants, compresses, etc..) et les désinfectants dont je donnerai une partie au dispensaire.

Après avoir listé les différents médicaments, le gérant a estimé le stock de médicaments ainsi constitué à 77 355 CFA.

Une partie de ce stock de médicaments sera d'ailleurs utilisée pendant les cinq semaines de mon séjour.

LA MATERNITÉ

Avec l'arrivée pendant l'été 2002 de la sage femme, nommée par la région l'organisation de la maternité a été un peu modifiée.

C'est la sage-femme qui est maintenant responsable de la maternité , qui décide les transferts des femmes à Sikasso, elle que les matrones doivent appeler dans les cas dépassant leur compétence (délivrance artificielle par exemple).

J'ai été agréablement surprise par les locaux, qui sont tenus propres, la salle d'accouchement nettoyée après chaque utilisation, le matériel est nettoyé tout de suite après les accouchements, les poubelles vidées régulièrement, les ordures brûlées. Nous avons même installé un conteneur à aiguilles récupéré après une séance de vaccinations.

Peu après mon arrivée nous avons fait l'inventaire du matériel et j'ai constaté qu'il y avait de quoi faire deux sets à accouchement (pinces, ciseaux) des spéculums, une valve et divers petits instruments. La stérilisation par ébullition abîme énormément les instruments en inox. En cas d'urgence (pas le temps de faire bouillir) les instruments peuvent être flambés après décontamination et nettoyage. Mais l'alcool coûte cher.

En ce qui concerne les consommables, les gants en latex sont lavés et bouillis pour resservir, les sondes urinaires à usage uniques sont également réutilisées après ébullition (mais après tout je l'ai vu faire dans une clinique française il y a moins de 20 ans).

organisation.

La sage-femme participe au tour de garde, lorsque toute l'équipe est présente chacune fait 48h de garde et ne reprend la garde que sept jours après. Toute l'équipe, sauf la personne qui sort de garde, participe aux consultations prénatales du matin, du lundi au vendredi.

La sage-femme habite dans le centre de santé, elle est donc rapidement disponible en cas de besoin. Lorsqu'elle est absente (congés, déplacement) les matrones appellent l'infirmier en cas de problème.

les consultations.

Les consultations ont lieu tous les matins à partir de 8h30/9h, du lundi au jeudi. En principe deux matinées (lundi et jeudi) sont consacrées aux nouvelles consultations, deux (mardi et mercredi) aux femmes déjà suivies, le vendredi aux consultations postnatales et au planning familial, mais dans la pratique, les femmes viennent n'importe quel jour pour l'un de ces motifs.

Les matrones donnent des rendez-vous aux femmes pour les consultations suivantes, une bonne partie des femmes vient à peu près à la date prévue, certaines viennent avec beaucoup de retard (parfois un mois après le rendez-vous).

J'ai participé aux consultations tous les jours avec les matrones et la sage-femme et j'ai pu constater :

-Les consultations sont le plus souvent faites à deux ou à trois, une personne écrivant, l'autre examinant, il me semble que les matrones sont plus à l'aise en procédant de cette façon, même si cela prend plus de temps car cela leur permet de connaître presque toutes les femmes qui sont venues consulter et d'être au courant des éléments importants.

-La salle de consultation est équipée de:

*une toise toute neuve, pas tout à fait exacte, mais bien pratique,

*un pèse personne qui doit être réglé pour chaque patiente, mais est juste à cette condition,

*un tensiomètre,

* un centimètre,

*des doigtiers qui sont achetés par les femmes lors de la première consultation. (on prescrit aux femmes l'achat de dix doigtiers, qui serviront lors des CPN et de l'accouchement.

*une table d'examen .

*un paravent servant à isoler la table d'examen .

Le premier problème rencontré lors des CPN a été celui du lavage des mains. Sur le principe les matrones étaient d'accord mais matériellement ce n'était pas facile. Pour y remédier, j'ai installé en salle de consultation une cuvette, un savon et acheté une bouilloire .

Le TV est systématiquement effectué lors des consultations.

La porte de la salle est presque systématiquement fermée lors des consultations, "da turu" (ferme la porte) est d'ailleurs l'un des premiers mots que j'ai appris en bambara.

Le déroulement des consultations est méthodique:

interrogatoire sur les antécédents, sur les symptômes d'alerte éventuels (brûlures à la miction, pertes vaginales, contractions, taille, poids, tension artérielle, mesure de la hauteur utérine, palper pour diagnostic de la position foetale, écoute des bruits du cœur foetal, TV avec recherche de signes d'irritation et observation des pertes.

Le diagnostic de présentation foetale est correct chez toutes les matrones. Si on trouve une présentation transverse au début du 9ème mois, la patiente est reconvoquée quinze jours après et on lui explique d'emblée que si cette présentation persiste elle devra avoir une césarienne et donc aller à Sikasso, qu'elle doit donc préparer la famille à cette éventualité.

Les CPN ont été l'occasion de nombreux échanges de nos expériences respectives et de quelques cours théoriques:

-le col utérin: longueur, consistance, position, perméabilité.

-La hauteur de la présentation.

_les pertes vaginales: physiologiques ou non, mycoses ou infections et le traitement, en collaboration avec l'infirmier et en utilisant le guide thérapeutique du ministère de la santé.

Toutes les femmes présentant des pertes étaient jusque là traitées par amoxicilline, molécule qui n'a jamais soigné les mycoses, or de nombreuses femmes se plaignant de pertes et de démangeaisons avaient tous les symptômes de la mycose .

Les infections génitales ont d'ailleurs été l'objet du seul vrai "cours théorique" que j'ai fait, à la demande des matrones, au début du séjour et nous avons passé les semaines suivantes à essayer de le mettre en pratique.

Nous avons eu un problème de prescription, notamment au sujet des ovules de Nystatine qui étaient en rupture de stock au niveau du dépôt du CESCO et également chez le pharmacien privé pendant une bonne partie de mon séjour.

A noter un problème soulevé par la sage-femme et l'infirmier: celui de l'exactitude des matrones aux consultations. Car si la sage-femme est bien là à huit heures, l'arrivée des matrones est parfois un peu plus tardive .

***les accouchements.**

Etant en permanence sur place, j'ai assisté ou participé à presque tous les accouchements qui se sont passés à la maternité. Si il y a eu un certain nombre de dystocies cervicales ou dynamiques, d'expulsions longues et difficiles, des accouchements prématurés entraînant parfois le décès du bébé, des morts-nés ou mort in utero, quelques hémorragies, il n'y a pas eu de problème majeur concernant les mères, ni de transfert à l'hôpital de référence.

Là encore, plutôt que des cours théoriques, j'ai surtout essayé de faire partager mes connaissances au niveau pratique.

J'ai tout de même fait des mises au point concernant:

-l'utilisation du partogramme.

-la surveillance du col (comme pour les consultations):

-les différents stades de la dilatation, en utilisant des trous circulaires de différents diamètres dans du carton, je pense qu'il faudra y revenir.

-une autre notion à reprendre sera certainement la hauteur de la présentation et la notion d'engagement.

-comme Evelyne, j'ai trouvé que le geste de rompre les membranes n'était pas entré dans les moeurs, mais je dois reconnaître que quelques cas de rétraction du col pendant plusieurs heures après rupture artificielle des membranes m'ont incitée à être plus attentiste par la suite.

-J'ai essayé également de montrer comment protéger le périnée, notamment lors du dégagement chez les primipares en fléchissant la tête et en la retenant, mais cela n'est pas vraiment entré dans les habitudes. Il faudra y revenir lors d'une mission ultérieure.

-L'examen du placenta: j'ai rappelé qu'il devait être fait après chaque délivrance, certaines ayant tendance à dire que si le placenta se décolle et sort facilement ce n'est pas la peine. La réalisation de l'examen du placenta ne pose pas de problème.

- La révision utérine: j'en ai pratiqué et vu faire un certain nombre, si la technique ne semble pas poser aux matrones plus de problèmes qu'à moi, j'ai dû leur dire qu'il valait mieux mettre des gants stériles ou au moins propres, pour le faire et je ne suis pas certaine que ce conseil sera suivi après mon départ, puisque "de toutes façons elles vont avoir des antibiotiques". Encore un point qu'il faudra revoir.

-La délivrance artificielle: je n'ai pas eu de cas le nécessitant pendant mon séjour, en principe les matrones appellent la sage-femme ou l'infirmier si il y en a besoin.

-en ce qui concerne la préparation du matériel, il m'a semblé que les matrones prenaient l'habitude de préparer poire à aspiration, ciseaux, fil à cordon et pince dans un plateau avant la naissance du bébé, en tous cas lorsqu'elles en avaient le temps.

-Le manque d'anticipation demeure au niveau de la préparation du linge et de l'eau pour le bébé, c'est autant le personnel qui ne demande pas les choses à l'avance que les familles qui rechignent à le faire. J'ai dû choquer un certain nombre de grand-mères en les envoyant faire chauffer l'eau et en leur demandant à l'avance les pagnes, le savon et les récipients. On m'a pourtant bien dit que préparer à l'avance c'est favoriser le mauvais sort.

-Les matrones utilisent pour désobstruer les bébés la poire traditionnelle, pour ma part, ayant trouvé quelques aspirateurs de mucosités laissés par Evelyne ou Stéphanie, je les ai utilisés de nombreuses fois, et il m'ont rendu de grands services lors de plusieurs réanimations de bébés. Je pense qu'il faudrait les renouveler car comme tout matériel à usage unique, les restérilisations successives les abiment énormément. Le liquide amniotique méconial étant très fréquent, il me semble important de pouvoir désobstruer correctement les enfants.

L'accueil du nouveau-né laisse à mon avis beaucoup à désirer: j'ai essayé, en vain je crois, d'intervenir pour qu'au moins on le sèche et qu'on le couvre dès la naissance, et mes tentatives de mise au sein précoce n'ont pas été très concluantes même si certains nouveaux-nés manifestaient des capacités immédiates à téter dès la naissance.

J'ai fini par me résigner à ce que, à part la matrone qui l'attrappe à la naissance et qui aspire les mucosités, on ne touche pas un bébé tant qu'il n'a pas été lavé (ou plutôt étrillé), pour enlever toute trace de liquide amniotique et de vernix. (Un enfant qui n'aurait pas été débarrassé de cela convenablement sentirait mauvais toute sa vie).

Après le bain l'enfant est examiné: recherche de malformations (fente palatine, imperforation anale), pesé, mesuré.

Dans les quelques cas d'accouchement à domicile qui sont venus ensuite à la maternité j'ai pu constater qu'on amenait le bébé avec le placenta, tout nu dans une bassine, dans le froid de la nuit. A plusieurs reprises j'ai dit aux familles (les pères comprenant le français) que la première chose à faire était de sécher et de couvrir l'enfant, je crois qu'une

information sur ce sujet serait à refaire.

-concernant le nettoyage du matériel, nous avons également fait une mise au point et avec Sanogo et Tata Denon nous avons rétabli et affiché le protocole qui aurait dû être en vigueur mais qui ne l'était pas :

- *décontamination du matériel immédiatement après usage dans une solution d'eau de javel (1 volume de javel pour six volumes d'eau) pendant au moins 30 mn,
- *brossage et nettoyage à la lessive,
- *stérilisation par ébullition(30mn) puis séchage.

L'eau de javel peut être achetée chaque mois avec l'argent destiné à l'achat des fournitures : le CESCO verse 10 000 CFA/mois à la maternité pour l'achat de consommables: coton, javel, grésyl, gants, charbon de bois, stylos, papier, etc...

La boîte d'urgence mise en place par PPUN fonctionne apparemment bien, malgré le non renouvellement de certains médicaments. J'ai profité du contenu des colis PPUN pour la regarnir et la compléter, elle comportait lors de mon départ:

- 4 perfuseurs et cathéters,
- un garrot,
- 1 glucoché à 5%, 500 ml,
- 1 glucoché à 5 % 100ml,
- 1 NaCl 0,9% 50ml,
- 1 scalpel,
- 2 sachets de ligatures cutanées (stérilstrip)
- 2 Paires de gants stériles,
- du sparadrap,
- 2 seringues de 10ml,
- 2 seringues de 5ml,
- des aiguilles IM et SC
- 1 flacon de biséptine,
- 10 ampoules d'ocytocine,
- 6 ampoules de Salbutamol
- 2 ampoules de Buscopan,
- 1 ampoule de méthergin
- 1 flacon d'augmentin injectable,
- 2 monocryl résorbable.
- 2 paquets de compresses stériles

Un flacon de ringer lactate utilisé pendant mon séjour n'avait pas pu être renouvelé, le RL étant en rupture de stock aussi bien à la pharmacie du CESCO qu'à la pharmacie privée. L'augmentin injectable n'étant pas disponible sur le marché local, il vaudrait mieux le remplacer par de l'ampicilline injectable quand celui apporté par PPUN sera terminé.

***les suites de couches.**

Aussitôt après la délivrance, les accouchées quittent la salle d'accouchement et partent dans

la chambre des accouchées pendant que la matrone et la famille lavent le matériel et le sol.

Avec la sage-femme nous avons insisté sur le fait qu'il fallait surveiller dans les deux heures suivantes : les pertes, l'involution utérine, la tension et la miction des accouchées récentes. Cette surveillance est d'ailleurs prévue dans les partogrammes. Cela n'est pas acquis car : "si c'est la nuit on ne va pas se relever pour y aller", en fait je crois que la sage-femme et moi étions les seules à le faire, alors que cette surveillance est prévue dans le partogramme. Voilà un point sur lequel il faudra revenir.

Les accouchées restent à la maternité une nuit, et encore, celles qui ont accouché en fin de nuit insistent souvent pour partir le soir au lieu d'attendre le lendemain. Il m'est arrivé dans des cas nécessitant à mon avis une surveillance, de faire acte d'autorité en déclarant à la famille qu'une femme resterait une nuit de plus .

Depuis l'arrivée de la sage-femme une visite de sortie des accouchées est prévue le matin à huit heures.

Pendant cette visite, on examine chez la femme: la tension, la température, les seins avec présence ou non de colostrum, les pertes, l'involution utérine (j'ai insisté pour que les matrones estiment celle-ci: sus ombilicale, ombilicale, un ou deux doigts sous ombilic, plutôt que de marquer simplement : normale), on s'assure que la femme a uriné normalement , on regarde les points s'il y en a (j'ai systématiquement fait reconvoquer huit jours après toutes les femmes qui avaient eu des points, et elles sont toutes venues) .

Le bébé est également examiné: prise de température, soin du cordon, état général, selles et urines. A ce propos les matrones aimeraient avoir des crayons de nitrate d'argent. Dans certains cas on demande à revoir l'enfant quelques jours après.

J'ai pu constater que la lecture du thermomètre n'était pas évidente pour tout le monde et j'ai beaucoup tyrannisé Maï mouna à ce sujet, j'espère que maintenant cela est acquis.

Tout ces examens sont consignés dans les cahiers des mères et des enfants qui ont été remis à l'ordre du jour.

Nous avons suivi pendant deux semaines un prématuré de 1800 g qui en quinze jours était passé à 2400 g. Les femmes qui habitent près, ramènent le bébé pour le soin du cordon deux ou trois fois après la sortie.

La saison étant différente j'ai eu avec les bébés le problème inverse d'Evelyne: ils n'étaient pas assez couverts et avaient froid la nuit, nous leur trouvions fréquemment une température à 35°5, 35° 8 le matin. le réchauffement de l'enfant par le portage peau à peau, que j'ai essayé de faire pratiquer n'a pas eu beaucoup de succès auprès des mères.

L'allaitement pose également un problème, il m'a souvent fallu insister pour que les mères mettent leur bébé au sein rapidement après la naissance, et elles l'enlevaient du sein dès que je tournais le dos, puisqu'elles n'avaient pas encore de lait, ce n'était pas la peine de faire téter l'enfant. Même quand on montrait à la mère que du colostrum coulait de ses seins, elle répétait que ce n'était pas bon, que ce n'était pas du lait. A la limite, j'ai trouvé que c'était

plus facile avec les primipares, qui n'ayant pas d'expérience de l'allaitement étaient prêtes à essayer sans à priori et souvent ravies de voir leur enfant se mettre à téter tout de suite. Je crois que des séances d'information sur l'allaitement avec les accouchées avant leur sortie seraient bénéfiques . Je ne sais pas si cela sera facile à mettre en place car après l'accouchement les femmes ont souvent de nombreuses visites, et il est difficile de solliciter leur attention sur le bébé.

J'ai constaté que la sage-femmes et les matrones avaient les connaissances nécessaires sur le sujet, mais qu'elles n'arrivaient pas à les faire passer.

A leur sortie les femmes ont une prescription de fer et de chloroquine pour dix semaines, on leur conseille de continuer le traitement antipaludéen pendant toute la durée de l'allaitement.

La prescription d'antibiotiques est systématique lorsque le liquide amniotique était teinté, lorsqu'il y a eu déchirure, épisiotomie ou révision utérine.

Lors de la visite de sortie le planning familial est évoqué , surtout avec les grandes multipares, et on demande aux femmes de revenir en consultation postnatale 45 jours après, mais dans les faits, très peu reviennent.

***quelques données.**

Activité de la maternité du 1er janvier au 30 novembre 2002:

- 461 naissances(213 garçons et 248 filles) à la maternité ou à domicile et venues immédiatement après.
- 725 femmes suivies en CPN (ce qui devrait faire environ 800 sur le total de l'année).
- 74 nouvelles femmes suivies au planning familial (injections trimestrielles de dépo-provera.)

Pendant mon séjour, du 11 novembre au 15 décembre 2002:

- 51 accouchements dont 5 à domicile venus à la maternité ensuite.
(dont un où l'on m'a emmenée à domicile récupérer le placenta et couper le cordon avant de ramener tout le monde à la maternité)
- 13 primipares.
- pas de transfert à Sikasso.
- 4 prématurés: 6mois, 6mois1/2: 2 : 950 et 1200 g.
7 mois 1/2: 2 dont un 1700g non revu par la suite et un 1800g suivi et en bonne santé 15j après,

- Mort in utéro à terme : 1 (macéré et macrosome)
- décédé à la naissance (SFA): 1 (double circulaire très serrée)
- épisiotomies: 2 (une primipare présentation céphalique, une primipare présentation du siège)
- sutures diverses : 5 (deux déchirures simples, une fusée de déchirure hyménéale, une déchirure de cicatrice d'excision, une éraillure hémorragique).
- hospitalisations pour :
 - *surveillance de grossesse: 2 (un cas de vomissements gravidiques avec déshydratation, un cas de métrorragies persistantes au 9ème mois, suspicion de placenta marginal, femme ayant accouché normalement d'un enfant vivant une semaine après..
 - *surveillance après l'accouchement: 2 (une hyperthermie avec infection respiratoire, une femme ayant fait une hémorragie importante traitée avec ocytocine et cytotec).
 - *surveillances diverses: 2 post abortum (rétention placentaire après fausse couche à trois mois et quatre mois: curetage digital et perfusion).

Une fistule vagino-anales datant de l'accouchement précédent découverte chez une femme lors de l'accouchement a donné lieu à un appel au médecin privé pour avis, la famille ne pouvant pas envoyer la femme se faire opérer à Sikasso, le Dr Traore a proposé d'opérer la patiente après le retour de couches.

Animation santé sur Radio-Tériya:

J'avais demandé au responsable de radio Tériya la possibilité de faire une intervention d'information sur la santé. Il nous a proposé une intervention de 15-20 mn sur le sujet de notre choix.

La sage-femme Tata Denon et moi avons donc pris l'antenne le 15 décembre pour une émission consacrée à la prévention du paludisme pendant la grossesse. Nous souhaitons aborder plusieurs sujets: allaitement, planning familial, mais l'animateur nous a persuadées qu'un seul sujet serait mieux perçu par les auditeurs. La prévention du paludisme nous a semblé un sujet important à traiter car il nous permettait de :

- faire un rappel général sur le paludisme, et sur ses conséquences chez la femme enceinte.
- rappeler l'intérêt de débiter les CPN tôt dans la grossesse, et inciter les femmes à se faire suivre régulièrement.

Nous avons évoqué la possibilité pour la sage-femme de continuer à faire des interventions à la radio sur d'autres sujets liés à la grossesse, à l'allaitement et au planning familial. J'espère qu'avec l'aide de Sanogo, elle pourra concrétiser ce projet.

DOUGOUKOLOBOUGOU

Comme je souhaitais (Nous en avons parlé lors de ma rencontre avec Tériya et PPUN) voir fonctionner une autre maternité sur la commune de Niéna, Sanogo m'a proposé d'aller rencontrer le personnel du CESCO de DOUGOUKOLOBOUGOU.

Je m'y suis rendu deux fois: le 28/11 et le 13/12. La première fois pour une prise de contact avec le personnel et le village, la seconde fois pour participer à la matinée de consultations prénatales.

C'est un gros village situé au bord de la route N1e 7 à 16Km de Niéna en direction de Bamako. Un CESCO y est ouvert depuis février 99. L'aire de santé de Dougoukolobougou regroupe 4000 habitants dans un rayon de 7km .

Le personnel du CESCO comprend un infirmier d'état payé par l'état (Idrissa Traore en poste depuis l'ouverture du centre) le gérant de dépôt de médicaments (Mamoudou Diarra) et deux matrones(Rockia Kone nommée lors de l'ouverture du centre et Mariam Sangare, qui a exercé à domicile puis à la maternité rurale avant de travailler au CESCO)) ces trois derniers sont payés par le CESCO.

Le CESCO comporte deux bâtiments: le dispensaire/dépôt de médicaments et la maternité, construits selon le plan standard en vigueur et doté en mobilier et matériel de base grâce à la coopération suisse.

Les villageois peuvent adhérer à l'ASACO moyennant 1000CFA/an. Cette adhésion leur permet de bénéficier de consultations à 300 CFA (au lieu de 600) pour 10 personnes de

la famille. Cette adhésion est également possible pour les gens habitant hors de l'aire de santé et désireux de se soigner au Cescom.

L'activité de la maternité:

Avant l'ouverture du CESCO en février 1999, il y avait à Dougoukolobougou une maternité rurale dépendant de Niéna, où travaillait la matrone Mariam Sangare.

en 1999 : 129 acchts

en 2000 : 148 acchts

en 2001 : 163 acchts.

en 2002 : 154 acchts au 13/12.

Les deux matrones sont de garde sur place pendant trois jours chacune. Le vendredi elles effectuent les CPN à deux.

En 2002 , au 13/12, 213 CPN ont été effectuées (130 femmes).

Les matrones constatent que pendant les mois de novembre et décembre (période des récoltes) le nombre des consultations est plus faible.

Il est prévu dans l'activité de la maternité de faire des consultations postnatales, mais les matrones constatent que comme à Niéna, les femmes ne viennent pas.

Le planning familial:

se fait au niveau du dispensaire, c'est du ressort de l'infirmier. Certaines femmes ont recours aux injections de Dépo provera, (600 CFA/3mois.) Il y a également au dépôt de médicaments des contraceptifs oraux. Il existe dans le secteurs des animatrices de village ou de quartiers qui approvisionnent les femmes en contraceptifs oraux.

Les consultations prénatales:

Elles ont lieu une fois par semaine, le vendredi.

Le rythme prévu est de 4 CPN pendant la grossesse :

1 au 1er trimestre,

1 au 2eme trimestre

2 au 3ème trimestre.

A noter que les matrones lorsqu'elles donnent un rendez-vous à une femme classent sa fiche de suivi par date de R.V ce qui leur permet de vérifier chaque semaine si les femmes prévues sont venues ou pas.

Les matrones font l'interrogatoire: antécédents obstétricaux, situation de famille, l'existence de contractions, la présences de leucorrhées,

L'examen consiste à prendre la tension la taille et le poids des femmes, mesure de la hauteur utérine, et palper à la recherche de la position foetale, écoute des bruits du coeur foetal.

Matériel disponible: table d'examen, pèse personne, toise murale, sthétoscope de

Pinard, mètre ruban.

Les matrones ne pratiquent pas le TV en dehors de l'accouchement sauf si la femme se plaint de contractions.

Elles ne prescrivent que la prévention: fer et chloroquine.

Si il y a besoin de traitement curatif (maladie, plaintes pour leucorrhées, pathologies diverses) elles adressent la femme à l'infirmier.

Les principales pathologies rencontrées: Le paludisme, les infections urinaires, les vaginites, les menaces de fausse couche.

Le tensiomètre fourni lors de l'ouverture du CESCO n'était pas d'excellente qualité et est inutilisable (sous l'effet de la chaleur les caoutchoucs ont complètement fondu et mes tentatives de réparation n'ont pas été couronnées de succès) le jour de consultation les matrones sont obligées d'aller emprunter le tensiomètre de l'infirmier.

Les accouchements:

Les matrones effectuent les accouchements normaux, si il y a besoin d'une suture ou d'une délivrance artificielle elles appellent l'infirmier.

Un certain nombre de femmes sont transférées à Sikasso (45 mn de route): les positions transverses, les femmes de moins de 1m50, les placentas praevia, en théorie elles devraient également transférer les primipares avec présentation du siège mais en fait elles ne le font pas toujours. Le problème des transferts est le même qu'ailleurs : il faut trouver la personne responsable de la famille et avoir son accord.

Lors des accouchements les matrones disent avoir parfois du mal à remplir le partogramme (modèle administratif) dont les cases ne leur semblent pas toujours correspondre aux situations réelles.

Après l'accouchement les femmes restent trois nuits à la maternité, elles sont surveillées 1h et 2h après l'accouchement et chaque matin. Le pansement ombilical du nouveau né est refait avant le départ. Cette surveillance de trois jours permet de surveiller notamment les démarrages d'allaitement .

Au niveau matériel la table d'accouchement est du même modèle que celle de Niéna. Le matériel utilisé est très succinct : ciseaux, poire à aspiration, fil à cordon, doigtiers, coton. Un apport de consommables serait apprécié. (Compresses, gants).

Conclusion

Ces deux demi-journées passées à Dougoukolobougou ne m'ont pas permis de vraiment suivre le travail des matrones, ni de pratiquer avec elles des accouchements, puisqu'il n'y en a pas eu en ma présence. Elles ont juste permis une prise de contact.

Les matrones sont demandeuses d'aide matérielle, et de formation, surtout pratique. Lors d'une mission ultérieure, si c'est possible il faudrait (avec l'accord des ASACO) peut-être prévoir un séjour de quelques jours ainsi que l'apport d'un tensiomètre.

KARANGASSO

Il était prévu lors des préparatifs de la mission que je me rende à Karangasso afin de continuer le travail fait par les sages femmes de PPUN les années précédentes. Malheureusement lors de mon arrivée à Niéna la matrone de Karangasso, Nana Traore venait de partir en congé, et je n'ai pu la rencontrer qu'une semaine avant mon départ. Sanogo l'ayant fait prévenir que je désirais la rencontrer, elle m'a rendu visite à la maternité de Niéna et nous avons convenu que j'irai faire les consultations prénatales avec elle. Je ne suis donc allée qu'une journée à Karangasso : le 10/12/02.

Quelques nouvelles de la maternité:

- Le tuyau demandé par Nana a été fourni, il sert quand elle a besoin d'eau pour les accouchements, le forage étant situé à une bonne cinquantaine de mètres de la maternité.

- En ce qui concerne les instruments (ciseaux et pinces) Nana estime avoir ce qu'il lui faut.

- Depuis quelques mois la tension n'était plus prise lors des CPN, l'appareil de la maternité étant absolument hors d'usage. Un appareil neuf a été fourni.

- Nana Traore dispose de quelques médicaments qu'elle prescrit lors des CPN: Chloroquine, fer et acide folique, paracétamol, amoxicilline.

- Lors de la visite de Nana Traore à Niéna nous avons décidé de mettre en place, comme à Niéna, une trousse d'urgence qui pourrait être utilisée pendant les accouchements, les familles allant racheter les médicaments ensuite. J'ai donc acheté (avec l'argent de PPUN) ou tiré de mes réserves:

-1 serum G5% 500 ml+tubulure et aiguille,

-3 ampoules de Méthylergométrine injectable ,

-3 ampoules de Buthyl Hyoscine (Buscopan) injectable ,

-1flacon d'ampicilline injectable,

-des seringues avec aiguilles, de l'eau pour préparation injectable,

-du sparadrap.

-une paire de gants caoutchouc à manchettes longues .

Cela devrait permettre à Nana de parer aux urgences sans avoir à attendre que les familles des accouchées aillent acheter les médicaments à Niéna.

L'activité de la maternité:

en 2001: 78 accouchements,

en 2002 : 57 accouchements au 9/12/02.

Après l'accouchement les femmes restent 2 nuits à la maternité.

Les consultations prénatales: 126 CPN au 10/12/02

-10 CPN seulement le jour de mon passage au village, Nana vient de rentrer de congé, toutes les femmes ne savent pas encore que les consultations ont repris

Déroulement de la consultation:

-interrogatoire: antécédents si c'est une première consultation, présence de contractions, de vaginite, de signes urinaires.

-mesure de la taille de la patiente au moyen de graduations dessinées sur le mur, Nana souhaiterait avoir une toise.

-pesée,

-prise de la tension ,

- Dépistage de l'albuminurie: Nana recueille l'urine de ses patientes qu'elle chauffe puis elle ajoute quelques gouttes de citron, s'il y a de l'albumine dans l'urine, elle coagule et on le voit.

Cette méthode n'est pas forcément très fiable, mais elle peut donner une indication.

-palper obstétrical à la recherche de la position foetale, écoute du coeur foetal.

-comme les matrones de Dougoukolobougou, Nana ne fait pas de TV systématique lors des CPN.

-prescription systématique de fer/acide folique et de chloroquine.

-Si les femmes se plaignent de signes urinaires ou de douleurs abdominales, la prescription d'amoxicilline est systématique.

Nana Traore qui travaille à Karangasso depuis 1985 est consciencieuse et essaie de faire son travail aussi bien qu'elle peut. Cependant un apport de petit matériel serait bienvenu : une pince ou deux, une paire de ciseaux supplémentaire et surtout des consommables; compresses, coton, gants, quelques sondes urinaires, des désinfectants (Chlorhexidine ou Bétadine).

Le problème de sa prise en charge continue de se poser : son salaire 2002 a bien été versé mais son salaire 2000 n'a pas été payé, et en 2001 elle n'a été payée que 9 mois.

Si à l'avenir les responsables de Karangasso s'organisent en Association de santé communautaire et obtiennent la création d'un CESCO, ce problème pourra-t-il être résolu?

CONCLUSION

Ce séjour à Niéna fut pour moi riche d'enseignements tant sur le plan humain que sur le plan professionnel. Il m'a permis de rencontrer des professionnels de santé consciencieux et très impliqués dans leur travail que je remercie de leur accueil.

Je suis pleine d'admiration envers les matrones de Niéna pour la patience avec laquelle elles surveillent les accouchements, leur capacité à attendre que chaque femme

accouche à son rythme.

Je regrette de n'avoir pu passer que 5 semaines à Niéna, reprise du travail obligeant, car je suis convaincue que deux semaines supplémentaires m'auraient permis de mener plus de choses à bien : refaire une ou deux sensibilisations à la radio, retourner dans les villages et y suivre le travail des matrones sur un laps de temps plus long, et peut-être faire des réunions avec les femmes.

Je crois que deux mois serait la durée idéale pour ce genre de mission, (au moins pour une primo arrivante, car s'il m'a bien fallu une dizaine de jours pour prendre mes repères, une sage-femme ayant déjà séjourné sur le site serait sûrement plus vite au fait des choses.)

Compte tenu des moyens disponibles, les maternités de Niéna, de Dougoukolobougou et de Karangasso fonctionnent à mon avis plutôt bien. Les matrones aussi bien à Niéna qu'à Dougoukolobougou et à Karangasso m'ont paru désireuses d'acquiescer plus de connaissances et contentes de cet échange d'expériences.

Je pense qu'il serait positif de programmer d'autres séjours de sages-femmes de PPUN à Niéna, afin de continuer ce qui a été entrepris depuis plusieurs années au niveau formation.

Il serait certainement intéressant de pouvoir séjourner dans les villages comme Karangasso ou Dougoukolobougou, ou d'y programmer plusieurs passages pendant un séjour afin de pouvoir vraiment travailler avec les matrones et répondre à leur demande de formation.

Un certain nombre de sujets seront longtemps à reprendre : hygiène, surveillance, technique obstétricale, etc.. des actions d'éducation sanitaire pourraient aussi être menées de concert avec la sage-femme (réunions, émissions de radio...) afin de l'aider dans cette tâche et de la confirmer dans son rôle de responsable de la maternité et d'éducatrice de la santé.

Un apport en petit matériel : sondes urinaires, gants, compresses, aspirateurs de mucosités, crayons de nitrate d'argent, fils à suture, seringues et nécessaire à perfusion ... ainsi qu'en désinfectants (Bétadine, chlorhexidine, alcool, serait le bienvenu. et pourquoi pas un tensiomètre pour la maternité de Dougoukolobougou, quelques matelas neufs pour les accouchées de Niéna...

Je termine ce rapport en espérant que Tériya, PPUN, l'ASACO de Niéna trouveront ces échanges positifs et souhaiteront les renouveler.