

PASSEPORT POUR UNE NAISSANCE

RAPPORT DE MISSION :

NIENA

5 Janvier 2008 -8février 2008



Claire HAMON, sage-femme

REMERCIEMENTS :

- A Passeport Pour Une Naissance et à Teriya de m'avoir permis de découvrir Niéna. Merci de m'avoir fait confiance pour cette mission
- A Arnauld Le Coz. Merci pour ces 5 semaines passées ensemble toujours de bonne humeur. Merci de m'avoir si souvent donné l'heure.
- A Moussa Diallo, guide et ami.
- Aux matrones Sxata et Manténé. C'est un grand plaisir d'être auprès de vous. Merci pour vos rires, votre bonne humeur permanente et votre professionnalisme.
- A Idrissa Dao (mon chauffeur personnel pour aller à Karangasso), à Nana Traoré, matrone de Karangasso. Merci pour votre accueil, vos discussions sous le manglier.
- A Mariam Sangaré, matrone à Dougoukoloougou. A Mamoudou Diarra pour la promenade au fleuve, quel agréable moment de fraîcheur.
- A Sébastien, pour m'avoir encouragé dans mon projet, et pour avoir compris mon envie de découvrir une autre façon d'exercer mon métier.

Début de mon carnet de BORD...

ARRIVÉS à Bamako : après quelques péripéties à l'aéroport d'Alger nous arrivons enfin sur Bamako le dimanche 6 janvier vers 2 heures du matin. C'est avec plaisir que nous retrouvons Solange, qui nous a organisé le transfert de l'aéroport à la chambre d'hôte de Youssouf à Badalabougou. Première nuit pour moi sous une moustiquaire, début de la peur des moustiques. Le dimanche est jour de repos, nous devons donc attendre le lendemain avant de mettre en ordre notre visa . Nous profitons donc de ce jour de battement pour découvrir brièvement Bamako : nuage de fumée noire cachant les collines, circulations des bus, des somatras, des motos, des cyclistes tout le monde se pousse : place au plus gros. Nous faisons un tour rapide au marché, mais rentrons rapidement pour échapper à la coque. Le lundi c'est journée Visa, nous avons rendez vous au ministère de l'immigration pour pouvoir le prolonger d'un mois, les formalités sont en règles les visas pourront être récupérés vers 16h sans problème. Voilà nous sommes prêts pour partir demain à Niéna.

Nous partons le mardi matin dès 7h. Le car roule bien, même pas d'arrêt dans les villages nous voilà dès le début d'après-midi à Niéna. Claudine et Odile restent deux petites heures puis doivent repartir vers Sikasso....

CENTRE DE SANTE DE NIENA

Le personnel :

Pendant mon séjour, j'ai eu le plaisir de pouvoir travailler avec Skata Samaké, Manténé Sidibé qui sont toutes les 2 matrones et avec Fatimata Ouattara (Fatim) infirmière obstétricienne. Le contact et la collaboration ont été très facile avec Manténé qui, malgré son âge et son expérience, est désireuse de bien faire et d'apprendre. Avec Skata la prise de contact a été plus difficile, celle-ci en effet était en vacances au moment où nous sommes arrivés, elle est revenue après les 2 premières semaines. Mais après une petite semaine passée ensemble le travail a réussi à se faire simplement.

C'est avec Fatim que je me suis sentie le plus démunie. Je n'ai pas réussi à travailler de manière simple avec elle ; elle me mentait et ne voulait pas être à l'écoute de ce que je pouvais lui donner comme conseils, en prétextant toujours « qu'ici c'était l'Afrique » et que l'on ne pouvait rien faire de plus. J'ai dû, dans les derniers jours avec elle, me mettre en retrait de l'activité de la maternité pour ne pas m'énerver et pour ne pas empiéter sur mon travail avec Skata et Manténé. Elle est partie en vacances les deux dernières semaines de mon séjour.

La maternité est sous la responsabilité du Dr Youssouf Kenta. Celui-ci est en place depuis moins d'un an au centre de santé de Niéna. Il apparaît motivé pour travailler avec l'association « Passeport pour une Naissance », malheureusement pour nous, il a été très peu présent lors de notre séjour (moins de 10 jours sur place).

Le docteur travaille maintenant avec un infirmier supérieur, Aliou Kané, qui est arrivé juste une semaine avant le début de notre mission.

Maternité de Niéna :

La nouvelle maternité de Niéna a été inaugurée en juin 2007. Voici la visite des locaux :

Une salle de consultation :

-Elle comporte un bureau recouvert d'une toile cirée où s'accumulent les registres d'accouchements, de planning familial, de consultations, les ordonnanciers, les bons de moustiquaires ... et les bouts de papiers servant à noter la date des prochains rendez-vous. ... Ce bureau comporte 3 tiroirs qui sont difficiles à ouvrir où s'entassent différents cahiers non utilisés. Il est surmonté d'étagères en bois constitué de 9 casiers. On y range les fiches de consultations prénatales suivant le premier mois où les femmes viennent consulter.

Sur le bureau on trouve les doigtiers fournis par les femmes suite à la première consultation, un mètre ruban et un stéthoscope de Pinard.

-Elle comporte une table de consultation recouverte d'une toile cirée qui commence à être en mauvais état.

-Et en face du bureau, on trouve une paillasse où s'entassaient les feuilles de suivi pédiatrique, le cahier d'accouchement, le tensiomètre et le stéthoscope, une boîte de médicaments de la précédente mission comportant quelques ampoules de Loxen et de Salbutamol ainsi que du petit matériel usé.

* Pendant le séjour j'ai voulu me débarrasser de ce petit matériel qui traînait, mais Fatim me l'a interdit m'expliquant qu'il fallait le garder pour montrer à la supervision de Sikasso que le matériel était abîmé. Cette explication ne m'a pas paru satisfaisante, j'ai eu l'impression que Fatim n'avait pas l'intention de s'investir dans le rangement de la salle. Mais dans le doute j'ai gardé ce matériel qui traîne toujours. Sur la paillasse on trouve aussi un pèse bébé qui est fonctionnel mais commence à être bien rouillé. Teriya a fourni cette année un nouveau pèse bébé à la maternité, nous n'avons pas trouvé celui-ci à notre début de séjour. Par bonheur nous l'avons retrouvé dans le fond du placard se situant sous la paillasse avec une jolie colonie de fourmis dessus. Nous avons donc pu le mettre en place pendant notre séjour, nous avons montré comment le régler. Le deuxième pèse bébé a été gardé pour la surveillance de poids des bébés plus âgés.

-Sous la paillasse se trouvent des placards assez profonds ; on y trouve la réserve de lessive, de savon et d'eau de Javel. Puis dans les autres s'entassent des colonnes de papiers prenant la poussière mais malgré les sollicitations je n'ai trouvé personne pour m'aider à faire le tri.

-Une toise murale a été fixée dans la salle de consultation. J'ai pu constater qu'elle a été fixée à la mauvaise hauteur, elle a été montée 2 cm trop haut.

En lisant les rapports des sages femmes précédemment venue, j'avais pu voir qu'il existait des affiches comportant la liste des médicaments en DCI, ainsi que des affiches avec des arbres décisionnels thérapeutiques. Ces affiches ne sont plus mises aux murs, et lors de ma visite de l'ancienne maternité je ne les ai pas vues non plus. J'ai été gênée par mon manque de connaissance pour les prescriptions en DCI, je pense que ces affiches m'auraient été d'une grande aide.

Une salle d'accouchement

-Elle comporte 2 tables d'accouchement. En première place se trouve la vieille table rouillée, et derrière se trouve la nouvelle table. Nous avons demandé à notre arrivée pourquoi ils utilisaient de façon préférentielle l'ancienne table, Manténé nous a répondu que c'était plus simple pour les femmes de monter sur l'ancienne table. Après observation, ces 2 tables nous paraissent quasiment à la même hauteur, nous avons donc entrepris en milieu de séjour le changement de position de ces tables. Les matrones étaient ravies, cela agrandissait cette petite pièce où tout est à l'étroit.

-En face, il se trouve une petite table servant de plan de travail. On y trouve un stéthoscope de Pinard, un mètre ruban ; le matériel d'accouchement et de suture : de quoi faire deux sets d'accouchements complets et un set de suture, où il manquait une pince à griffe, que j'ai pu compléter par le matériel que l'on avait emmené. J'ai rajouté dans ce matériel un ciseau qui coupe correctement, car lors de la réalisation de l'épisiotomie par le Dr Kenta, nous avons eu la désagréable surprise d'avoir des ciseaux qui ne coupaient que si l'on s'y reprenait à plusieurs fois.

-SUR cette table on retrouve aussi, du coton dans un petit « tupperware », les fils pour le cordon dans un petit pot rempli d'alcool, un ancien tambour où j'ai rangé les médicaments d'urgence que nous ayons pu avoir (deux boîtes d'ocytocine, une boîte de cytotec, une ampoule de caféine, et deux ampoules de diazépam). Dans un autre pot de verre on retrouve un vieux thermomètre à mercure et le nouveau thermomètre électronique fourni par Teriya, et dans le fond une aiguille de couture qui à priori à l'air de servir à percer les oreilles des jeunes enfants.

Cela fait beaucoup de choses, à se côtoyer sur cette petite table ! Dessous on trouve les bassins, une bassine et une petite baignoire inutilisée.

-Les forceps que la maternité a reçus par l'association Teriya sont rangés dans l'armoire du bureau du Dr Keita au niveau du dispensaire.

-Dans le coin de la salle se trouve un point d'eau, c'est-à-dire un des seaux confectionné par l'association Teriya. Celui ci est bien pratique.

Une salle d'hospitalisation

-Celle-ci comporte 6 lits avec chacun une moustiquaire. Il existe aussi 2 nattes qui sont le plus souvent employées par les accompagnantes lorsqu'il y a trop de femmes en hospitalisation.

-Cette salle est destinée aussi bien à la femme en pré travail, qu'à la femme ayant accouchée ou bien nécessitant un suivi médical.

La chambre de garde

-Celle-ci est constituée d'un grand lit 2 places, utilisée par la matrone qui est de garde pendant 48 heures.

-On y trouve une grande armoire. Je ne me suis pas permise de fouiller dedans, mais j'ai pu voir que c'était là où se trouvaient les réserves de matériel, de coton, de gants et de certains médicaments . Ceci est rangé pour que le personnel du dispensaire ne puisse y avoir accès. Mais cela m'a pénalisée de ne pas savoir ce que je pouvais avoir à portée de main

A notre arrivée nous avons été étonnés de la poussière qui s'accumulait, alors que la maternité a moins d'un an de fonctionnement. Nous avons donc entrepris de ranger la salle d'accouchement et la salle de consultation.

La salle d'accouchement : cela a été effectué avec ARNAULD ainsi qu'avec l'aide de Fatim, pour ranger les affaires qui traînaient ici et là. Nous avons eu la joie de trouver sous les matelas des vieilles aiguilles qui rouillaient !!! Par la suite, durant le séjour, cela m'a étonné d'avoir trouvé ces aiguilles car les matrones ont pris l'habitude et sont consciencieuses à jeter les aiguilles dans les collecteurs. Nous avons frotté les tables d'accouchement où il y avait du vieux sang séché... !

Pendant le séjour, la salle d'accouchement est restée propre, ce sont les accompagnantes qui nettoient les toiles cirées et les bassins nécessaires à l'accouchement. Les matrones s'appliquaient à bien nettoyer les tables après la naissance ; nous leur avons montré l'importance de soulever les matelas pour que la table ne rouille pas et du coup qu'on n'y laisse pas d'aiguilles par inadvertance.

Concernant le nettoyage du matériel : celui-ci est nettoyé à la lessive après chaque utilisation puis laissé à tremper dans de l'eau de javel au moins toute une journée. Je pense qu'il serait bien en plus de le faire bouillir, mais n'ayant strictement aucune connaissance en matière de stérilisation des instruments je n'ai pas voulu m'avancer sur ce terrain, et puis je ne pouvais m'appuyer sur les fiches faites lors des précédentes missions ne les ayant pas trouvées.

L'entretien des sols de la maternité est effectué par une femme venant de façon peu régulière. Celle-ci est employée par l'ASSACO, et doit venir normalement de façon hebdomadaire d'après les explications que j'ai eues auprès de Fatim.

Le centre de santé est maintenant équipé de panneaux solaires et de batteries, ce qui permet de travailler à la lumière de jour comme de nuit.

ACTIVITÉS

Activité à la maternité de Niéna du 9 janvier au 6 février 2008 :

Il y a eu un total de 44 accouchements à la maternité et 2 accouchements à domicile.

Les soucis

Accouchements prématurés (2)

-Accouchement à 31-32SA :L'accouchement a eu lieu à domicile. Le bébé pesait 1500g, il est arrivé à la maternité, à peine couvert, dans une bassine ; sa température était à 33°. La femme et son bébé sont restés 24 heures en observation ; pour lui donner le lait on tirait le lait de la maman dans une cuillère et le bébé arrivait à prendre par petites gorgées. Mais ce bébé n'arrivait pas à se réchauffer. J'avais beau le placer contre la peau de la maman, je le retrouvais systématiquement tout seul dans le lit une heure après. Je voulais les garder un peu plus longtemps en surveillance, mais je suis partie en consultation à Karangasso et le soir il n'y avait plus personne. Ce bébé aurait dû être transféré à Sikasso ou au moins traité par antibiotique mais la maman était une jeune fille de 16 ans,

célibataire, qui n'avait aucun moyen, elle n'avait pas non plus fait suivre sa grossesse. J'ai appris que 2 jours plus tard l'enfant était décédé.

-Accouchement de jumeaux autour de 33 SA

Accouchement à domicile (2):

-Accouchement d'un bébé prématuré

-Accouchement d'un bébé à terme : je patientais en pleine nuit dans la maternité avec une femme en travail, et Sxata était repartie se coucher. Un homme vient me voir et me parle en faisant des signes, mais ne comprenant pas le bambara, je me trouve embêtée pour l'aider. Je veux prendre le temps de réveiller Sxata, mais il insiste par des signes de le suivre. Je le suis dans la cour du centre de santé : et je découvre par terre à l'entrée du centre une femme avec son enfant entre les jambes avec le placenta. . . Le bébé en plein vent, rien pour le recouvrir. . .

Accouchement de jumeaux (2):

-Il y a eu deux accouchements de jumeaux pendant mon séjour. Le premier je n'étais pas présente Sxata l'avait effectué dans la nuit sans me réveiller.

-Le deuxième eut lieu avec Manténé. Ce fut pour moi une surprise car nous ne l'avions pas diagnostiqué avant l'accouchement. Le travail était long, et j'avais une MU à 35cm je m'attendais à un gros bébé, et malgré des palpations répétées pour voir ce qui pouvait bloquer le travail je n'ai jamais senti deux pôles fœtaux. A la naissance du premier, une petite fille, je fus surprise par son petit poids (1,650Kg), c'est alors que j'ai compris qu'il y en avait un deuxième . Le deuxième se présentait en céphalique avec procidence de main. J'ai réussi à refouler la main derrière. J'ai angoissé pour cette 2^{ème} naissance car le col était à 8cm, et la femme ne voulait plus pousser. Manténé d'un grand calme m'a dit de ne pas m'inquiéter car elle avait eu, une fois, un bébé né le soir et le deuxième le lendemain matin . . . J'ai donc patienté et le deuxième bébé est né 1heure après le premier, c'est un petit garçon d'1kg900. Pendant mon séjour j'ai appris que le petit garçon était décédé mais que la petite fille se portait bien.

Accouchement par forceps :

-Une 9^{ème} pare se présente à dilatation complète, la présentation est engagée partie moyenne. Cette femme mesure 1m50, et présente une MU à 36cm. Cette femme aurait dû être référée dans un centre de référence c'est-à-dire à Sikasso. Le bébé doit naître vite le liquide amniotique est couleur « purée de poids » et les bruits du cœur commencent à ralentir. Les efforts expulsifs sont insuffisants, le bébé reste coincé partie moyenne. Avec le Dr Kenta on se pose la question d'un transfert, car il faut maintenant faire vite. (Les forceps apportés par Teriya n'étaient pas encore là). On appelle donc le Dr Traoré qui tient une clinique privée, celui-ci est entièrement d'accord pour nous prêter ses forceps. Le Dr Kenta réalise donc une extraction avec une bonne maîtrise. Le nouveau-né sort bien étonné, mais après une « bonne » aspiration à la poire et un bon séchage on entend le joli cri de ce garçon.

Accouchement de mort-né (3)

-2 Accouchements de nouveau-nés macérés.

-Accouchement d'un mort-né chez une primipare. Cette femme est arrivée en début de travail pendant la nuit, Sxata ne m'a pas réveillé pour suivre le travail avec elle. Le matin elle doit partir, quand je prends la relève et examine la femme, je ne perçois pas de bruit du cœur à l'auscultation fœtale. Je doute d'abord de mon examen, car Sxata ne m'a rien dit de particulier et m'a affirmé que tout allait bien. Mais après différentes auscultations je ne perçois toujours pas les bruits du cœur. Effectivement le bébé à la naissance est sans vie. Je pense que ce bébé est décédé pendant le travail, par un cordon serré, il n'y avait aucun signe de macération sur l'enfant.

Curetage

Une femme est accueillie par Fatim pour un avortement avec une hémorragie très modérée. Fatim veut immédiatement la cureter (en a-t-elle le droit ?) mais le col est fermé je ne vois pas comment elle veut s'y prendre on n'a pas de quoi dilater le col . Mais elle m'assure que en forçant un peu on peut passer la curette. Pour ma part l'hémorragie ne me soucie pas je préférerais prescrire du methergin et des antibiotiques à cette femme. Le Dr Kenta étant présent ce jour là, je lui réfère cette patiente lui demandant quelle serait la meilleure conduite à tenir.

Le Dr Kenta a une seringue d'aspiration en plastique, avec différentes tailles de sonde permettant un passage au niveau du col de l'utérus. La femme aura donc un curetage au moyen de cette seringue et repartira avec une prescription d'antibiotique. Si je n'avais pas été là, je ne suis pas sûre que Fatim aurait demandé de l'aide au Dr Kenta, et aurait sûrement essayé le passage d'une curette au risque de provoquer des lésions importantes.

Patiente référée à Sikasso (hôpital de référence) (3)

-PRIMIPARE à terme: arrêt de la progression de la dilatation à 4cm avec absence d'accommodation du mobile fœtal. Cette femme est arrivée à 2cm vers 19h à la maternité de Niéna, elle sera transférée vers 16h à 4cm. J'apprendrai par la suite qu'elle a accouché le lendemain matin par forceps, le bébé allant bien.

-PRIMIPARE à terme. Patiente âgée de 17 ans, mesurant 1m50 et présentant une Xu à 35cm avec une tête haute et mobile. Patiente présentant une vaginite aigue refusant tout examen.

-PRIMIPARE à terme se présentant à dilatation complète, la tête est engagée partie haute. Cette femme mesure 1m52 et présente une XU à 32 cm. Après deux heures à dilatation complète le mobile fœtal n'est pas descendu, Sxata essaye de faire pousser la femme sans succès . Le Dr Kenta est absent, on appelle à la clinique du Dr Traoré pour savoir si quelqu'un peut venir nous aider. Un des médecins (le Dr Ouattara) qui travaille à la clinique vient voir s'il peut effectuer des forceps. Celui-ci trouve que maintenant la tête est trop descendue pour pouvoir passer les branches du forceps. Après quatre heures à dilatation complète sans aucune évolution de la présentation, nous nous décidons enfin à transférer l'enfant. A Sikasso l'enfant naîtra sans problème, mais décèdera dans les heures de la naissance.

Pour cette patiente je me suis posée la question d'un transfert rapidement car cliniquement je trouvais que le bassin était rétréci au détroit moyen. Mais j'ai voulu laisser faire étant donné que la dilatation avait été rapide et que le mobile fœtal avait eu une bonne accommodation. Plus le temps passait, plus

Je m'en suis voulu de ne pas avoir pris ma décision plus rapidement. Ce n'est pas tant l'enfant qui m'inquiétait mais j'ai eu peur que cette femme ne rompe son utérus.

Je trouve que cette gestion des transferts n'est pas évidente, comment faire la part des choses, entre nos angoisses occidentales, la réalité clinique sur place, le manque de moyen financier.

Cpn : consultations prénatales

Les Cpn se déroulent sur 4 matinales à la maternité de Niéna ; le lundi et le jeudi sont réservés pour les nouvelles consultations et le mardi et le mercredi pour les femmes étant déjà suivies. Le vendredi est gardé pour le suivi des enfants et pour les consultations post natales, mais je n'ai pas eu l'occasion d'y participer, le vendredi étant le jour où je me rendais à DougoukoloBougou.

En principe les consultations débutent vers 8h30/9h, mais celles-ci débutaient réellement vers 9h30, le temps que le personnel de la maternité soit présent et que les femmes arrivent après leur différentes tâches ménagères.

J'ai participé tous les jours aux consultations, mais il a été difficile de prendre une place, car il y a des jours où on était parfois 6 personnes dans la pièce. Les 2 matrones, Sxata et Manténé, pouvaient être présentes, l'infirmière obstétricienne Fatim, et 2 bénévoles viennent donner un coup de main. Cela fait beaucoup de monde à graviter dans une si petite pièce. L'organisation est la suivante : une personne tient le dossier des Cpn, une autre s'occupe des ordonnances, une autre s'occupe du bon de consultation et encaisse l'argent, et enfin une autre s'occupait de l'examen clinique.

L'interrogatoire se fait de façon globale par l'ensemble des personnes présentes. Ce qui pour moi a été difficile à suivre ; ne comprenant pas le bambara je ne savais plus à qui demander les informations, et lorsque l'on avait besoin de mon aide on me restituait diverses informations un peu dans tous les sens.

L'examen clinique me paraît être fait de façon assez méthodique : mesure de la taille, prise du poids, mesure de la tension artérielle, examen des conjonctives à la recherche d'une anémie, inspection et palpation des seins, inspection et palpation des jambes à la recherche de varice, d'œdème.

L'examen obstétrical est lui aussi bien réalisé : inspection de l'utérus, mesure de la hauteur utérine, recherche de la présentation, auscultation fœtale et le toucher vaginal est effectué de manière systématique à la recherche des infections vaginales.

À la suite de ces consultations on prescrit systématiquement une supplémentation en acide folique et en fer. On profite des ces consultations pour mettre en place une prévention anti palu ; à chaque première consultation est distribuée pour chaque femme enceinte une moustiquaire imprégnée et un traitement préventif est prescrit. Ce traitement correspond à la prise de 2 doses de 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine entre le 4^{ème} et 7^{ème} mois de la grossesse avec un intermédiaire d'un mois entre les prises.

Ces consultations sont aussi l'occasion de vérifier la vaccination antitétanique chez la femme enceinte, les matrones savent rappeler l'importance de se faire vacciner, et demandent à ce que les femmes reviennent le vendredi au dispensaire jour de vaccination.

Il apparaît y avoir une bonne prise en charge des consultations par le personnel de santé qualifié. La clinique me paraît assez satisfaisante, le dépistage des femmes à risques est fait de manière consciencieuse.

Mais il y a un point auquel je me suis heurtée pendant le séjour, celui des infections vaginales et donc de la prescription systématique d'antibiotique. Pour chaque femme nouvellement consultante j'ai découvert que l'on prescrivait de manière systématique de la nystatine et de l'érythromycine ; à la demande de savoir si il y avait des signes cliniques on me répondait qu'à partir du moment où il y avait des pertes il fallait traiter car toutes les femmes africaines sont infectées.... J'ai donc expliqué l'importance au moment de l'examen de savoir regarder la vulve à la recherche d'une irritation, savoir regarder les pertes, et faire la différence entre la physiologie et la pathologie. Mes explications ont bien été vaines.

Accouchements : technique

Admission

Quand une femme arrive en travail, les matrones ont l'habitude de juste effectuer un toucher vaginal et marquer sur le partogramme des paramètres non pris. J'ai travaillé sur l'importance de sortir les fiches de CPN, de refaire un interrogatoire pour voir si la femme était à risque et de refaire un examen clinique complet à l'admission.

Suivi du travail

Lorsqu'une femme était en travail, je suivais le travail avec la matrone qui était de garde. Cela a pu se faire simplement avec Skata et Manténé qui étaient contentes du travail en collaboration, celles-ci m'appelaient pour chaque naissance même dans la nuit. Avec Fatim cela a été plus laborieux, lorsqu'elle me réveillait la nuit pour suivre le travail et repartait se coucher immédiatement. Elle ne se relevait qu'au moment de l'accouchement et même si je lui demandais de l'aide au moment des examens elle ne se levait pas. Dans la journée elle me cachait le suivi du travail, et ne m'appelait pas au moment de l'accouchement.

Selon les procédures les femmes sont examinées toutes les 2 heures si celles-ci sont en phase de latence c'est-à-dire jusqu'à 4 cm, puis toutes les heures en phase active du travail ; ceci est bien respecté pour la surveillance de la dilatation ; en revanche le pouls, la tension, la température ne sont pas repris systématiquement. En fin de séjour elles effectuaient la surveillance des paramètres quand j'étais dans la salle, je ne sais pas si cela va continuer.

L'auscultation fœtale ne me paraît pas être prise correctement. Les matrones savent quelles sont les valeurs correctes à avoir et j'ai l'impression que le nombre de battements était donné au hasard. Je

LEUR AI EXPLIQUÉ L'IMPORTANCE DE PRENDRE LE TEMPS D'ÉCOUTER SUR UNE MINUTE ET SURTOUT D'OBTENIR QU'IL N'Y AIT PLUS DE BRUIT DANS LA SALLE. CE DERNIER POINT A ÉTÉ DIFFICILE À RESPECTER, QUAND J'AUSCULTAIS RARES ÉTAIENT LES MOMENTS DE SILENCE.

LA SURVEILLANCE DE LA DILATATION ME PARAÎT ÊTRE CORRECTEMENT ACQUISE.

LE GESTE DE LA RUPTURE DES MEMBRANES ME PARAÎT CORRECTEMENT UTILISÉ. J'AI TROUVÉ QU'ELLE ÉTAIT PRATiquÉE À BON ESCIENT. ELLES PRATIQUENT CE GESTE AVEC UN EMBOUT DE TUBULURE. CE QUI N'EST PAS TOUJOURS ÉVIDANT. UNE DEMI-KOCHER POURRAIT LEUR ÊTRE UTILE.

TRAITEMENT UTILISÉ PENDANT LE TRAVAIL :

LORSQU'UNE FEMME ARRIVE EN TRAVAIL ET QU'ELLE N'EST PAS À DILATATION COMPLÈTE J'AI TROUVÉ QUE L'ON UTILISAIT TRÈS LARGEMENT LE BUTYL XYOCINE. LORSQUE LE TRAVAIL SE DÉROULAIT NORMALEMENT LE BUTXYL ÉTAIT UTILISÉ POUR ACCÉLÉRER LA DILATATION. J'AI ESSAYÉ D'EXPLIQUER PAR MON EXPÉRIENCE QUE LE BUTXYL AGISSAIT SUR DES COLS TONIQUES ET QUE SI LE COL ÉTAIT MOU CELA SERVAIT À RIEN D'EN UTILISER ET DONC DE FAIRE DES PRESCRIPTIONS INUTILES.

À MON ÉTONNEMENT SUR DES TOUT DÉBUTS DE TRAVAIL, J'AI PU CONSTATER QUE L'ON INJECTAIT DE LA QUININE EN IM. EN EXPLICATION, ON M'A DIT QUE TOUTE LA FEMME AVAIT LE PALU ET QUE LES DOULEURS ÉTAIENT AUGMENTÉES AVEC CELUI-CI. PAR LA SUITE LES MATRONES NE LE FAISAIENT PLUS DEVANT MOI, MAIS J'AI PU RETROUVER DES AMPOULES VIDES.

CONCERNANT L'UTILISATION DE L'OCYTOCINE, SXATA M'A PROPOSÉ UNE FOIS L'INJECTION EN IVD, JE LUI AI DONC RAPPELÉ L'INTERDICTION DE LE FAIRE DE CETTE MANIÈRE, ET QU'IL FALLAIT QU'ELLE L'UTILISE EN IM POUR LA DÉLIVRANCE DIRIGÉE OU BIEN LORS DE SAIGNEMENTS DU POST PARTUM. IL ME SEMBLE QUE CE POINT AVAIT DÉJÀ ÉTÉ TRAVAILLÉ PAR LES SAGES-FEMMES PRÉCÉDENTES. PAR LA SUITE ELLE NE ME L'A JAMAIS PROPOSÉ.

LORS D'UN SUITI DE TRAVAIL D'UNE 9^{ème} PART, MANTÉNÉ A CONFONDU UNE AMPOULE D'OCYTOCINE AVEC UNE AMPOULE DE BUTXYL. CELLE CI S'EN EST RENDUE COMPTE DEVANT LA DOULEUR BRUTALE DE LA FEMME ET NE RETROUVANT PAS L'AMPOULE D'OCYTOCINE À PRÉPARER POUR LA DÉLIVRANCE DIRIGÉE. IL RESTAIT DANS LES MÉDICAMENTS APPORTÉS L'ANNÉE PRÉCÉDENTE UNE AMPOULE DE SALBUTAMOL. J'AI PU EFFECTUER UNE INJECTION D'UNE DEMI AMPOULE, ET PASSER LE COL MANUELLEMENT, HEUREUSEMENT LA FEMME ÉTAIT DÉJÀ À 9CM, APRÈS 2 EFFORTS EXPULSIFS D'UNE GRANDE EFFICACITÉ, LE BÉBÉ SORT BIEN ÉTONNÉ MAIS RÉCUPÈRE VITE APRÈS UNE FRICTION À L'ALCOOL PAR MANTÉNÉ. JE PENSE SINCÈREMENT QUE MANTÉNÉ A CONFONDU LES 2 AMPOULES, ELLE ÉTAIT VRAIMENT EMBÊTÉE PAR LA SITUATION ET M'EN A REPARLÉ LE LENDemain.

POUR MA PART J'AI UTILISÉ 2 FOIS DE L'OCYTOCINE DANS UN SÉRUM GLUCOSÉ EN GOUTTE À GOUTTE, DEVANT DES STAGNATIONS DE LA DILATATION.

PENDANT LE TRAVAIL, J'AI DEMANDÉ À CE QUE L'ON FASSE UNE PETITE TOILETTE AU MOMENT DE LA RUPTURE, ET AVANT LA NAISSANCE, D'AUTANT PLUS QUE L'ON N'EFFECTUE PLUS DE BAIN AU NOUVEAU-NÉ. CELA C'EST FAIT SANS AUCUN PROBLÈME POUR MANTÉNÉ, QUI M'A EXPLIQUÉ QU'ELLE LE FAISAIT AVANT, JE N'AURAI PAS L'EXPLICATION POURQUOI ELLE AVAIT ARRÊTÉ. AVEC SXATA, IL FALLAIT SOUVENT DEMANDER DE LE FAIRE.

ACCouCHEMENT

L'ACCouCHEMENT S'EFFECTUE SUR LE BASSIN. LA TECHNIQUE DE L'ACCouCHEMENT ME PARAÎT BIEN MAÎTRISÉE.

Avec la nouvelle table il y a maintenant des étriers mais je n'ai pas osé au début du séjour les utiliser, ne voulant pas transformer toutes les habitudes ; puis j' ai laissé l'idée de côté n'ayant plus assez de temps... Peut être serait-ce un point à travailler lors d'une nouvelle venue d'une sage-femme. En effet cela permettrait de mieux effectuer la restitution des épaules lors de la naissance et surtout permettre une meilleure surveillance de la délivrance.

Je n'ai pas eu d'accouchement dystocique nécessitant de manœuvre.

Pendant mon séjour deux épisiotomies ont été réalisées, une effectuée par le Dr Kenta lors d'une naissance par forceps, et une que j'ai effectuée lors d'un accouchement d'un bébé mort né dont la tête n' ampliait pas suffisamment le périnée.

Nous n'avons pas eu (étonnement) le cas de déchirure nécessitant une suture.

Délivrance:

Après la naissance, de l'enfant une injection d'ocytocine 10UI est réalisée systématiquement en intramusculaire dans la cuisse de la femme. L'asepsie est bien respectée. Le respect de la physiologie de la délivrance est satisfaisant. Je n'ai pas eu de cas de non décollement placentaire. L'examen du placenta se fait de manière très succincte.

Puis les femmes restent sur le bassin juste le temps de faire une toilette et de remettre leur pagne. Les saignements et le globe utérin ne sont quasiment pas surveillés.

Pendant l'ensemble de mon séjour, j'ai insisté sur le risque d'hémorragie de la délivrance. J'ai demandé à ce que l'on garde les femmes en observation pendant au moins une demi heure sur le bassin pour pouvoir contrôler le globe utérin et si nécessaire de masser l'utérus. Puis de surveiller les femmes au moins toutes les deux heures le temps qu'elles restent en observation. Mais ceci a été très difficile à respecter. Les matrones et l'infirmière obstétricienne avaient du mal à voir l'intérêt et voulaient souvent libérer la salle d'accouchement au plus vite. Avec Fatim cela a été d'autant plus difficile qu'elle m'a certifié qu'avec elle les femmes ne saignaient jamais(?) et donc qu'il n'y avait pas de raison de s'inquiéter. J'ai donc repris avec elle les anciens cahiers d'accouchement et pu constater qu'il y avait des cas d'hémorragies avec elle. Mais elle n'a rien voulu entendre sur ce point. Mes conseils me sont donc apparus difficiles à mettre en place pour toutes les femmes. J'ai essayé d'orienter la surveillance chez les femmes à risques hémorragiques. J'ai fait un rappel aux matrones concernant les femmes à risque, et montré l'intérêt d'anticiper chez ces femmes.

J'ai refait un rappel à chacune au moment de la naissance de l'intérêt de l'examen du placenta. J'ai insisté pour que celui-ci soit fait à la lumière, et non dans le bassin avec le sang de l'accouchement. Et qu'il soit fait de façon méthodique. Mais il m'a semblé que ce sujet ne les intéressait absolument pas.

Pendant mon séjour j'ai attendu désespérément la démonstration clinique de l'intérêt de mes conseils, mais je n'ai eu aucun cas clinique.

Les accouchées restent en observation quelques heures, parfois une nuit. Celles ci, ainsi que leur nouveau né, ne sont pratiquement pas vus pendant ce temps. Dans la journée j'ai insisté sur le fait d'y

aller régulièrement pour surveiller les constantes de la femme ainsi que les saignements. Mais souvent j'y allais seule et personne n'était là pour prendre mon relais.

Les accouchées repartent chez elles avec une ordonnance en systématique de fer et d'acide folique. Des antibiotiques sont parfois prescrits et cela me semble être prescrit à bon escient (liquide méconial, accouchement à domicile, suspicion d'infection urinaire, mort-né)

Les accouchées doivent bénéficier d'une prise unique de vitamine A, afin de prévenir les carences chez l'enfant par le biais de l'allaitement. La vitamine n'a jamais été prescrite pendant mon séjour avant une rupture de stock au dépôt du CESCO.

Soins au nouveau-né :

Mon premier accouchement a eu lieu dans la précipitation, la femme étant arrivée à dilatation complète, tête sur le périnée, je n'avais donc pas pu prendre le temps de préparer mon matériel. C'est la matrone Manténé qui s'en est chargé. Pour l'accouchement elle m'avait préparé une pince Kocher, un fil et la paire de ciseaux, et pour l'accueil du nouveau-né aucun pagne propre n'avait été demandé. J'ai eu du mal à prendre le pli pour effectuer un nœud avec le fil de coton, je me trouvais mal installée sur le ventre de la maman pour le faire proprement et puis je voulais absolument me dépêcher pour pouvoir bien sécher ce bébé, et surtout mes mains glissaient; je n'arrivais pas à trouver la bonne technique pour que mes nœuds tiennent. Au fil des naissances je me suis largement améliorée à effectuer mes nœuds au cordon, plus besoin à la fin de faire 40 nœuds pour être sûre que cela tienne.

Pour les naissances suivantes j'ai donc demandé que l'on prépare les 2 pinces Kocher, et que l'on anticipe à demander aux accompagnantes des pagnes propres pour le nouveau né . A chaque naissance nous avons pu procéder ainsi : nous coupons le cordon entre les 2 pinces Kocher, puis prenons le bébé pour bien le sécher puis le mettre dans son pagne propre. Nous pouvions par la suite prendre tranquillement le temps de bien couper le cordon proprement. Il n'est pas à effectuer d'autres soins du cordon. Il me semble que cela pourrait être mis en place, peut être au moins juste une désinfection, je pense que ceci pourrait être une piste de travail.

Le bébé est par la suite, pesé puis mesuré. J'ai pu voir dans certains cas le bébé laissé sur la balance en plein courant d'air pendant que l'on finissait de s'occuper de la maman. J'ai donc rappelé le problème de la régulation thermique, et, à défaut de laisser le bébé en peau à peau avec sa maman, de le laisser au moins bien couvert dans les bras d'une accompagnante. Il n'y a pas d'examen complet du nouveau-né réalisé.

Problème de la régulation thermique :

J'ai été confronté, à la majorité des naissances, à des problèmes d'hypothermie chez le nouveau-né. Combien de fois mon thermomètre ne dépassait pas les 35° ? J'ai donc rappelé l'importance de bien sécher l'enfant pour qu'il n'y ait pas une déperdition de chaleur trop importante dès la naissance . Cela a bien été respecté le temps que j'étais là et je n'avais plus besoin de demander du linge sans arrêt pour sécher l'enfant. Les femmes n'ont pas l'habitude de prendre le bébé en peau à peau.

Nous avons essayé de le mettre en place après la naissance mais j'ai été confrontée à la réticence des femmes et à l'absence de soutien du personnel de santé. Quand je mettais l'enfant sur le ventre de la maman, je me retrouvais systématiquement dans les mêmes situations : d'une part la maman ne tenait pas son enfant et donc celui-ci glissait, et d'autre part les femmes étaient demandeuses de se lever rapidement.

Une fois l'accouchée dans la salle d'observation, malgré les mises systématiques au sein, dès que je repartais de la salle et revenais 10 minutes plus tard, je retrouvais l'enfant à côté.

Je n'ai pas réussi à trouver une approche de travail sur ce point, le personnel de santé est informé et connaît les bienfaits du peau à peau et de la mise au sein précoce, mais ne cherche pas à le mettre en place. Lorsque je leur demandais de m'appuyer je n'ai pas eu l'impression d'avoir un grand soutien.

J'ai pu rencontrer Adama Diallo, qui est responsable de l'association de la jeunesse du Ganabougou, celui-ci, lors de manifestation, met en place des informations sur la santé et l'hygiène de vie. J'ai donc parlé avec lui de l'importance de la peau à peau à la naissance de l'enfant, et des bienfaits de l'allaitement précoce. J'espère donc qu'il pourra diffuser ce message auprès des jeunes femmes pour que les habitudes puissent changer doucement.

Réanimation des nouveau-nés :

Lorsqu'un bébé naît un peu « sonné », les matrones ont l'habitude d'utiliser une poire d'aspiration pour dégager l'enfant, et de bien le stimuler.

Survenue, dans les rapports précédents, de la technique du stéthoscope de Pinard pour ventiler le nouveau né ; après 3 insufflations et une bonne friction à l'alcool par Manténé, notre bébé avait un bon cri vif et était bien vigoureux.

Stratégie avancée :

Pendant mon séjour je n'ai pu effectuer de départ en stratégie avancée avec les matrones. Normalement celles-ci sont effectuées par Fatim ou bien par Skata, mais elles ont arrêté de l'effectuer pendant la saison des pluies, les pistes étant trop boueuses. Maintenant elles pourraient le mettre en place mais elles ont été chacune à leur tour en vacances.

J'aurais pu effectuer les stratégies avec Seydou, l'agent vaccinateur, mais je n'ai pas réussi à trouver un temps pour le faire, préférant rester travailler auprès des matrones.

CENTRE DE SANTÉ DE KARANGASSO

Comme prévu j'ai effectué tout les mardis les consultations à Karangasso.

Karangasso est un magnifique petit village en brousse. Je suis accueillie chaleureusement par Nana la matrone, et par Djeneba qui est en formation auprès de Nana, pour pouvoir la remplacer lorsque celle-ci s'absente.

Malgré les appels à la radio, nous avons eu très peu de consultations (une moyenne de 5 consultations chaque mardi).

J'ai eu le plaisir de découvrir une maternité propre et bien tenue. Nana est une matrone qui mène à bien ses consultations. Elle est minutieuse lors de ses interrogatoires et dans sa clinique. Le déroulement des consultations est le suivant :

-Interrogatoire: antécédents si c'est une première consultation, présence de contractions, de perte vaginales, de signes urinaires.

-mesure de la taille de la patiente

~ LA PRISE DE POIDS EST CORRECTE SI L'ON PENSE À REMETTRE À ZÉRO LA BALANCE ENTRE CHAQUE CONSULTATION

-PRISE DE LA TENSION: LORS DE MA PREMIÈRE CONSULTATION NOUS AVIONS EMPRUNTÉ UN VIEIL APPAREIL À TENSION QUI NOUS DONNAIT QUE DES CHIFFRES ASSEZ ÉLEVÉS. J'ai été étonnée de l'utilisation de cet appareil car je me rappelais que Teriya avait envoyé un nouvel appareil. Le mardi suivant, Nana m'apportait un tensiomètre neuf qui fonctionne parfaitement.

-PALPER OBSTÉTRICAL À LA RECHERCHE DE LA POSITION FŒTALE

-Nana à une technique particulière pour écouter les bruits du cœur elle n'utilise pas le stéthoscope de Pinard mais écoute directement à l'oreille. Pour ma part j'ai essayé une fois de cette manière et cela a été infructueux, je suis donc restée à la technique du stéthoscope.

-Nana ne fait pas de TV systématique lors des CPN.

-PRESCRIPTION SYSTÉMATIQUE DE FER/ACIDE FOLIQUE et de SULFADOXINE PYRIMÉTHAMINE.

-Si les femmes se plaignent de pertes vaginales elle prescrit en systématique de la nystatine et de l'érythroïne. J'ai voulu lui expliquer l'importance d'un examen clinique mais elle m'a semblé peu réceptive à mes propos.

Nana prend le temps de discuter auprès des femmes, elle leur redonne des conseils sur l'alimentation, sur le repos.

Pendant le temps où j'étais là, j'ai pu regarder Djeneba travailler. Elle paraît pour l'instant moins consciencieuse, prenait les hauteurs utérines de façon approximative et n'était pas rigoureuse sur la

palpation. J'ai revu ces points avec elle avec l'appui de Nana. Je lui ai expliqué le fonctionnement du tensiomètre et montré comment la prendre.

Pour mon dernier jour à Karangasso, j'ai eu le plaisir de pouvoir participer avec Nana et Djeneba à un accouchement. Le travail évoluant de façon lente, Nana m'a proposé d'effectuer une injection d'ocytocine en iyd. Je lui ai rappelé les dangers de l'utilisation de l'ocytocine, et lui est recommandé de l'utiliser pour les délivrances dirigées et en cas de saignements du post partum. A priori elle a du mal à savoir bien l'employer, les délivrances dirigées ne sont pas toujours effectuées et elle ne pensait pas que l'on pouvait s'en servir après la délivrance. Peut-être ce serait un point à travailler pour une prochaine mission.

L'accouchement a été effectué par Djeneba la femme en position assise sur la toile cirée. Nana m'a expliqué que ce sont les femmes qui choisissent comment elles souhaitent accoucher, si elles veulent utiliser la table d'accouchement, le tabouret d'accouchement, ou bien par terre sur la toile cirée. Le périnée n'est pas surveillé, mais sur un seul accouchement je ne peux me permettre d'avoir un avis, la physiologie de la délivrance me paraît correctement respectée.

A la naissance le nouveau né est lavé dans une bassine, dont l'eau a été préalablement chauffée par les accompagnantes. Ce nouveau-né m'a paru bien astiqué. Par la suite Nana effectue un soin au cordon, elle le désinfecte avec de l'alcool puis le protège avec une bande. Cette bande est préalablement achetée par Nana, puis chaque famille la rembourse (60 francs CFA) lors de l'utilisation. La femme reste alors en surveillance dans la chambre d'observation pendant quelques heures. Nana vient la voir régulièrement et préconise à l'accouchée de ne pas se lever directement. Elle met l'enfant en peau à peau et donc au sein de manière systématique.

D'un point de vue matériel, Nana a maintenant un tensiomètre, un pèse bébé, le matériel lui paraît suffisant. En revanche elle aurait besoin de petit consommable tel que coton, fil de coton pour le cordon.

Pendant mon séjour, Nana m'a demandé de la former pour des consultations post natales. J'ai été déçue de ne pas pouvoir l'aider car je n'ai pas d'expérience dans ce domaine et mes connaissances sont trop limitées. Je lui ai donné des pistes mais cela ne m'a pas paru suffisant. Je pense qu'il serait intéressant pour une prochaine mission de pouvoir préparer ce sujet.

CENTRE DE SANTÉ DE DOUGOUKOLOBOUGOU

Comme prévu dans le programme je partais tous les vendredis matin vers 8h30 pour Dougoukolobougou. Le village est situé le long du goudron(Rn7) à 16 km de Niéna.

J'ai été accueillie à bras ouverts par le personnel du centre de santé: la matrone Mariam Sangaré, l'infirmier Amadou et le gérant du dépôt de la pharmacie Mamoutou Diarra ; le chef de poste Ibrissa Traoré n'était pas là pendant cette période.

Les consultations prénatales sont effectuées le vendredi matin par Mariam, l'autre matrone qui travaillait avec elle a été mutée. Mariam est donc de garde 24x sur 24 ; elle a une chambre au sein de la maternité.

Mariam effectue un interrogatoire de façon rigoureuse: la situation familiale, les antécédents obstétricaux, la présence de contractions utérines, la présence de brûlure urinaire ou bien de perte vaginale. J'ai revu avec elle la différence entre les brûlures urinaires et les pertes vaginales ainsi que les traitements correspondants, car lorsqu'une femme se plaignait de brûlure, Mariam notait en systématiquement des pertes chez la femme. Elle m'a semblé être attentive à mes propos mais je ne sais pas si elle en tiendra compte car lorsqu'il y a besoin d'un traitement curatif elle réfère la femme à l'infirmier.

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 fœtale, écoute des bruits du cœur fœtal. Mariam n'effectue pas de toucher vaginal pendant les consultations, je lui ai rappelé et montré l'importance d'examiner la vulve et de savoir observer les pertes si la femme s'en plaignait.

Elle prescrit les traitements préventif c'est à dire le fer/acide folique et le sulfadoxine pyriméthamine.

Le matériel

La salle de consultation dispose d'un pèse- personne, d'un mètre ruban, d'un stéthoscope de Pinard d'une table d'examen et le tensiomètre est emprunté au dispensaire le vendredi. Pour la mesure de la taille des marques au mur ont été effectuées.

Mariam a de quoi faire deux accouchements. Les instruments sont décontaminés et stérilisés par ébullition dans une boîte en fer. Actuellement les instruments commencent à être bien abîmés il faudra peut être prévoir d'en rapporter lors d'une prochaine mission.

Sur les 3 vendredis passés à la maternité je n'ai pas senti Mariam investie par notre présence. Il est vrai qu'elle commence à devenir âgée et qu'elle est maintenant seule pour assurer tous les accouchements. Mais il me semble que de rester auprès d'elle sur une semaine serait plus instructif pour elle et pour nous.

INTERVENTION DANS LES ÉCOLES

À la demande de l'institutrice d'économie sociale et familiale, nous sommes intervenus dans les classes de 9^{ème} pour effectuer des rappels sur les infections sexuellement transmissibles, les risques d'une

GROSSESSE CHEZ LES TRÈS JEUNES FILLES, LES DANGERS DES AVORTEMENTS CLANDESTINS ET DES RAPPELS SUR LA CONTRACEPTION.

Cette intervention a été assez enrichissante pour ma part. Devoir s'exprimer devant une classe de plus de 80 élèves ce n'est pas de tout repos, mais j'ai trouvé les jeunes assez intéressés.

J'ai regretté de ne pas avoir apporté de manuels pour m'appuyer sur la préparation des cours. Ce qui aurait pu m'être utile pour traiter d'avantages sur les infections sexuellement transmissibles.

J'ai préparé ces cours avec la collaboration du Dr Kenta.

PROBLÈMES RENCONTRÉS LORS DE LA MISSION

La langue

La très grande majorité des femmes venant accoucher ne parle pas français, je me suis heurtée à cette barrière de la langue. Il a été difficile pour moi de pouvoir faire des interrogatoires précis.

Lorsque les matrones traduisaient elles le faisaient correctement, mais je ne suis pas sûre que l'intégralité de leur propos m'était traduit.

Merci à Claudine, pour son petit lexique qui nous a permis d'avoir une brève approche du Bambara. Maintenant, je peux savoir encourager une femme dans les efforts expulsifs (1 tonton, 1 jo)

Mise en place des actions

Les accouchements sont universels, mais quand on arrive on a l'impression de perdre ses repères. On voit qu'il y a plein de petites choses qui mériteraient d'être modifiées, qu'il manque un peu de technique, de connaissances, de moyen ... Par où commencer ?

Je n'ai pas voulu arriver en changeant tout, j'ai d'abord observé pendant une semaine puis je me suis fixé des points qui me paraissaient importants de changer mais également facilement réalisables (risques des hémorragies de la délivrance, petite toilette pendant le travail, mises au sein précoce ...). J'ai donc avec chacune travaillé sur ces points et travaillé ensemble. Au fil du séjour je me suis rendue compte que mes batailles sur l'hémorragie de la délivrance et sur le peau à peau étaient vaines. A posteriori je me questionne sur ma manière d'avoir fait. Maintenant et je ne sais pas si c'est la bonne solution, je prendrais toujours un temps d'observation, mais au bout d'une semaine je pense qu'il est important de fixer les objectifs avec l'ensemble de l'équipe et savoir aussi eux ce qu'ils attendent. Je pense que cela m'aurait aidé pour pouvoir vraiment avoir une action de formation.

Claudine n'a pas pu rester avec nous sur Niéna, et je pense que sa présence aurait été pour moi rassurante. J'ai eu l'impression d'être parfois une démunie face aux situations et de parfois m'éparpiller en voulant juste faire de « petites » choses. Je crois que ce soutien m'aurait aidé à bien orienter mon travail, ou bien me reconforter dans mes actions.

Il y a bien le téléphone, c'est vrai que je ne l'ai pas utilisé. Mais pour moi ce moyen de communication n'était là qu'en cas de gros problème.

Le chef de poste est actuellement le Dr Kenta. Celui-ci n'était pas là à notre arrivée. Nous avons débuté la mission un peu dans le flou. Prenant petit à petit nos marques, travaillant avec le personnel mais ne sachant pas toujours où étaient nos limites d'actions. Lorsque celui-ci est arrivé il était plein d'entrain pour faire changer les choses, et souhaitait que l'on travaille ensemble. Il était motivé pour que je fasse des actions de formations auprès des matrones, il souhaitait que je fasse des cours et que lui soit là pour adapter à la réalité du centre de santé de Niéna. Malheureusement il est reparti, je n'ai donc pas pu mettre ces cours en place.

Matériel

Suite à des aléas logistiques, nous n'avons pas pu apporter de matériel et de médicaments comme cela se faisait les années précédentes (nous avons pu récupérer quelques médicaments que Claudine transportait dans ses affaires personnelles). A notre arrivée au centre de santé nous avons senti la

déception du médecin et du gérant de l'entrepôt de médicament. La première semaine nous avons entendu régulièrement qu'il était vraiment dommage que nous soyons arrivés les mains vides.

Pour ma part, j'ai du travailler avec les moyens strictement locaux. Malgré une visite à la pharmacie privée et au dépôt de centre de santé, je ne savais pas toujours sur quoi je pouvais compter. Et cela entraînait un coût supplémentaire pour les familles.

PISTES DE TRAVAIL ?

Matériel :

La maternité me paraît maintenant correctement équipée en matériel (tensiomètre, forceps, thermomètre, pèse-personne, matériel d'accouchement et de suture). Mais il me paraît important d'avoir du rangement adapté. Car pour l'instant tout traîne sur les différentes paillasses, prenant la poussière perpétuelle. Il me paraît possible de mettre en place une armoire à casiers dans la salle de consultation. On pourrait ainsi ranger convenablement les dossiers de suivi de grossesse et pédiatrique. Ranger aussi le matériel pour que celui-ci ne soit pas trop poussiéreux. Sous la paillasse des étagères pourraient être installées car pour l'instant cela fait office de grand placard fourre tout. Avec ce rangement cela pourrait libérer la paillasse qui actuellement n'est pas utilisable. A la fin de mon séjour, j'en ai fait part à Moussa Tchekoroba Diallo de l'association Teriya. Il a fait venir un menuisier pour pouvoir budgétiser ce projet, cela reviendrait à un coup de 150 000 francs CFA.

Si ce rangement se met en place, il serait intéressant que cela soit fait lors de la venue d'une sage-femme de PPUH, pour que tout ne soit pas remis sans avoir fait du tri préalable.

Formation.

Lors de la venue d'une prochaine équipe, suite à l'accouchement vu à Karangasso, il me paraît faisable de mettre en place les soins du cordon chez le nouveau-né. Actuellement après la naissance celui-ci est juste essuyé, puis on le laisse à l'air sans rien faire d'autre. Au cours de mon séjour j'ai vu quelques nouveau-nés revenir pour des infections à la base du cordon, je pense que cela pourrait être amoindri.

Il me paraît aussi important de continuer de travailler sur le risque des hémorragies de la délivrance. En effet actuellement il manque une réelle anticipation du risque. Le Dr Kenta à son arrivée, a demandé à ce que l'on pose un cathéter en systématique à toutes les femmes venant accouchées. Cela n'est actuellement absolument pas fait. Je pense que cela peut au moins être fait aux femmes à risques. C'est ce que j'ai essayé de travailler pendant le temps où j'étais là mais je pense que cela est loin d'être acquis.

CONCLUSION

Ce séjour à Niéna a été pour moi un moment très riche, tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

Ces 5 semaines m'ont paru très courtes. Il m'a fallu une bonne semaine pour prendre mes repères. Il me semble qu'une durée de 2 mois aurait été plus satisfaisante pour réellement mettre des actions en place ou pour approfondir les connaissances des matrones.

Les matrones de Niéna sont désireuses d'approfondir leurs connaissances, elles apprécient la venue des sages-femmes de PPUN..

Concernant le centre de Dougoukolobougou, il me semble que notre venue est trop ponctuelle pour avoir un réel partage d'expérience. Le temps est trop court pour prendre ses marques et établir une relation de confiance.