

PRISE EN CHARGE DES FEMMES PARTURIENTES

Ouagadougou – Burkina Faso

mai-juin 2008

Sandrine MARIAUX - Anne PERRIN

Magali RUFENACHT - Lisa STOJAN

TABLE DES MATIERES

1)	Introduction	p. 3
2)	Méthodologie	p. 4
3)	Contexte socio-économique du Burkina Faso	p. 5
4)	Organisation du système de santé à Ouagadougou	p. 7
5)	Planning Familial	p. 10
6)	Consultations gynécologiques	p. 12
7)	Campagne de réparation clitoridienne	p. 14
8)	Consultations gynécologiques en vue d'une grossesse	p. 17
9)	Consultations prénatales	p. 19
10)	Echographies	p. 23
11)	Accouchements par voie basse	p. 25
12)	Accouchements par césarienne	p. 35
13)	Soins administrés au nouveau-né après la césarienne	p. 39
14)	Visites post-natales	P. 41
15)	Allaitement	p. 42
16)	Consultations pédiatriques	p. 44
17)	Décès du nouveau-né	p. 46
18)	Mortalité maternelle	p. 47
19)	Pathologies en relation avec la grossesse :	p. 50
	1. Hémorragies	p. 50
	2. Infections	p. 52
	3. Hypertension	p. 57
	4. Souffrance fœtale	p. 58
20)	Interviews des parturientes	p. 59
21)	Conclusion	p. 66
22)	Bibliographie	p. 67

INTRODUCTION

C'est en nous souvenant de l'un de nos cours de 2^{ème} année, où nous avons été confrontées à la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, que nous nous sommes décidées pour ce stage. Ce sujet nous avait particulièrement touchées et nous avons voulu en savoir un peu plus. A Genève, on ne recense pratiquement plus de mort maternelle, parce que nous avons les moyens financiers et techniques de repérer les grossesses à risque, de les suivre et, enfin, de préparer la délivrance adéquate. Tout ceci permet de prévenir la grande majorité des morts maternelles et néo-natales.

Lors de la préparation de notre projet d'immersion en communauté (IMC) nous avons eu l'occasion de parler avec la Dresse Heli Batija qui travaille sur la santé reproductive à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève. Elle nous a proposé d'écrire à un médecin burkinabé avec qui elle était en contact depuis de nombreuses années, le Dr Charlemagne Ouedraogo, chef du département de gynécologie au Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30 à Ouagadougou, pour lui demander s'il était d'accord de nous accueillir et de soutenir notre projet.

Nous nous sommes donc penchées sur le problème de la mortalité maternelle au Burkina Faso et voici quelques-unes des informations que nous avons retenues.

Au Burkina Faso, on enregistre 200 millions de grossesses/an dont 1/3 ne sont pas désirées. Chaque année, 50 millions d'avortements sont pratiqués, dont la moitié dans des conditions à risque, l'avortement étant actuellement illégal au Burkina Faso. Le nombre de morts maternelles s'élève à 600'000 / an et celui des décès de nouveaux-nés à 3 millions. Ces chiffres sont très alarmants et justifient, à notre avis, notre projet de recherche.

Nous avons donc pris contact avec le Dr Ouedraogo, qui a gentiment accepté de nous accueillir et nous nous sommes fixé les objectifs de stage suivants :

- Observer les différentes étapes de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés par le personnel soignant.
- Observer les mesures d'hygiène mises en place
- Observer les méthodes utilisées lors de complications liées à la grossesse et à l'accouchement
- Observer la différence des prises en charge entre un CMA et un Centre de santé de périphérie (CSPS)

Par ces observations, nous voulions tenter de déterminer s'il existait une ou plusieurs causes visibles, expliquant la différence des taux de mortalité maternelles et infantiles entre un pays du Nord, comme la Suisse, et un pays du Sud, comme le Burkina Faso.

METHODOLOGIE

Pour mener à bien notre projet et remplir nos objectifs, nous avons ciblé plusieurs domaines de la médecine en rapport avec la grossesse et les premiers mois de vie du nourrisson, c'est-à-dire :

- Le planning familial, en particulier la contraception (travail avec les sages-femmes)
- Les consultations gynécologiques, ciblées sur l'infertilité et les plasties clitoridiennes (travail avec les gynécologues)
- Les consultations prénatales (travail avec les sages-femmes et les gynécologues)
- La prise en charge des avortements spontanés et/ou incomplets (travail avec les sages-femmes et les infirmières)
- La prise en charge des accouchements par voie basse (travail avec les sages-femmes et les accoucheuses)
- La prise en charge des césariennes et autres opérations gynécologiques, à savoir les grossesses extra-utérines, les myomes et les reconstructions clitoridiennes (travail avec les gynécologues et le personnel du bloc opératoire)
- La prise en charge du nouveau-né : réanimation (si nécessaire) et suites de couches, ou réanimation et post-opératoire (travail avec les sages-femmes et les infirmières)
- La prise en charge du nourrisson (travail avec les médecins et les infirmières)
- Discussions avec les mères de leur vécu de la grossesse
- Discussions avec le personnel soignant de la prise en charge, des contextes culturel et socio-économique
- Observation et assistance du personnel soignant dans ses différentes activités

Difficultés rencontrées:

Lors de notre stage, nous avons rencontré les difficultés suivantes :

- La barrière de la langue (Mooré/français) dans les entretiens avec les femmes
- Les difficultés à se comprendre en français (accent, vocabulaire, habitudes de langages, etc.)
- La difficulté à obtenir une réponse adéquate, due au désir de satisfaire à tout prix, de la part des gens questionnés
- Le manque de motivation de certains membres du personnel soignant à transmettre leurs connaissances lors de leurs activités (nous avons remarqué que cette difficulté était également rencontrée par les stagiaires locaux)
- Les difficultés à prendre rendez-vous et à trouver les gens (par exemple : savoir quand viennent les médecins, où, pour combien de temps, etc.)
- L'adaptation à un mode de vie totalement différent, et notamment l'apprentissage de la patience
- La difficulté à faire face à des différences culturelles très importantes (comme par exemple la perception de la douleur)

CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DU BURKINA FASO

La population burkinabée survit principalement grâce à l'agriculture qui représente 32% du PIB et occupe 80% de la population active. Le Burkina Faso est en outre le premier producteur de coton en Afrique. La faiblesse en ressources naturelles et l'aridité des sols rendent cependant le travail de la terre pénible et peu rentable. En 2006, une personne sur trois vivait en dessous du seuil de pauvreté. En 2006 toujours, l'espérance de vie des hommes était de 47,33 ans et celle des femmes de 50,42. Le taux de fécondité était de 6,7 enfants par femme en 2004¹.

Au Burkina Faso, le taux d'alphabétisation est très faible, notamment dans les zones rurales. De ce fait, les médecins ont parfois de la peine à faire passer les informations aux femmes enceintes malgré le fait que la plupart des soignants parlent également Mooré, la langue locale. Ces femmes n'ont donc pas accès aux informations écrites et le médecin fait souvent appel aux pharmaciens pour que ces derniers dessinent les posologies sur les boîtes de médicaments. Cela augmente la compliance des patientes mais la plupart des prescriptions ne sont toutefois pas respectées, plus par manque de compréhension que par mauvaise volonté de la part des patientes.

L'État promet depuis longtemps la gratuité des soins aux femmes enceintes mais la situation économique, ainsi que les priorités des politiciens ne le permettent malheureusement pas. Le suivi des grossesses est donc totalement à la charge de la patiente et de sa famille. Il existe quelques caisses d'assurances privées mais les cotisations ne sont pas abordables pour la grande majorité des femmes burkinabées.

La grande majorité des familles burkinabées n'économisent pas en vue d'une éventuelle hospitalisation et le coût d'une naissance n'est pas sans conséquence sur l'économie d'un ménage.

Lors de notre stage, une grève nationale de 3 jours concernant tout le personnel soignant a été décrétée. Les revendications principales étaient les suivantes :

- Plus de matériel médical
- Plus d'aide financière attribuée à la santé en général et aux centres hospitaliers en particulier
- Une meilleure protection du personnel soignant avec des vaccins offerts aux professionnels de la santé

Il s'agit de la 4^{ème} grève du personnel soignant depuis le début de l'année. Mais ces grèves restent souvent sans effets sur le gouvernement.

Le CMA du secteur 30, dans lequel nous travaillions, a été totalement déserté par le personnel soignant durant les 3 jours de grève, excepté une sage-femme et un chirurgien qui ont tous deux travaillé bénévolement. Tous les accouchements ont été transférés au Centre Hospitalier universitaire (CHU)

Voici le prix de quelques prestations médicales au CMA du secteur 30 (1 Euro = 650 CFA) :

- Accouchement par voie basse : 900 CFA
- Episiotomie : 1500 CFA

¹ www.wikipedia.org

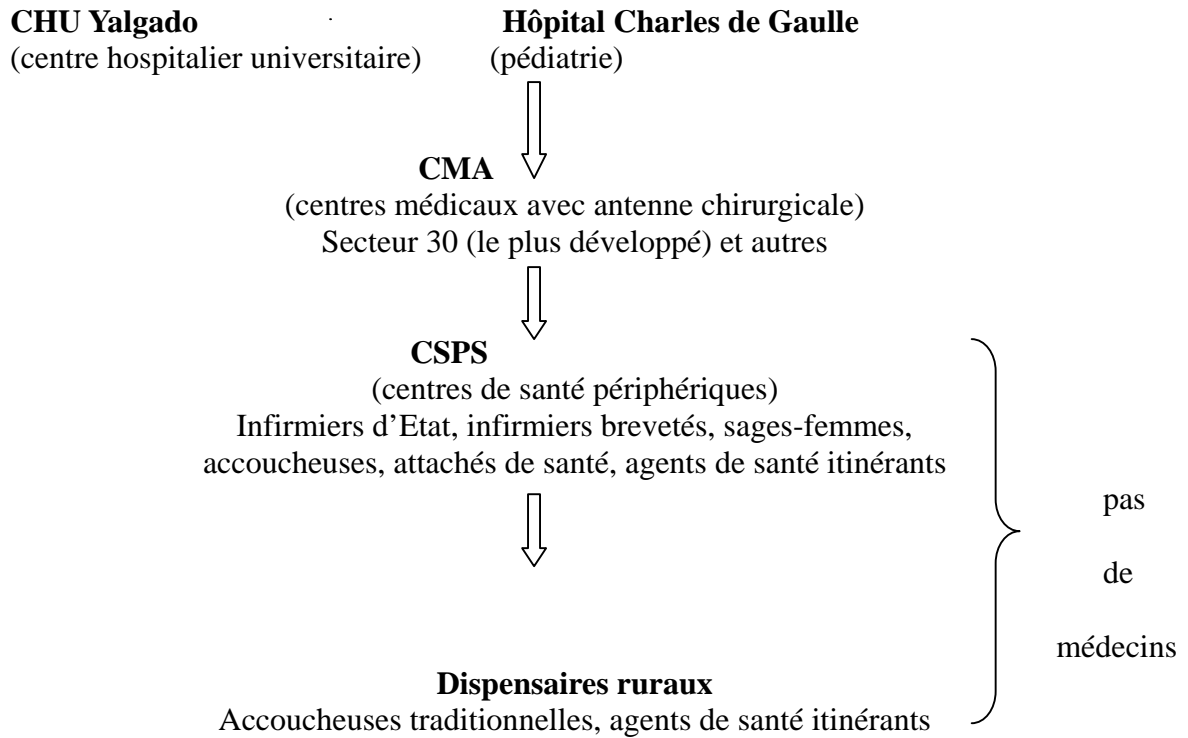
- Césarienne : 6000 CFA
- Consultation par un attaché de santé (infirmier spécialisé) : 1000 CFA
- Consultation par un spécialiste : 2000 CFA

Voici le prix des prestations médicales au CSPS (dispensaires en périphérie) :

- Accouchement 900 CFA
- Consultation adulte: 100 CFA
- Consultation enfant : 75 CFA
- Planning familial : 100 CFA
- Hospitalisation : 200 CFA/jour

Toutes les consultations du CSPS sont réalisées par des infirmières et des sages-femmes.
Aucun médecin ne travaille dans ces établissements.

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE A OUAGADOUGOU



CSPS du secteur 28



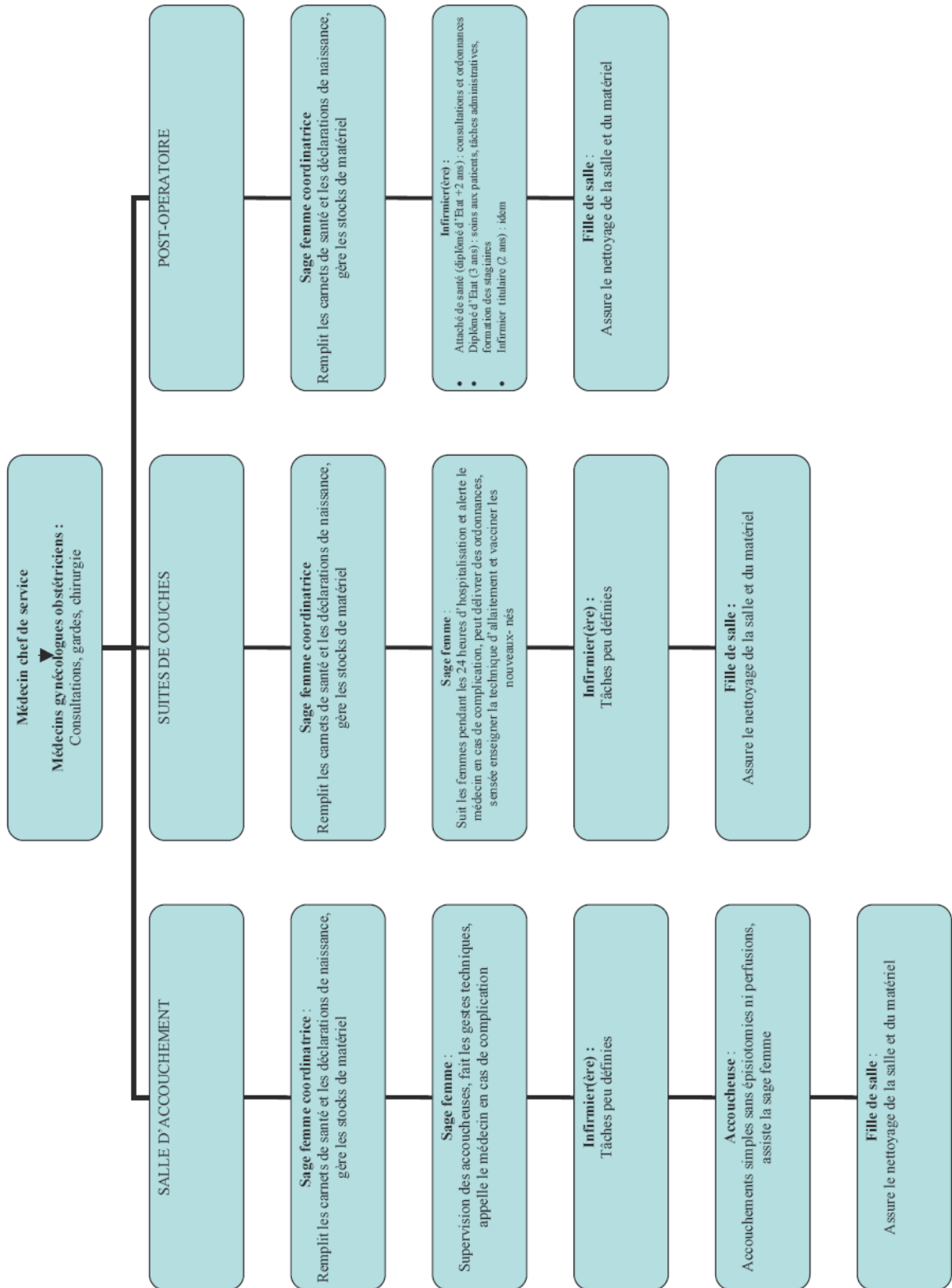
CMA du secteur 30





Répartition des tâches dans les centres médicaux:

REPARTITION DES TACHES AU CMA DU SECTEUR 30



NB : Dans les CSPS, la structure de l'organigramme est la même, sauf qu'il n'y a pas de médecins (les consultations sont faites par les attachés de santé) et le plus haut poste revient à un infirmier d'Etat.

PLANNING FAMILIAL

Un planning familial est présent dans chaque centre de santé. Les infirmières qui y travaillent s'occupent de prescrire des moyens de contraception, répondre aux questions des femmes et aider celles-ci à prévoir une grossesse. Dans les centres de périphérie, un examen gynécologique de base est aussi dispensé dans le planning familial.

La plupart des femmes viennent consulter le planning familial pour se faire prescrire un moyen de contraception. L'infirmière cherche toujours à savoir quelles sont les connaissances de la femme sur les différents moyens de contraception et, à l'aide d'un tableau récapitulatif (sous forme de dessins), l'infirmière présente les différentes options, leurs avantages, inconvénients et contre-indications.

Une fois le moyen de contraception choisi, la femme, munie de son ordonnance, va chercher le traitement à la pharmacie (dépôt de médicaments) qui se trouve dans le centre de santé, et revient vers la sage-femme, afin que celle-ci puisse soit lui expliquer comment prendre la pilule, soit lui poser un moyen de contraception plus invasif, comme l'implant ou le stérilet.

Voici le prix des moyens de contraception les plus courants :

- Pilule : 1000 CFA/ mois, associée à une semaine de pilules de fer pour palier l'anémie
- Stérilet : 1000CFA, valable 5 ans. L'utilisation du stérilet est peu fréquente car une croyance populaire veut que ce moyen de contraception rende stérile, provoque des infections et parfois disparaisse à l'intérieur du corps
- Injections IM, valable 3 mois : 1110 CFA
- Implant (Norplan), valable 5 ans : 2100 CFA + 1110 CFA pour le retrait

Tous ces moyens de contraceptions sont subventionnés par l'Etat, ce qui rend leur prix abordable pour les femmes.

CONSULTATIONS GYNECOLOGIQUES

Le contrôle gynécologique annuel n'est pas recommandé par le personnel soignant, car il n'est pas réalisable par manque de personnel, d'infrastructures et de moyens.

Nous avons néanmoins assisté à la consultation d'une femme venue pour un bilan gynécologique suite à une émission télévisée qui préconisait le contrôle annuel. Cela met en avant l'importance des moyens d'information (également utilisés dans d'autres buts, comme par exemple la promotion du dépistage du VIH, les campagnes de réparation clitoridienne, etc.), que sont en particulier les émissions télévisées, les SMS, les e-mails, la radio, et le bouche à oreille.

Pour les femmes qui sont régulièrement suivies (ce qui représente une minorité), le frottis du col pour le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé à zéro, un et trois ans de la première consultation. Si ces trois tests sont normaux, le frottis se fait ensuite tous les cinq ans, jusqu'à 65 ans.

Lors de la consultation gynécologique, en fonction des gynécologues, soit la femme doit apporter elle-même son spéculum à usage unique (acheté au préalable), soit le gynécologue utilise un spéculum à usage multiple (souvent rouillé, mais stérile), lubrifié sous l'eau.

Pendant les consultations, le secret médical est inexistant. En effet, plusieurs patientes sont souvent présentes en même temps dans le cabinet, et la patiente qui sort est chargée d'appeler la patiente suivante. De plus, lorsque des problèmes de langue sont rencontrés, la traduction peut se faire par un interprète accompagnant la patiente, mais aussi par la patiente précédente ou suivante.

Les consultations pour cause d'aménorrhée sont fréquentes. En effet, selon les croyances locales, en cas d'absence de règles, les femmes pensent que le saignement a lieu à l'intérieur du corps, ce qui entraîne fréquemment une somatisation.

L'aménorrhée est fréquemment rencontrée chez des femmes en surpoids, que le gynécologue envoie souvent à la pharmacie pour une prise de tension et un calcul du BMI. En effet, les tensiomètres manquent et ne sont donc souvent pas fournis par le centre. Par conséquent, si le médecin n'utilise pas son propre tensiomètre, la prise de tension n'est pas possible.

Habituellement, des disques sont utilisés pour connaître le BMI des patientes, et lors d'une consultation à laquelle nous avons assisté, nous avons remarqué qu'en l'absence de disque, la gynécologue ne savait pas calculer le BMI.

Les consultations gynécologiques permettent également le suivi des interventions chirurgicales, notamment des fibromectomies et des salpyngoplasties.

En ce qui concerne la ménopause, la plupart des femmes n'ont pas les moyens de se payer un traitement. Mais elles peuvent suivre les conseils donnés par le gynécologue en rapport avec l'amélioration de l'hygiène de vie (augmenter l'activité physique, manger moins gras, etc.)

Dans les villages, les femmes qui marchent énormément et mangent peu gras et peu sucré ne souffrent que très rarement de la ménopause.



Patientes attendant leur tour pour une consultation avec le gynécologue.

CAMPAGNE DE REPARATION CLITORIDIENNE

L'excision est une pratique encore très rencontrée chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso ; on estime à 50-75% les femmes qui ont subi une mutilation génitale de quel type qu'elle soit. Depuis 1996, le gouvernement de Ouagadougou soumet à des sanctions pénales toute personne pratiquant l'excision. Le nombre de jeunes filles excisées a donc baissé grâce à cette action gouvernementale mais aussi grâce au changement des mentalités des parents qui refusent de plus en plus de mutiler leurs petites filles.

Pendant notre séjour au CMA du secteur 30, nous sommes tombées sur une campagne de réparation clitoridienne. Celle-ci était menée par un médecin français spécialiste dans ce domaine. Le Dr Madzou collabore depuis 3 ans avec le Dr Ouedraogo. Lui ayant enseigné la technique de la plastie clitoridienne il y a plusieurs années, il revient tous les 6 mois au CMA afin de former d'autres gynécologues et suivre ses propres patientes après leur opération.

Méthode, en quelques mots :

- Ablation de la cicatrice de l'excision et du tissu fibreux associé.
- Recherche du moignon clitoridien et libération du ligament suspenseur.
- Suture autour du clitoris ainsi récupéré pour le maintenir aux tissus extérieurs.
- Suivant le type d'excision, « reformation » de grandes lèvres en séparant le tissu cicatriciel et en suturant les 2 parties séparément.

La femme doit veiller à faire une toilette minutieuse pendant plusieurs semaines post-opératoires, matin et soir, afin d'enlever les sécrétions. Elle doit également se raser pendant cette période afin d'éviter que des poils ne viennent gêner la cicatrisation. Enfin, la femme ne doit pas avoir de rapports sexuels pendant 6 semaines afin d'éviter toute lésion et déchirement.

L'opération se fait en salle d'opération de manière stérile, sous anesthésie générale, afin d'éviter toute remémoration des événements traumatiques liés à l'excision elle-même. De plus, on ne pratique pas de péridurale pour cette intervention car celle-ci favorise l'hypotension. La région vulvaire étant une région très irriguée, donc à forts risques hémorragiques, cela peut se révéler dangereux.

Les stratégies de communication mises en place par le CMA afin de faire connaître cette campagne ont été les suivantes :

- Campagnes radiophoniques sur la fréquence locale
- Emissions de télévision sur la chaîne nationale

Nous avons toutefois remarqué que les femmes en ont beaucoup parlé entre elles, ainsi le bouche-à-oreille a été très efficace, et certaines femmes ont même lancé une chaîne d'e-mails afin de faire savoir au plus grand nombre de femme mutilées que cette campagne se tenait !

Nous avons rencontré plusieurs jeunes femmes qui étaient des aînées de familles et qui venaient « tester » l'opération avant de la conseiller à leurs petites sœurs et aux autres femmes de la famille.

Nous avons également assisté à l'entretien pré-chirurgical ainsi qu'à l'opération d'une femme qui a fait le voyage Bobo Dioulasso - Ouagadougou en bus afin de pouvoir bénéficier de cette campagne !



Chirurgien pratiquant une plastie clitoridienne

Malheureusement certaines techniques ne sont pas encore suivies par tous les gynécologues et nous avons assisté à l'opération suivante : une jeune femme de 20 ans, ne parlant que Mooré, était venue avec ses parents avec la demande qu'une désinfibulation lui soit pratiquée.

Le gynécologue a répondu à cette demande mais n'a donné aucune explication à sa patiente sur les gestes qu'il allait entreprendre et n'a donné aucun soutien à cette jeune fille totalement apeurée. Il a pratiqué l'opération sur la table sans champ stérile (en réalité le papier d'emballage des gants stériles a été glissé sous les fesses de la patiente pour faire office de champ stérile). Il a injecté uniquement 2 ml de Lidocaïne au niveau de la vulve ce qui a déclenché des pleurs chez la jeune femme. Le médecin s'est alors rapproché d'elle avec son scalpel pour la réprimander et la pincer avec une pince au lieu de l'injection pour lui montrer qu'elle ne pouvait avoir mal. Cela a duré plusieurs minutes, puis le médecin qui s'impatientait lui a dit de partir si c'était ce qu'elle désirait. La patiente, qui n'avait comme orifice d'entrée vaginal qu'un tout petit trou, est restée car elle ne pourrait avoir de vie sexuelle si elle n'était pas désinfibulée. (Toutefois, vu les circonstances de la pratique, quelles seront les relations sexuelles qu'elle pourra avoir ? Il y a de forts risques qu'elle subisse à vie des dyspareunies, une frigidité, un trouble de la libido, etc.). Une fois l'incision pratiquée, le médecin manquant de fil adéquat a fini de suturer avec du fil non résorbable, que la femme devrait aller se faire enlever, sans toutefois lui préciser quand.

Nous avons essayé de proposer au gynécologue de faire entrer la jeune femme dans le programme de plastie clitoridienne, ce qui lui aurait permis de retrouver un clitoris et de subir cette opération dans des conditions décentes, mais la réponse que nous avons obtenue était

qu'elle ne voulait pas. Nous étions persuadées qu'elle ne savait même pas ce qu'était le clitoris, et le médecin ne se donnant pas la peine de le lui expliquer, ni de le lui proposer, elle n'a pas pu choisir de façon éclairée son traitement.

La circoncision des petits garçons n'est pas laissée pour compte non plus : elle est pratiquée lors pendant leur jeune âge, sans anesthésie et avec une asepsie qui n'est pas celle d'un bloc opératoire occidental. En fait, la seule circoncision que nous ayons vue s'est passée dans le couloir du bloc opératoire, avec le père qui tenait son enfant pendant l'opération.

CONSULTATIONS GYNECOLOGIQUES EN VUE D'UNE GROSSESSE

Le principal motif de consultation gynécologique lorsqu'une grossesse est désirée est l'infertilité. L'homme autant que la femme peut être à l'origine de l'infertilité du couple, néanmoins la femme vient seule au début, dans la plupart des cas. En effet, la démarche d'assister à une consultation semble plus difficile à accepter pour les hommes, pour qui le sperme représente la virilité, et qui associent la libido au bon fonctionnement physiologique de leurs spermatozoïdes. D'ailleurs, l'homme pense souvent que le problème vient de la femme, et conçoit rarement la possibilité d'avoir une pathologie, en particulier lorsqu'il a déjà eu des enfants auparavant.

Si l'homme vient à la consultation, le gynécologue réalise un spermogramme, qui permet d'étudier la motilité et la numération des spermatozoïdes, ainsi que le pourcentage de formes anormales. L'homme reçoit également quelques conseils tels que d'éviter les vêtements trop serrés et de protéger les testicules de la chaleur. Si l'homme ne se rend pas aux consultations, le gynécologue peut donner à la femme le matériel nécessaire à la réalisation du spermogramme afin de le faire à domicile.

La femme quant à elle subit un examen gynécologique complet, dont le but est de rechercher les causes les plus courantes de diminution de la fertilité, comme la présence de myomes ou d'hydro-salpinx. Les myomes, notamment, sont une cause très fréquente d'infertilité du fait de leur prévalence élevée en Afrique. Ils peuvent être de trois types. Lorsqu'ils sont sous-séreux, ils n'engendrent pas de problèmes gynécologiques directs, mais peuvent entraîner des complications pendant la grossesse. Lorsqu'ils sont interstitiels (dans la musculature) ou sous-muqueux, ils engendrent souvent une spanioménorrhée (augmentation de la durée des saignements) et/ou une métrorragie (augmentation de la quantité des saignements) car ils empêchent des contractions utérines efficaces. Dans ces deux derniers cas, les risques pendant la grossesse sont élevés.

Dans les villages, certaines femmes portent l'enfant de Dieu, c'est-à-dire un enfant qui ne naît jamais (la grossesse peut sembler durer plusieurs années). Il s'agit en fait de femmes qui ont d'énormes myomes, qui donnent à leur ventre une forme arrondie interprétée par la population comme une grossesse.

Un test post-coïtal est également réalisé auprès des couples qui consultent pour infertilité. Il s'agit d'un test qui doit être réalisé en laboratoire dans les huit heures suivant un rapport sexuel, et qui permet d'évaluer la pénétration du sperme dans la glaire cervicale, ainsi que les paramètres étudiés lors d'un spermogramme.

Après l'analyse des résultats de ces tests, un traitement est mis en place. Pour l'homme il s'agit d'une association de vitamines et d'antioxydants (vitamine C, fer, zinc). Ce traitement est arrêté dès qu'une grossesse est détectée. Pour la femme, le traitement peut être chirurgical si une anomalie est détectée (myomectomie, reperméabilisation des trompes, etc.). Il est conseillé à la femme de suivre sa courbe de température afin de déterminer les périodes de rapports fécondants, et au couple de respecter une période d'abstinence juste avant la période féconde pour garantir une meilleure qualité du sperme.

Pour des raisons évidentes de manque de moyens, la FIV n'est pas accessible, et n'est donc pas envisageable.



Myomectomie. Sur la tables des instruments : le myome qui a été retiré.

CONSULTATIONS PRENATALES

Les consultations prénatales sont réalisées par des sages-femmes dans la majorité des cas. Elles n'ont lieu chez le gynécologue que lorsque la grossesse est à risque, c'est-à-dire en cas de :

- Hypertension artérielle
- Protéinurie
- Diabète (généralement la femme est aussi suivie par un endocrinologue)
- Drépanocytose
- VIH
- Ouverture précoce du col
- Ages extrêmes (moins de 18 ans, ou plus de 35 ans)
- Antécédents de césariennes, d'enfants morts-nés, de plus de deux avortements spontanés (ou IVG), de stérilité de plus de 5 ans
- Hémorragies ou pré-éclampsie pendant la grossesse actuelle
- Taille de la femme inférieure à 150 cm

Les recommandations sont d'avoir un rendez-vous mensuel jusqu'à 34 ou 36 semaines, puis toutes les 2 semaines jusqu'à l'accouchement (les femmes ne payant qu'une seule fois par mois, car un reçu pour une consultation est valable un mois). Mais la plupart des femmes n'ont pas les moyens suffisants pour autant de consultations prénatales.

Le déroulement de la consultation comprend :

- Prise de tension artérielle
- Prise du poids (normalement la taille devrait également être mesurée)
- Détermination de la date de la grossesse (mais la date des dernières règles n'est pas toujours connue)
- Mesure de la hauteur utérine
- Palpation afin de déterminer la présentation (quand cela devient possible)
- Auscultation des bruits cardiaques fœtaux (quand ils deviennent audibles)
- Examen du col (présence de sécrétions, examen du fil en cas de cerclage du col)
- Recherche d'oedèmes, de varices, de vergetures
- Bandelette urinaire pour détecter une éventuelle protéinurie (réalisée seulement si la femme apporte ses urines avec elle dans un petit pot)
- Bilan sanguin, afin de déterminer le groupe sanguin et le rhésus, le taux d'hémoglobine, de dépister le VIH (si la femme le souhaite seulement), de réaliser une électrophorèse pour mettre en évidence un éventuel génotype de drépanocytose (AS, SS, AC, CC, le génotype normal étant AA. En cas d'hétérozygotie, le résultat est cliniquement significatif seulement si le gène malade est prédominant).

Malgré des paramètres bien définis, une grande variabilité est observable d'un gynécologue à un autre. En effet, tous les paramètres ne sont pas systématiquement mesurés.

Lors d'une consultation prénatale à laquelle nous avons assisté, le gynécologue n'a regardé que l'échographie et le rapport du radiologue, et n'a pas examiné la femme.

Lors de ces consultations, le vaccin anti-tétanique est fortement préconisé. De même, l'anémie étant une pathologie très fréquente, un traitement peut être mis en place : si l'anémie est supérieure à 10,5 g/dL de sang, une prophylaxie au fer est installée une fois par jour

jusqu'à l'accouchement. Si l'anémie est inférieure à 10,5 g/dL, un traitement au fer est instauré deux fois par jour.

L'anémie est un problème fréquent en tant que tel. Mais cela est renforcé par le fait que l'alimentation des femmes enceintes est pauvre en fer, notamment à cause de nombreuses croyances associées à l'alimentation. On dit par exemple qu'une femme qui mange des œufs pendant sa grossesse aura un enfant voleur.

Le cerclage du col est réalisé pendant les consultations prénatales, si celui-ci s'avère nécessaire. La seule indication à un cerclage est l'incompétence cervicale, qui augmente le risque d'avortement tardif. L'incompétence cervicale ne survient pas pendant la grossesse (elle est déjà présente avant), mais elle est ressentie dès que le bébé commence à peser sur le col. Le cerclage du col est réalisé dès la quatorzième semaine d'aménorrhée, après une échographie prouvant que les paramètres fœtaux sont normaux. Il est enlevé au huitième mois, lorsqu'il n'y a plus de risque d'accouchement prématuré. On procède également à un décerclage immédiat en cas de rupture prématurée des membranes.

Une prophylaxie contre le paludisme peut également être mise en place dans ce contexte. Elle peut débuter dès 16 semaines d'aménorrhée (ou dès que les mouvements fœtaux sont ressentis, si la femme ne connaît pas la date des dernières règles). Elle consiste en trois capsules de sulfadoxypyrimétanine une fois par mois, et est arrêtée au huitième mois car elle entraîne un risque d'hémorragie per-partum et d'impact sur l'enfant (rend les dents jaunes irréversiblement). Ce traitement prophylactique est gratuit et donc accessible à toutes les femmes.



Affiche de prévention : campagne en faveur des consultations prénatales

Consultations prénatales dans le CSPS :

Les consultations prénatales (CPN) dans les dispensaires semblent faites de manière plus systématique que les consultations chez des gynécologues.

Les femmes n'ont pas besoin de prendre rendez-vous, elles viennent tôt le matin et sont vues par ordre d'arrivée. Pour gagner du temps, des stagiaires préparent leur carnet de santé avec leur nom, les pèsent, les mesurent et prennent leur tension artérielle.

Une fois dans la salle de consultation, les tâches sont réparties efficacement entre les différents soignants. Deux sages-femmes se répartissent les patientes, tandis que des stagiaires ou d'autres soignants préparent les ordonnances et remplissent les informations au fur et à mesure de l'examen physique dans le carnet de santé.

Lors de la première consultation, des examens complémentaires sont faits pour déterminer les groupes sanguin et rhésus et pour détecter une potentielle syphilis par le test VDRL. Des examens urinaire et sanguin sont également effectués.

On propose aux femmes un dépistage VIH gratuit, fait au dispensaire, avec un résultat en 15 minutes.

On leur donne également un traitement prophylactique contre le paludisme. Cette distribution est gratuite grâce à des subventions.

Lors de l'examen, les sages-femmes observent le stade de la grossesse mais aussi tous les symptômes de risques associés :

- Les conjonctives à la recherche d'une anémie, très fréquente, due à une alimentation pauvre en fer.
En cas de suspicion d'anémie, elle est traitée immédiatement, sans attente du résultat de la prise de sang. On prescrit du fer et de l'acide folique à la patiente qu'elle doit payer elle-même car les subventions sont insuffisantes.
- La dentition et la langue, à la recherche de mycoses ou de mauvaise hygiène buccale. En effet, de petites infections buccales non traitées sont une menace d'infections généralisées à long terme.
- Les seins, à la recherche de nodules.
- Les jambes sont inspectées. On y cherche des varices, qui indiqueraient des risques de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire pendant l'accouchement ou en post-partum. Dans ce cas, on conseille aux femmes de ne plus bouger et on leur prescrit un traitement vasoconstricteur.
On regarde également s'il y a des vergetures, et si elles sont nombreuses, on réfère la femme à un dermatologue. Lorsque les vergetures s'étendent trop, cela provoque des plaies qui peuvent s'infecter.

Un examen obstétrique est également pratiqué, lors duquel on pratique un toucher vaginal, uniquement lors des premier et troisième trimestres.

En ce qui concerne le positionnement du fœtus, il est impossible de le déterminer avant le 6^e mois. Jusque-là, on parle de ballottement du fœtus. La date de 6 mois est approximative, car si la femme a déjà eu d'autres enfants, elle le sentira plus rapidement. De même, si le fœtus est grand pour son « âge », il se positionnera plus tôt.

Dans les dispensaires, les sages-femmes n'utilisent pas de spéculum pour l'examen gynécologique par manque de matériel. Dans le CSPS où nous étions, ils en possédaient une dizaine. C'est pourquoi ils les gardent principalement pour les consultations du planning familial. En consultations prénatales, seules les femmes avec une plainte spécifique, telles que des démangeaisons ou douleurs, ont droit aux spéculums.

Si la femme a des leucorrhées malodorantes ou colorées, des antibiotiques et des antimycosiques lui sont prescrits, en même temps qu'un traitement pour son mari. Ils choisissent de traiter « à l'aveuglette » car faire des examens oblige la patiente à revenir consulter et tout cela augmente les coûts. A ce moment, la sage-femme prend le temps d'expliquer à la patiente le mode d'administration des ovules et lui montre le matériel qu'elle va devoir utiliser. Elle la sensibilise également sur l'hygiène qu'elle va devoir tenir. Elle lui explique que pendant toute la durée du traitement elle doit impérativement avoir des rapports sexuels protégés avec son mari et qu'elle doit laver ses sous-vêtements dans l'eau de javel. A la fin de la discussion, la soignante s'assure que la femme a bien tout compris.

Au CSPS, nous avons pu observer que la sensibilisation des patientes est une des missions principales, contrairement au centre médical avec antenne chirurgicale qui délègue cela aux centres périphériques. Nous avons trouvé cette division des tâches surprenante car il est difficile de soigner sans y associer une prévention. Ce comportement augmente le nombre de consultations et d'hospitalisations.

A la fin de la consultation, la sage-femme demande si la femme a d'autres plaintes dont elle voudrait parler. Celles-ci sont traitées directement, la patiente n'a pas besoin d'aller faire une autre consultation et de payer un autre rendez-vous.

Des conseils sur l'alimentation lui sont aussi prodigués. On lui suggère de manger beaucoup de fruits, et de se reposer pendant sa grossesse.

Au troisième trimestre, la soignante profite de sensibiliser la femme sur l'accouchement. Il faut qu'elle choisisse la personne qui l'accompagnera le moment venu et le centre de santé où elle souhaite accoucher. On lui explique également qu'elle doit commencer à économiser, car un accouchement par voie basse coûte 900 CFA (environ 2.5 euros) si tout se passe bien, mais en cas de problème quelconque, les coûts augmenteront. En même temps, on la sensibilise sur les bienfaits de l'allaitement maternel.

ECHOGRAPHIES

Au Burkina Faso, moins de 25% des femmes parturientes font des échographies durant leur grossesse. Deux raisons majeures expliquent ce phénomène. D'une part, de nombreuses femmes découvrent tardivement leur grossesse, parfois après avoir dépassé le quatrième mois, ce qui les empêche de faire une échographie par trimestre comme préconisé. Mais la cause principale est le prix des échographies. En effet, leur coût est de 6000 CFA (approximativement 10 euros), c'est-à-dire environ 7 fois plus que le prix d'un accouchement par voie basse.

Une échographie est conseillée à chaque trimestre de la grossesse. La première est faite à 12 semaines, où la clarté nucale est observée à la recherche d'un syndrome de Down. La deuxième, entre la 20^{ème} et la 22^{ème} semaine est la plus importante si une femme n'a pas beaucoup de moyens et ne peut faire qu'une échographie. La troisième est faite entre la 35^{ème} et la 36^{ème} semaine. Elle permet d'évaluer le poids du fœtus et ses chances d'accouchement par voie basse, en fonction de sa position dans l'utérus.

Pendant ces consultations, un certain nombre de paramètres sont systématiquement observés :

- Les périmètres crânien et abdominal, le diamètre pariétal et la longueur fémorale pour évaluer l'âge gestationnel ainsi que le poids du fœtus.
- La localisation placentaire et la fréquence cardiaque. Cette dernière ne peut se faire qu'à partir de la 22^{ème} semaine. Avant, les battements du cœur sont trop faibles pour être perçus et le fœtus bouge trop. En effet, il doit rester immobile pendant au moins 10 secondes pour que la valeur de la fréquence cardiaque soit significative.

Les échographies ne sont pas pratiquées par les gynécologues. Cette tâche est déléguée aux radiologues. En effet, au Burkina Faso, le nombre de médecins est insuffisant et la gynécologie-obstétrique est une des formations les plus touchées. Des compromis sont donc trouvés pour pallier ce manque de soignants et optimiser le temps des médecins.

Ce choix permet aux gynécologues de voir plus de patientes. Cependant, les radiologues ne tiennent pas compte de la période du cycle menstruel de la patiente lors de l'examen. De ce fait, les diagnostics d'ovaires dystrophiques sont fréquents, alors qu'en deuxième partie du cycle, il est normal d'observer la formation de follicules de De Graaf, qui peuvent se confondre avec des kystes.

Lors d'une consultation standard, la femme arrive dans la salle de radiologie et installe un drap blanc sur la table d'examen avant de s'allonger. Ce drap obligatoire est fourni contre 250 CFA (environ 0.40 euros), à payer avant la consultation, car le CMA n'a pas les moyens de les fournir gratuitement. Les subventions sont faibles et utilisées pour diminuer le coût des accouchements.

La radiologie est le seul service du CMA où un drap blanc, et non un pagne apporté par la patiente, couvre le lit d'examen. Le fait qu'il soit blanc permet d'observer les possibles pertes de liquide amniotique ou de sang. De plus, le fait qu'il soit lavé par l'établissement diminue le risque de transmission de maladies nosocomiales.

Une fois la femme installée, la radiologue arrive. La communication est très pauvre. Le médecin interroge la patiente sur la date de ses dernières règles et le nombre de ses grossesses. Il mesure également les différents paramètres échographiques et propose de dévoiler le sexe de l'enfant. C'est uniquement à la fin de la consultation que la radiologue se concentre sur la patiente et lui résume la situation, le plus souvent, en disant simplement que tout va bien.

Enfin, après avoir imprimé les images d'ultrasons nécessaires à son rapport, il donne du papier ménage à la femme pour qu'elle s'essuie le ventre et part dans son bureau en disant à peine au revoir.

La patiente se rhabille, quitte la pièce et attend dehors le rapport de l'échographie qui lui est transmis par l'assistante médicale. Ce n'est qu'à ce moment que la femme peut voir l'image de son enfant à naître, car le médecin ne montre pas l'écran des ultrasons durant la consultation.

Nous voyons ici que le comportement du personnel soignant est encore très paternaliste. Le médecin fait son travail et ne trouve pas nécessaire de faire participer la patiente à l'échographie. La relation médecin-patient est donc très distante. Les informations données à la patiente sont très succinctes alors qu'on lui demande d'être responsable de son carnet de santé et de ses résultats d'exams.

Lorsque nous avons assisté à des échographies, une consultation nous a frappées. A peine la radiologue était-elle arrivée dans la salle d'examen que son téléphone portable sonnait. Elle y a répondu et y a passé toute la consultation. Une fois le coup de fil terminé, elle s'est tournée vers la patiente sans s'excuser et lui a précisé en plaisantant qu'elle avait quand même regardé avec attention tous les paramètres de l'échographie. En contre-partie, elle a passé plus de temps à expliquer ses conclusions à la patiente (en comparaison avec les autres femmes que nous avons vues).

Lors de notre stage, ces nombreuses communications téléphoniques nous ont surprises. En effet, il est courant pour les soignants de répondre à leur téléphone dès qu'il sonne, que ce soit en pleine consultation médicale ou durant leur pause, et que le motif soit professionnel ou personnel. Il arrive même que le chirurgien, en pleine suture après une césarienne, demande à un assistant de répondre à un appel et de lui coller le téléphone contre l'oreille pendant qu'il fait ses derniers points. Parfois, même les patientes s'excusent et répondent rapidement aux appels qu'elles reçoivent pendant la consultation.

ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE

Déroulement de l'accouchement

Lorsqu'une femme est en travail et qu'elle arrive à la maternité, elle doit s'annoncer auprès des sages-femmes dans la salle d'accouchement. Pour accéder à cette salle, elle doit d'abord traverser une salle commune où sont couchées des femmes parturientes en travail et d'autres qui ont déjà accouché.

La salle d'accouchement est divisée en deux parties : au fond de la pièce se trouve quatre lits d'examen séparés les uns des autres par des cloisons en bois, où les femmes accouchent. Ensuite, séparée par un paravent, on trouve une table avec quelques chaises, où sont accueillies les nouvelles patientes. Il y a beaucoup de va et vient dans cette pièce, et une personne qui entre dans la salle peut voir les femmes, nues, sur leur table d'accouchement. Leur intimité n'est pas respectée, mais cela ne choque ni les patientes ni les soignants.



La salle d'accouchement. A gauche : les lits. A droite : le bureau des sages-femmes, où se fait l'accueil des patientes.



Lit d'accouchement

Annexée à cette salle d'accouchement se trouve une salle de repos où sont disposés 5 lits pour les femmes ayant des menaces d'accouchement prématuré ou des infections puerpérales. S'il n'y a pas assez de place dans la salle commune, d'autres femmes sont installées à même le sol.



Patientes dans la salle annexe



Patiente installée sur le sol dans la salle annexe, par manque de lits

Quand la patiente entre dans la salle d'accouchement, une sage-femme remplit son dossier. Ce dernier contient le nombre de grossesses, d'accouchements et d'enfants vivants ainsi que ses antécédents médicaux, principalement gynécologiques. En même temps, la sage-femme donne une ordonnance à la patiente pour des gants non stériles, qui seront utilisés pour l'examen physique ainsi que des gants stériles, utilisés lors de l'accouchement.

Il faut savoir que dans les centres médicaux publics les patients doivent payer les actes médicaux et le matériel avant qu'ils aient lieu. Ainsi, même dans l'urgence d'une épisiotomie, une ordonnance sera faite par la sage-femme, transmise à l'accompagnant de la patiente et ce n'est qu'une fois le matériel fourni que la soignante commencera son travail.

On peut se demander ce qui se passerait dans le cas où la personne ne peut pas payer. Après avoir interrogé plusieurs fois le personnel soignant, on nous a affirmé que ce cas de figure n'arrivait pas. La patiente est toujours accompagnée, soit d'un proche, soit d'un voisin, qui s'arrange pour avoir la somme requise.

Après avoir rempli le dossier, un rapide examen physique est effectué pendant lequel la soignante pratique un toucher vaginal pour connaître la dilatation du col et observe la présentation du bébé et sa fréquence cardiaque.

Si la dilatation est inférieure à 7cm, la femme retourne en salle commune jusqu'à ce qu'elle soit sur le point d'accoucher. C'est en fonction de l'occupation des 4 lits de la salle d'accouchement qu'elle sera rappelée pour des contrôles réguliers.

Quand la dilatation est complète, la femme est installée sur un lit, posée sur une bassine et couchée sur le pagne qu'elle a elle-même apporté. Les soignantes lui injectent ensuite de l'ocytocine et massent l'utérus pour stimuler les contractions utérines.

A ce moment-là, la sage-femme apprécie le col pour évaluer la probabilité d'un accouchement par voie basse grâce au score de Bishop. Les paramètres observés sont les suivants :

- La dilatation, la descente et la longueur du col
- La taille du bassin
- La taille du bébé
- Si la femme a des problèmes pour pousser
- Sa tension artérielle

Pendant toute la phase de travail, les soignants sont sensés remplir un partogramme² pour garder une trace écrite du déroulement de l'accouchement. Cela est rarement fait correctement, malgré l'insistance des médecins.

Lors de l'accouchement, aucun proche n'a le droit d'être présent ; ils doivent attendre hors de la maternité. La femme est uniquement entourée d'une accoucheuse et d'une sage-femme qui lui disent de pousser pendant le travail. Une fois de plus, la relation soignant-patient n'est pas très chaleureuse. Si la femme crie de douleur, les soignantes ne vont pas essayer de la rassurer ou lui donner des conseils de respiration. Elles se concentrent sur l'arrivée du bébé et disent à la femme que la douleur est normale, qu'elle doit supporter et ne pas se plaindre. Quand nous avons interrogé des sages-femmes à ce propos, elles nous racontent que la souffrance fait partie de la naissance d'un enfant, que cela rapproche la mère et son bébé.

Si la tête du bébé n'arrive pas à sortir au niveau du vagin, une épisiotomie est effectuée. Celle-ci est faite pendant une forte contraction, ce qui est censé diminuer la douleur et évite l'utilisation d'anesthésiant. Le plus souvent, les sages-femmes n'informent pas la femme lorsque l'acte va être effectué. Cela dépend du comportement de la patiente. Si elle ne pousse pas assez et qu'elle commence à se fatiguer, la soignante la motive à pousser plus fort en lui parlant de l'épisiotomie.

Par contre, si la femme est déjà très stressée et crie beaucoup, la soignante attendra une forte contraction et utilisera les ciseaux sans prévenir, pour éviter qu'elle ne bouge trop. Le problème qui peut se poser pendant cette pratique, est la qualité du matériel médical. En effet, de nombreux instruments sont rouillés. Même si le matériel est de bonne qualité à la base, le personnel le laisse trop longtemps dans les bacs de stérilisation et ainsi il se détériore très vite. Il nous est arrivé de voir une sage-femme s'y prendre à trois fois avant de réussir à couper le périnée d'une femme lors d'une épisiotomie.

Les accouchements au CMA se font sans anesthésie. Les péridurales ne sont accessibles que dans les cliniques privées, où seules les familles les plus aisées peuvent se rendre. Cette méthode anesthésique n'est pas pratiquée dans les établissements publics à cause du manque de médicaments et de qualification du personnel. En effet, le pays n'a pas suffisamment d'anesthésistes. Il contourne ce manque en formant des infirmiers spécialisés en anesthésie. Ceux-ci n'ont pas l'autorisation de faire des péridurales, mais ils s'occupent des rachianesthésies et des anesthésies générales au bloc opératoire du CMA. De plus, les péridurales nécessitent un temps d'hospitalisation après l'accouchement. Avec le manque de lits auquel le CMA doit faire face, cela n'est pas possible. Ou cela obligerait l'établissement à accueillir moins de femmes. Pour l'éviter, les accouchements par voie basse se font sans anesthésie.

² La notion de partogramme est détaillée plus loin dans ce rapport.



Sage-femme pratiquant un accouchement par voie basse

Une fois le bébé sorti, il est posé sur le ventre de sa mère le temps que le cordon ombilical soit clampé, par un clamp en plastique qui évite le tétanos néonatal, et coupé. Ensuite, sans être montré à la mère, il est emmené plus loin et posé sur un des pagnes que la mère a apportés. Dans cette prise en charge, on peut observer qu'il y a très peu de communication avec la mère. On lui transmet juste le sexe de l'enfant une fois né et ensuite une des soignantes le pose sur une table d'examen. Puis elle revient vers la mère pour finir ses soins.

Après l'accouchement, il faut que le placenta sorte rapidement. Pour cela, on injecte systématiquement à la patiente de l'ocytocine, après s'être assuré qu'il n'y a pas d'autre bébé dans l'utérus. Cela provoque une contraction utérine et diminue les pertes sanguines chez les femmes, qui sont fréquemment anémiées. Puis, une accoucheuse ou une sage-femme pratique une traction contrôlée sur le cordon, associée à une contre-pression sur l'utérus. Le fait de repousser en arrière l'utérus pendant que le placenta sort évite les réversions utérines. La sage-femme contrôle que le placenta soit entier, et si nécessaire effectue une révision de la cavité utérine avec des gants stériles.

Le placenta, après avoir été pesé, est remis à la famille dans un sac en plastique. Le placenta de la mère est enterré dans la cour de sa maison. C'est une tradition ancestrale, bien que personne ne sache d'où vient cette pratique.

Dans le cas où la femme a subi une épisiotomie, on lui fait une toilette à la Bétadine et, après une injection de Lidocaïne, la sage-femme suture son périnée avec du fil résorbable.

Dès que les soins sont finis, la femme doit se rhabiller et une soignante l'accompagne, en marchant, dans la salle commune où ses proches l'attendent avec son bébé. Là elle se couche à même le sol, sur un pagne ou un tapis, en fonction de ce qu'elle a apporté. Si une perfusion lui a été posée durant l'accouchement, elle se retrouve le plus souvent posée sur le sol. Il est rare de voir des perfusions accrochées sur des statiques dans cette salle.



Une mère et son enfant dans la salle commune

Nous avons assisté à un accouchement qui illustre le manque de prise en charge relationnelle. Une femme a mis au monde par voie basse un prématuré de 30 semaines mort in utero. N'ayant pas entendu de bruits cardiaques fœtaux lors de l'examen, les sages-femmes se doutaient de quelque chose. Elles en avaient informé la mère mais sans dire clairement ce qu'elles suspectaient. Lorsque l'enfant est sorti, c'est la mère qui a dû demander si le nouveau-né allait bien. Là, une sage-femme lui a dit sans détour qu'il était décédé, l'a posé sur la table d'examen derrière elle et a commencé à sortir le placenta. On voyait que la femme avait de la peine à y croire et continuait à demander si on ne pouvait rien faire. La sage-femme, considérant avoir informé la patiente, était concentrée sur les soins de la mère, et ne faisait preuve d'aucune empathie. Nous avons participé à la prise en charge, et proposé à la mère de voir son enfant, pour l'aider à réaliser ce qui se passait. Elle a accepté mais une fois près de lui, elle n'a pas voulu le regarder. Les soins terminés, la sage-femme l'a reconduite dans la salle commune où elle s'est étendue sur un tapis, seule. Un proche était présent et est resté près d'elle. Les soignantes, elles, sont retournées dans la salle d'accouchement s'occuper de leur prochaine patiente. Cette femme n'a donc eu aucune prise en charge psychologique face à ce deuil.

A partir de ce cas, nous avons appris que lorsqu'un bébé est mort-né, c'est souvent la famille qui s'occupe de l'annoncer à la mère. On voit que tout le côté relationnel est laissé à la famille. Dans le cas d'un bébé décédé, la sage-femme propose en général à la mère de le voir, mais sans insister. Il est ensuite donné à la famille, qui sans le regarder, le met dans une boîte en carton pour l'enterrer chez eux.

Pour en revenir au bébé, une fois qu'il a été séparé de sa mère et posé sur une table d'examen, une sage-femme le nettoie en l'essuyant avec un pagne apporté par sa mère.

Ceci est une étape importante car si elle ne le fait pas, les accompagnants croient que l'enfant a été maltraité par l'équipe médicale.

Elle continue en aspirant les voies aériennes et mesurant les paramètres suivants :

- Périmètre crânien et thoracique (PC et PT)
- Taille (qu'elle mesure en pendant le bébé par les pieds)
- Poids (pour le transporter de la table d'examen à la balance, elle le tient par les mains uniquement)
- Score de l'Apgar à 1, 5 et 10 minutes : observation des cris, de la coloration, de la respiration, de la fréquence cardiaque et de la réactivité de l'enfant.



Mesure de la taille d'un nouveau-né

Dans le cas d'accouchement gémellaire, elle met un petit sparadrap autour du poignet ou de la cheville du bébé né en premier. Si la famille a déjà préparé des gourmettes, celles-ci sont attachées directement avec un fil.

Quand elle a fini la prise en charge du nouveau-né, la sage-femme l'enveloppe dans le pagne et le donne à l'accompagnant, toujours sans être montré à sa mère. Cela sera fait par l'accompagnant une fois que la mère sortira de la salle d'accouchement. Ce qui nous a surprises, c'est qu'il ne semble pas y avoir de contrôle strict quant à l'identité de l'accompagnant. Une soignante sort de la maternité, demande qui accompagne telle femme et une personne s'avance, entre dans la salle d'accouchement et prend l'enfant, sans voir la mère. Il faut encore souligner que l'accompagnant n'est pas recherché tout de suite après l'accouchement. L'enfant, une fois enveloppé dans son pagne, peut rester un moment seul sur la table où on l'a pris en charge, avant qu'il soit récupéré par les proches.



Nouveau-né enveloppé dans le pagne de sa mère

Nous avons également cherché à savoir pourquoi le bébé, après ses premiers soins, n'était pas apporté à la mère pour qu'elle l'allait. Une sage-femme nous a expliqué que les installations de la salle n'étaient pas adéquates pour allaiter, car les lits sont instables et peu confortables.

Une fois que la mère et l'enfant se sont retrouvés dans la salle commune, les soignants ne se préoccupent plus de la petite famille jusqu'au contrôle des constantes de la mère et de son état général, 24 heures après l'accouchement.

L'allaitement maternel préconisé pendant la première heure de vie de l'enfant n'est donc pas contrôlé systématiquement. Il arrive parfois que la mère ne souhaite pas voir son enfant après avoir accouché car elle a eu trop mal et « rejette » la faute sur son enfant. Il faut une période d'adaptation et d'acceptation pour qu'elle revienne vers son bébé. En attendant, les proches s'occupent de lui, mais la tétée est retardée.

Dans les grands centres de santé tels que le CMA, la méthode correcte d'allaitement n'est pas enseignée. Ce rôle est délégué aux dispensaires dans les centres médicaux périphériques. Néanmoins, cela pose de sérieux problèmes pour les enfants. Durant notre stage, lors de consultations pédiatriques, nous avons vu un bébé de 3 jours qui n'avait pas été allaité depuis sa naissance car la mère s'y prenait mal. Elle croyait que l'enfant n'avait pas faim et inquiète, était venue consulter. Mais le problème venait de la manière dont elle tenait son bébé lors de l'allaitement, ne lui permettant pas de téter correctement. C'est à ce moment-là que la méthode de tétée lui a été enseignée. Ces 3 jours ont grandement affaibli son nouveau-né, ce qui peut faciliter l'acquisition de certaines pathologies infantiles et mettre sa vie en danger.

En pédiatrie, on retrouve aussi de nombreux cas de bébés avec des ballonnements, une autre conséquence du manque d'enseignement. En effet, en fonction de la position de l'enfant lors de l'allaitement, il peut aspirer de l'air en même temps que le lait maternel, ce qui crée des ballonnements et diminue la quantité de lait qu'il absorbe. Cela mène également à un affaiblissement du nouveau-né.

Suivi :

Une femme ayant eu un accouchement par voie basse sans complication reste dans la salle commune à côté de la salle d'accouchement.

Elle doit y rester 24 heures sous surveillance. Deux fois dans la journée, on observe :

- Ses constantes (tension artérielle, pouls, température)
- Ses conjonctives à la recherche d'une anémie
- L'état de l'utérus, pour voir s'il s'est bien rétracté
- Si le colostrum est déjà présent. Si après 24h la femme n'a toujours pas eu de montée de lait, les soignantes ne s'inquiètent pas. Elles disent à la femme qu'elle doit essayer plus souvent d'allaiter son enfant, et que c'est la tétée qui va stimuler l'arrivée de lait.
- S'il y a présence de lochies, c'est-à-dire de pertes de sang associées à des caillots de sang, des débris placentaires ou des suintements de plaie périnéale
- L'état de la suture dans le cas d'une épisiotomie.

Quand tout est dans les normes, on donne à la femme 2 ordonnances, une pour elle et une pour son enfant. Elles contiennent des antibiotiques associés avec du fer pour la mère et l'enfant reçoit des antibiotiques pendant 3 jours, sous forme de sirop et de collyre à mettre dans les yeux. Ce dernier traitement évite les séquelles dues à certaines MST, potentiellement transmissent lors de l'accouchement.

Depuis quelques années, la prise en charge du cordon ombilical a été simplifiée. Avant, on le coupait et on le suturait au niveau de l'ombilic. Mais les parents devaient revenir pour le suivi de la cicatrisation et pour que les fils soient enlevés. Maintenant, on laisse le clamp en plastique et on attend que le cordon sèche et tombe. Il faut cependant bien expliquer aux parents comment traiter la plaie pour limiter les risques d'infection. La sensibilisation est importante car il est arrivé que des parents, par manque de connaissances, soignent cette plaie en la recouvrant, par exemple, d'un cube Maggi pour aider à la cicatrisation.

Menace d'accouchement prématuré :

Lorsqu'une femme arrive au CMA avec un risque d'accouchement prématuré, on lui injecte un traitement tocolytique pour diminuer les contractions. Des corticostéroïdes lui sont aussi administrés, si la grossesse est au-delà de 30 semaines, pour accélérer la maturation des poumons du fœtus. Ensuite, on l'installe en salle de repos pendant 2 jours sous observation.

Si la menace est écartée, la femme peut rentrer chez elle, mais doit prendre rendez-vous chez un gynécologue pour que la fin de sa grossesse soit suivie de près.

Cependant, si l'accouchement prématuré est inévitable, la femme est envoyée en urgences dans un autre centre médical, qui a le matériel nécessaire. En effet, le CMA n'a ni matériel de réanimation, ni couveuses pour les nouveaux-nés prématurés.

Hygiène :

Après chaque accouchement, le lit de la patiente, qui n'était recouvert que d'un pagne lors des soins, est lavé à l'eau de javel, de même que le sol de la salle. L'hygiène de la salle est donc maintenue.

Néanmoins, nous avons observé que les soignantes ne se lavent presque jamais les mains pendant leur garde. En effet, elles mettent des gants pour tous les actes médicaux et elles considèrent cela comme suffisant. Elles font attention à l'hygiène mais pour se protéger elles-

mêmes en priorité. Elles ne se sentent pas très concernées par la transmission des maladies entre les patientes.

Ce comportement ne les empêche pas de pratiquer les gestes techniques, tels que les injections ou les réfections de pansement, avec une certaine asepsie. Mais elle est effectuée d'une manière moins stricte que ce que nous avons pu apprendre lors de notre formation.³

³ D'autres exemples seront donnés tout le long de ce rapport.

ACCOUCHEMENTS PAR CESARIENNE

Les indications à la césarienne sont les suivantes :

- Présentation en siège chez la nullipare (score de Bishop défavorable)
- Placenta praevia recouvrant
- Pré-éclampsie avec signes de souffrance fœtale aiguë
- Disproportion foeto-pelvienne
- Dilatation prolongée
- Rupture prématurée des membranes (supérieure à 72 heures)
- Utérus cicatriciel, en fonction de l'épreuve utérine (surveillance du travail et palpation de l'utérus à la recherche des signes de pré-rupture utérine, à savoir : cicatrice douloureuse, déformation de l'utérus en sablier, contractions rapprochées (supérieures à 5 par 10 minutes), contractures prolongées (diminution du relâchement de l'utérus). L'épreuve utérine est évaluée uniquement par le gynécologue)
- Souffrance fœtale aiguë, c'est-à-dire : présence de méconium dans le liquide amniotique, pouls fœtal non compris entre 120 et 160 par minute, signes de souffrance au niveau du monitoring fœtal
- Hématome rétroplacentaire
- Mère séropositive, en fonction du choix de la mère

La césarienne peut être programmée (césarienne prophylactique), et dans ce cas l'hospitalisation se fait la veille au soir de l'opération. Le reste du temps, la césarienne est décidée après trois tentatives vaines d'utilisation de la ventouse (qui permet de créer un vide dans l'utérus)

Parfois les sages femmes utilisent la possibilité d'une césarienne comme menace sur les femmes afin qu'elles poussent plus fort.

Lorsque la césarienne a été décidée, une ordonnance pour le kit césarienne (compresse, gants, etc.) est remise à un accompagnant qui se rend à la pharmacie. Le kit est compris dans le prix global de la césarienne (6000 CFA, soit un peu plus de 9 euros), et tout doit être payé à l'avance.

Avec le matériel du kit, une voie veineuse et une sonde urinaire sont posées, la patiente est ensuite transférée sur un lit roulant (toujours avec ses pagnes), puis transportée vers le bloc opératoire. La femme est seulement informée qu'une césarienne va avoir lieu. Nous avons été frappées par le peu de communication du personnel soignant avec les femmes enceintes, ainsi que du peu d'empathie et de sensibilité dans leur prise en charge.

Une fois dans la salle d'opération, la patiente est préparée pour l'intervention (toilette à la Bétadine), puis est laissée nue sur la table d'opération jusqu'à ce que tout soit prêt. Le personnel arrive alors aléatoirement, l'un après l'autre, et souvent le chirurgien est le dernier. Pendant notre stage, nous avons suivi une femme en travail avec une rachianesthésie ratée qui a dû attendre 1h45 en salle d'opération, avec pour toute surveillance deux d'entre nous et l'infirmier assistant déjà habillé stérilement, avant l'arrivée d'un chirurgien.

Lorsqu'il arrive en salle, le chirurgien se prépare. L'hygiène des mains est très respectée (plusieurs lavages au savon ou à la Bétadine, puis désinfection à l'alcool). Il porte souvent des bottes en caoutchouc à la place des sabots, et porte des lunettes. Il met sa surblouse stérile, ainsi qu'une double paire de gants stériles.

La rachianesthésie est exécutée par un infirmier anesthésiste, avec la patiente nue en position assise, le dos droit et la tête penchée en avant. La femme est réprimandée si elle bouge ou si elle ne prend pas la bonne position. De plus, elle doit se repositionner seule sur la table d'opération. Souvent, plusieurs essais sont nécessaires pour piquer. La rachianesthésie ne fonctionne d'ailleurs pas à chaque fois (vérification en demandant à la patiente de lever les jambes), et en cas d'échec une anesthésie générale est pratiquée, mais au dernier moment car les risques pour le nouveau-né sont importants.

Lorsque la patiente est installée sur la table et sous anesthésie, un cerceau est mis en place avec le champ stérile pour cacher le site opératoire à la patiente.

L'efficacité de l'anesthésie est testée en pinçant la peau du ventre de la femme avec une pince chirurgicale.

Le chirurgien pratique une incision horizontale ou verticale, selon la pré-existence d'une cicatrice. Il procède ensuite à une hystérectomie segmentaire transversale. Après l'extraction du nouveau-né, ce dernier est immédiatement pris en charge par une sage-femme.

Le liquide amniotique est observé, à la recherche d'une éventuelle anomalie.

Le placenta est extrait à son tour. La sage-femme viendra ensuite le chercher pour le donner à la famille.

Le chirurgien procède ensuite à un contrôle de l'hémostase et de la rétraction utérine, puis à une toilette de la cavité abdominale (pour ce faire, l'utérus est sorti de la cavité abdominale).

Vient enfin la suture, qui diffère selon les chirurgiens (volonté d'économie du matériel, technique, etc.) et le matériel disponible. Les plans qui sont toujours suturés sont l'utérus, l'aponévrose (musculature) et la peau. A l'inverse, le péritoine et le tissu adipeux ne sont pas systématiquement suturés.

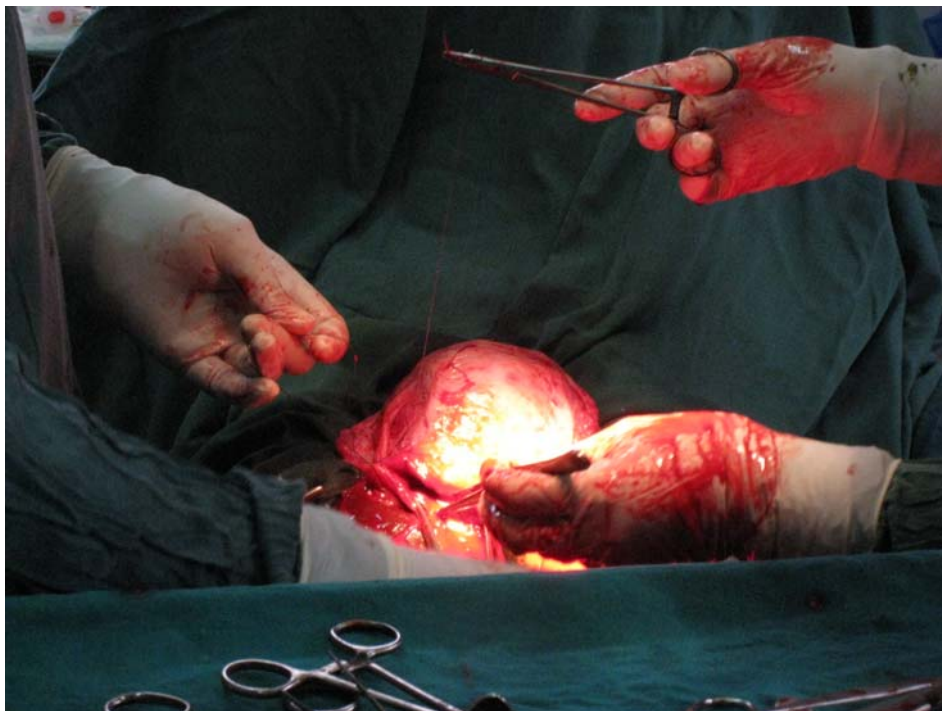
Pour finir, le pansement est réalisé par l'infirmier assistant du chirurgien.



Début d'une césarienne : incision.



Naissance par césarienne



Suture de l'utérus

La femme se réveille également dans la salle d'opération (aidée par quelques tapes des anesthésistes si le besoin s'en fait sentir).

Il arrive très régulièrement que la patiente commence à se réveiller et à bouger au milieu de l'intervention. Les infirmiers anesthésistes réagissent surtout si les mouvements de la femme

dérangent le chirurgien (il est nous est arrivé de voir une patiente donner des coups de pied dans le plateau d'instruments stériles). Par contre si le médecin en est déjà à la suture, généralement l'infirmier anesthésiste n'ajoute pas de supplément d'anesthésie, mais demande à la patiente de tenir jusqu'à la fin de l'opération.

Après la césarienne, la patiente est amenée en PO (post- opératoire), où elle restera pendant 4 jours. De même que pour les autres hospitalisations, les femmes doivent amener leurs propres pagnes pour les lits. La nourriture et les lessives sont faites par les accompagnants. Ce sont également les accompagnants qui contrôlent l'évolution des perfusions. Il est très important de noter que les patientes ne sont jamais seules, mais au contraire toujours accompagnées, même si les proches doivent prendre congé ou venir de très loin.



Lessive des accompagnants

Pendant le séjour en PO, le traitement est le suivant :

- Ocytocine en intra-veineuse pendant 3 jours pour aider la rétraction utérine
- AINS en intra-musculaire
- Antibiotique en intra-veineuse
- Fer et acide folique

Le massage utérin est enseigné à l'accompagnant qui le pratique lui-même sur la patiente. Des sacs de sable peuvent aussi être utilisés à cet effet.

Afin de limiter les saignements, le personnel soignant interdit aux femmes d'avoir un oreiller et de lever les bras au-dessus de leur tête.

La transition de la voie intra-veineuse à la voie orale pour les traitements se fait pendant le séjour en PO. Lors de leur retour chez elles, 10 jours d'antibiotiques et d'AINS par voie orale sont prescrits aux patientes.

Les patientes qui ont subi une césarienne doivent revenir au CMA le 5^e jour pour refaire le pansement, et le 9^e jour pour enlever les points de suture. Dans ces deux cas, le matériel (gants, Bétadine, etc.) doit être acheté par la femme. Pour celles qui n'ont pas suffisamment de moyens, des compresses sont stérilisées dans les services, et leur sont données.

SOINS ADMINISTRES AU NOUVEAU-NE APRES LA CESARIENNE :

Lorsque le gynécologue a sorti le bébé de l'utérus de sa mère, il le confie à la sage-femme. Celle-ci l'emmène alors dans une pièce adjacente dans un berceau, afin de lui administrer les premiers soins si nécessaire. La prise en charge est alors identique que pour un accouchement par voie basse.



Le chirurgien a sorti le bébé de l'utérus



Le nouveau-né a été déposé sur le berceau à l'attention de la sage-femme

Lorsqu'une réanimation est nécessaire, elle est alors pratiquée par la sage-femme de la manière suivante :

Elle pratique une aspiration des voies aériennes supérieures, elle ballonne l'enfant avec de l'oxygène, lui administre des compressions thoraciques afin de stimuler le cœur s'il est en bradycardie ou en arrêt.

Si le bébé ne crie pas ou ne respire pas de lui-même, la sage-femme le stimule physiquement par des pichenettes et en le suspendant par les pieds.

Elle lui passe également des tampons imbibés d'alcool sur le corps et sous les narines afin de réveiller le nouveau-né, surtout si sa mère a été endormie sous anesthésie générale et qu'il a reçu du produit anesthésiant.

Si une réanimation est entreprise et qu'elle ne donne pas de résultat après 20 minutes, elle est arrêtée. Dans le cas contraire, lorsque l'Apgar de l'enfant atteint 9/10, ses paramètres vitaux sont considérés comme satisfaisants.

Lorsque l'Apgar du nouveau-né est bon, celui-ci est emmené en salle d'accouchement afin d'y prendre ses mesures : PC, PT, Taille et Poids. Il est alors donné aux accompagnants de la mère pendant qu'elle-même est emmenée du bloc opératoire en salle post-opératoire. Les accompagnants retournent alors avec l'enfant vers la mère en post-opératoire.

La température du nouveau-né est alors régulièrement contrôlée afin de pouvoir déceler rapidement une éventuelle infection. Il arrive que les mères apportent une moustiquaire pour leur enfant afin de prévenir au maximum l'infection à Plasmodium Falciparum qui est endémique au Burkina Faso. Malheureusement peu de mères en apportent, par manque de moyens et de prévention.

Les bébés ne sont pas systématiquement vus par un pédiatre lors de leur naissance, car il y a un réel manque de personnel qualifié. Les nouveaux-nés qui sont vus par les médecins sont ceux qui présentent :

- Un Apgar diminué à la naissance
- Une souffrance fœtale aiguë
- Une fièvre pendant leur séjour en post-partum / post-opératoire. En cas d'infection bactérienne ou parasitaire, de l'Amoxicilline ou de la Céphalosporine sont donnés en traitement de choix, et en cas de paludisme, c'est la bithérapie à l'Artésunate et la Méfloquine sur 3 jours qui est maintenant donnée. En effet, la quinine n'est plus suffisamment efficace : des études ont montré qu'il existe à l'heure actuelle trop de résistances du parasite à ce médicament.

VISITES POST- NATALES

Dans les dispensaires se font également des visites post-natales.

Six jours après l'accouchement, les sages-femmes demandent aux mères de revenir pour qu'elles puissent contrôler l'état de la suture dans le cas d'une épisiotomie, l'hygiène intime de la femme et comment elle allaite son enfant. Si la femme a des questions, elle peut les poser à ce moment-là. Le personnel soignant en profite aussi pour corriger la méthode d'allaitement afin que l'enfant soit bien nourri. Même si ce rendez-vous à 6 jours est prévu dans l'intérêt de la mère, beaucoup ne viennent pas. Cette consultation n'étant pas obligatoire, le personnel soignant ne peut rien faire.

45 jours après la délivrance, une autre visite post-natale est prévue. Elle permet d'observer l'état général de la mère. Si elle souhaite une contraception, elle pourra en profiter pour consulter le planning familial. Ces visites sont beaucoup moins chères (100 CFA, environ 0.20 euros), qu'une consultation chez le gynécologue qui coûte 2000 CFA.

Parallèlement au rendez-vous de la mère, l'enfant devra être suivi au dispensaire tous les mois pour le contrôle de sa croissance et de son développement.

ALLAITEMENT

La méthode adéquate d'allaitement peut être enseignée par les sages-femmes lors des soins post-partum ou par les attachés de santé, c'est-à-dire les infirmières spécialisées pouvant faire des consultations, lors des consultations pédiatriques lorsque la mère se présente avec son enfant en état de déshydratation ou avec des ballonnements peu après la naissance. Cela arrive souvent lorsque de jeunes femmes primipares n'ont pas reçu l'enseignement après l'accouchement. Les causeries, dans les dispensaires, lors de la pesée et de la vaccination des nourrissons, sont également un lieu de vérification de la technique de l'allaitement par le personnel soignant.

Il n'existe toutefois pas une systématique d'enseignement de la technique à toutes les parturientes après l'accouchement. Lorsque la femme est installée en salle de « repos » après la délivrance avec son enfant, il n'y a aucune surveillance par les sages-femmes afin de contrôler si la mère allaite le bébé rapidement et si elle le fait de manière adéquate. Cela peut mener à des pathologies d'origines nutritives chez le nouveau-né :

- Ballonnement par aspiration d'air par le bébé, dû à une mauvaise position de l'enfant pendant la tétée
- Déshydratation due à une technique d'allaitement inadéquate qui empêche l'enfant de se nourrir correctement. La mère pense le plus souvent que c'est son enfant qui a un problème et qu'il ne sait pas téter.
- Infections si la mère, ayant peur de ne pas avoir assez de lait, donne également de l'eau au nourrisson. La problématique de la prise d'eau est multiple, car non seulement elle est un risque pour les infections, mais encore elle n'apporte pas la valeur nutritive du lait, ce qui rend souvent l'enfant également sous-nourri. De plus si la mère met une fois son enfant au biberon, il réalisera que la tétée est beaucoup plus simple, et refusera de faire plus d'effort afin de prendre au sein. Ainsi le biberon est fortement déconseillé jusqu'à 4-6 mois.

Les femmes restent 24 heures au CMA après leur accouchement en post-partum, si pendant ce temps elles n'ont toujours pas de montée du colostrum, les sages-femmes les rassurent en leur expliquant que c'est normal, que cela peut parfois prendre plus de temps chez certaines patientes, et que le lait va forcément venir. Elles les encouragent à augmenter la fréquence de mise au sein de l'enfant afin de stimuler la montée de lait. Si la mère va consulter en pédiatrie, quelques jours plus tard, on lui redira la même chose. L'enfant n'aura donc toujours pas reçu d'aliments depuis sa venue au monde.

Les mères du Burkina Faso, et certainement d'Afrique d'une manière générale, allaitent leur enfant pendant très longtemps si l'on compare à nos coutumes occidentales.

Après avoir questionné des femmes qui venaient d'accoucher, nous avons remarqué que 2 cas de figures se profilaient :

- Certaines femmes ont décidé qu'elles allaiteraient jusqu'aux 18 mois de leur enfant. Lorsque nous leur demandions pourquoi ce chiffre en particulier, la réponse était toujours la même ; car c'est ce qu'elles avaient fait pour tous leurs précédents enfants, et elles veulent faire de même avec celui-ci.
- D'autres femmes répondaient simplement qu'elles allaient allaiter le plus longtemps possible, jusqu'à ce que l'enfant ne veuille plus.

Nous avons remarqué une affiche dans une salle de consultation du CSPPS qui rappelait le code fondamental des règles concernant l'affichage et la publicité en relation avec l'allaitement maternel :

- Il est interdit de donner des échantillons et de faire de la publicité pour un lait artificiel au grand public.
- La promotion commerciale de laits artificiels est interdite dans les services de santé.
- La distribution de cadeaux et d'échantillons au personnel soignant est interdite.
- L'utilisation de textes et d'images idéalisant l'allaitement au biberon est proscrite.
- Les fabricants de laits en poudre n'ont pas le droit de donner de conseils aux mères.

CONSULTATIONS PEDIATRIQUES

Les vaccins effectués aux nouveaux-nés :

Les vaccins de base sont tous gratuits, grâce à une prise en charge totale des coûts par l'Etat du Burkina Faso.

- Lors de la 1^{ère} semaine, sont fait : BCG et Polio oral 0
- Aux 2, 3 et 4^{ème} mois, ce sont les vaccins et les rappels contre la Polio, le Tétanos, la Coqueluche, la Diphtérie, l'Influenzae B et l'Hépatite B qui sont administrés au nourrisson. Tous ces antigènes sont administrés en une seule injection, ce qui permet de baisser les frais de matériel notamment, en n'utilisant qu'une seule aiguille et seringue. Les familles plus aisées ont la possibilité de payer des vaccins contenant plus d'antigènes, étant ainsi plus performants que les vaccins de bases fournis par l'Etat.
- A 9 mois, le nourrisson est vacciné contre la Rougeole et la Fièvre jaune.

Malgré l'accessibilité et la gratuité des vaccins, tous les parents ne font pas encore systématiquement vacciner leurs enfants. En effet, cette habitude n'est pas encore entrée dans les mœurs. Si l'enfant ne tombe pas malade, il ne sera pas vu par un membre du corps médical qui pourrait alors insister sur l'importance de la vaccination...

Les vaccinations des nourrissons et des enfants se font dans les CSPS, c'est-à-dire dans les dispensaires en périphérie.

Chaque jour est dédié à des vaccins spécifiques, touchant une certaine tranche d'âge. Ainsi, les sages-femmes peuvent en profiter pour faire des « causeries » portant sur un sujet qui cible ces patients et leurs mères. Ce sont des discussions faites pour sensibiliser les mères, entre autres, à la vaccination, aux soins de leurs enfants et à l'allaitement. Les femmes peuvent également intervenir librement et poser les questions qui les tracassent.

Lorsque ces causeries ont été créées, de la nourriture était distribuée aux mères qui y assistaient, pour les motiver à venir. Actuellement, il n'y a plus de fonds suffisants pour donner gratuitement de la nourriture, mais le concept est tellement ancré dans les mœurs que les femmes continuent à venir.



Salle des causeries (vide)

Les vaccinations se font à la chaîne dans une grande salle remplie de bancs. Les femmes viennent l'une après l'autre avec leur enfant vers la table de consultation qui se trouve au milieu de la salle. La mère garde le nouveau-né dans ses bras pendant que la sage-femme ou l'infirmière pratique l'injection. Ce geste technique manque cependant d'asepsie car la zone de la peau qui reçoit le vaccin n'est pas désinfectée, ni avant, ni après. L'hygiène au niveau des seringues elle, est maintenue : une seringue pour chaque enfant. Néanmoins nous avons remarqué d'une manière générale qu'ils n'utilisent pas de trocart pour prendre le produit dans la fiole. Ils font tous les gestes avec l'aiguille qui servira à piquer le patient, augmentant ainsi la douleur provoquée à l'enfant, mais diminuant le coût de la vaccination en utilisant moins de matériel.

Pendant l'injection, deux autres soignants sont présents. L'un d'entre eux remplit le carnet de santé de l'enfant, tandis que l'autre écrit dans le registre du dispensaire le nom de l'enfant avec la date du jour et le lot du produit de vaccination. Il demande aussi le numéro de téléphone mobile de la mère. Ainsi, si elle ne revient pas pour la prochaine injection de rappel, ils l'appelleront pour savoir pourquoi elle n'est pas venue. Grâce à cela, les femmes reviennent toujours faire vacciner leurs enfants. C'est un système qui fonctionne un peu sur « la menace » d'un coup de téléphone réprobateur, mais le but est de protéger les enfants. La méthode utilisée n'est peut-être pas la meilleure au niveau relationnel, mais c'est au moins une technique qui fonctionne.

C'est également dans cette salle que se font les pesées et mesures des enfants pour contrôler leur courbe de croissance et leur développement. Nous n'avons pas pu assister à cela, faute de temps.

Consultations en pédiatrie :

Lorsqu'un enfant tombe malade, ses parents peuvent l'emmener dans le secteur pédiatrique du centre médical. Il y sera vu, selon le jour par le pédiatre (s'il y en a un) ou par une infirmière d'Etat. Comme pour les autres services, les patients sont vus dans l'ordre d'arrivée. Une infirmière prend alors la température et les coordonnées des enfants, pendant leur attente, afin de gagner du temps sur la consultation.

Les examens pratiqués en pédiatrie, comme dans les autres services des centres médicaux, sont à la charge du patient, le cas échéant à celle des parents. Ainsi tout bilan de santé pouvant se révéler utile pour un diagnostic (tests sérologiques, coproculture, goutte épaisse...) sera mûrement réfléchi avant d'être entrepris. Cela mène à un risque non négligeable sur la santé de l'enfant car le traitement entrepris peut alors ne pas être suffisamment spécifique (antibiogramme)... Il faut également garder en mémoire que cela apporte un risque à la population : en ne ciblant pas la thérapie antibiotique, par exemple, on peut alors sélectionner une nouvelle souche bactérienne résistante qui risque de se propager dans la population ! L'Etat burkinabé ne possède pas les moyens de faire des études épidémiologiques, et ce n'est pas son problème de santé prioritaire, afin de connaître ces implications.

DECES DU NOUVEAU-NE

La première cause de décès du nouveau-né est l'infection néonatale ; notamment les septicémies, les méningites, les pneumonies, les différentes diarrhées bactériennes (*Escherichia Coli*, *Salmonella*, ...), les infections parasitaires (paludisme congénital) et les infections du cordon par *Clostridium Tetani*. On note notamment la technique d'accouchement comme étant la cause de 2/3 des décès imputables aux infections. En effet, on peut remarquer un manque d'hygiène lors des accouchements, même si des protocoles sont mis en place pour lutter contre les infections qui en découlent, tels que l'injection d'Amoxicilline en prophylaxie.

Les causes suivantes répertoriées de décès des nouveaux-nés sont l'asphyxie lors de la naissance, l'hypothermie chez les prématurés, et l'insuffisance pondérale à la naissance.

Diminuer la mortalité néonatale :

Des soins essentiels sont toutefois pratiqués afin de prévenir les décès chez le nouveau-né :

- Pratique de l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, c'est-à-dire au minimum : le nettoyage des mains et du périnée, ainsi que la surface d'accouchement, ne rien introduire d'insalubre dans le vagin et pratiquer l'hygiène et les soins du cordon avec du matériel propre et/ou stérile.
- L'identification et le traitement précoce de l'asphyxie lors de la naissance afin de prévenir l'hypoxie cérébrale et/ou la mort.
- Maintenir le bébé dans une pièce chaude, le sécher immédiatement, puis l'enrober dans un linge sec, afin de conserver sa température. Le contact peau-à-peau est conseillé, pour le maintien de la température et pour le contact mère-enfant, même s'il n'est que peu suivi. Ne surtout pas donner de bain au nouveau-né dans les premières 24 heures, afin de permettre au corps de stabiliser sa température.
- Préconiser l'allaitement maternel précoce (dès les premières heures) et exclusif : ne surtout pas co-administrer d'eau, afin d'éviter les infections et la sous-alimentation.
- Administrer des soins oculaires prophylactiques de façon systématique, dans la première heure, lorsque la mère est atteinte d'une infection sexuellement transmissible. Si la mère est positive pour une MST telle que la syphilis lors de l'accouchement, le personnel soignant administre de la Gentamicine sous forme de collyre à l'enfant afin d'éviter une conjonctivite suppurative.
- Injection d'antibiotiques
- La vaccination du nouveau-né selon les protocoles nationaux. Dans la première semaine, administration du vaccin BCG et polio dose 0, et éventuellement aussi la première dose contre HBV.

MORTALITE MATERNELLE

Causes :

Les causes de mortalités maternelles les plus fréquentes sont dans l'ordre :

- Hémorragies
- Infections
- Eclampsies
- Avortements à risque



Panneau de prévention affiché au CSPS

Baisser le taux de mortalité péripartum :

En vue du nombre de décès maternels lors du parturium dans les pays à faibles PNB, il est important pour eux de définir des protocoles pour réduire le taux de mortalité. Tels que :

- Mise en place de services prénataux. Dépistages précoces des problèmes et préparation à la naissance.
- Formation d'accoucheuses traditionnelles. Aide et enseignement aux femmes à propos des mesures d'hygiène de base lors de l'accouchement.
- Présence d'un personnel soignant qualifié lors de chaque accouchement. Assurer leur formation pour qu'ils sachent reconnaître les signes de complications, exécuter les soins de base, orienter le patient vers des soins plus adaptés en cas de nécessité, évaluer l'état de leur patient et dépister les signes d'alertes (forte fièvre, détresse respiratoire, douleur abdominale, saignements vaginaux, vision floue, etc.)
- Remplissage systématique du partogramme afin de pouvoir repérer toute anomalie dans la

progression du travail. Cet outil permet l'enregistrement graphique de l'évolution du travail dans sa phase active de l'accouchement (2 contractions / minute) et des données de surveillances maternelles et fœtales.

Le partogramme permet de faire un bilan rapide et objectif de la progression du travail, de repérer les anomalies de la progression et aide à prendre une bonne décision selon les situations.

Les composants du partogramme :

- La progression du travail :
 - Dilatation du col (courbe ascendante)
 - Descente de la tête du fœtus (courbe descendante)
 - Activité utérine : nombres par 10 minutes et durées (cases colorées)

- Etat du fœtus :
 - Rythme cardiaque / 30 minutes
 - Liquide amniotique : membranes intactes – rompues. Clair / Méconial / Sanguin / Absent
 - Modelage du crâne : 0 = os séparés / + = os se chevauchant / ++ = chevauchement avec réduction possible / +++ = chevauchement sans réduction possible.

- Etat de la mère :
 - Température toutes les 2 heures
 - Pulsation toutes les 30 minutes
 - Tension artérielle toutes les 4 heures
 - Toucher vaginal toutes les 4 heures
 - Observation des urines : volume, présence d'acétone et de protéines.
 - Traitements donnés.

Ligne d'alerte : correspond à l'allongement du temps de travail quand la courbe de dilatation cervicale passe à droite de la ligne d'alerte.

Ligne d'action : moment où il faut établir le diagnostic provoquant la lenteur du travail (disproportion cervico-pelvienne, dystocie mécanique, contractions utérines inefficaces, etc.) et prendre les mesures adéquates s'imposant.

Nous avons pu observer lors des réunions matinales du staff médical, que les gynécologues du CMA avaient encore beaucoup de peine à imposer le remplissage correct des partogrammes dans les dossiers obstétricaux. En effet, peu de sages-femmes suivaient les consignes et respectaient les examens à faire et à noter dans cette grille d'évaluation, ce qui désespérait les médecins.

Partogramme

Date et heure de rupture
des membranes.....

	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80		
BDC			
Liquide amniotique Modelage			
[Dilatation (cm)] [Descente Présentation] [O] [Durée en heures]	Heures 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	[Alerte] [Action]	Accouchement - date et heure - mode - sexe - poids agpar - P.C. - T
Contraction toutes les 10 min	5 4 3 2 1		
Oxytocine UI/500ml Gouttes/min			
médicaments perfusions			
Pouls ● et TA	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60		
Température °C			
Santé Urine à Maternelle Néonatale	{ protéinurie cétone volume		

partogramme

PATHOLOGIES EN RELATION AVEC LA GROSSESSE

Hémorragies :

En début de grossesse (pendant les 22 premières semaines) :

Pendant cette période, les deux causes principales d'hémorragie sont les avortements spontanés et les grossesses extra-utérines.

Lors d'une menace d'avortement, on demande à la femme d'éviter les activités éprouvantes. A ce stade, aucun traitement ne lui est donné car les hormones ou les agents tocolytiques n'évitent pas les fausses couches.

Lorsque l'avortement est inévitable, on pratique une aspiration manuelle ou un curetage associé à des dérivés de prostaglandines.

Lors d'une grossesse extra-utérine (GEU) on pratique une laparotomie après avoir confirmé le diagnostic par échographie.

Lors de notre stage, nous avons pu assister à une opération de ce genre. La GEU datait de 17 semaines et le fœtus faisait une vingtaine de centimètres. Une GEU aussi avancée est extrêmement rare en Europe, mais ce n'est pas le cas en Afrique. Certains nouveaux-nés sont même nés vivants de grossesse extra-utérine. Cela montre la détection et la prise en charge tardive des grossesses d'une manière générale.

En fin de grossesse et pendant le travail :

A ce stade, les causes principales sont les hématomes rétro-placentaires (HRP), les placentas praevia et les ruptures utérines.

Un HRP est un décollement du placenta avant l'accouchement. Cela est non seulement dangereux pour la mère à cause de la perte de sang, mais également pour l'enfant qui risque une souffrance fœtale aiguë.

Quand les saignements sont abondants, un accouchement par ventouse peut être pratiqué si le col est totalement dilaté. Dans le cas contraire, une césarienne s'impose.

Le placenta est dit « praevia » lorsqu'il est inséré à proximité ou sur le col. Dans ce cas, on pratique également une césarienne pour limiter les saignements et une souffrance foetale.

La rupture utérine, c'est-à-dire le déchirement de la paroi utérine, peut être causée par plusieurs facteurs :

- Un utérus fragilisé par de nombreuses grossesses, ou par la première grossesse d'une femme approchant la quarantaine
- Un travail prolongé associé à une disproportion foeto-pelvienne ou à une présentation anormale du fœtus
- Un utérus cicatriciel, dû à de précédentes opérations, telles que des myomectomies

Il y a un grand risque de souffrance foetale dès l'apparition du syndrome de pré-rupture, lorsque l'utérus se rétracte « en sablier », et comprime l'enfant contre les parois utérines. A cela s'ajoute, dès que la lésion est complète au niveau de l'utérus, un choc hémorragique chez la mère.

C'est pourquoi on pratique en urgence une césarienne, dès les premiers signes de syndrome de pré-rupture.

En post-partum :

Il est normal que la femme ait de petites pertes sanguines dans les heures suivant l'accouchement. On parle d'hémorragies du post-partum au-delà de 500 ml de sang. Cependant, il est difficile de quantifier visuellement ces pertes. Le fait qu'elles soient mélangées à d'autres liquides biologiques tels que le liquide amniotique ou l'urine est un risque de sous-estimation, surtout quand les saignements se font lentement et sur une longue durée.

On divise ces hémorragies en deux parties, les immédiates, qui se produisent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, et les tardives.

Dans la première catégorie, on trouve l'atonie utérine. Cela signifie qu'après délivrance du fœtus, l'utérus ne se rétracte pas normalement. En fait, il ne se contracte plus et les pertes sanguines ne peuvent être stoppées physiologiquement.

Il peut aussi arriver que l'utérus se réverse. Dans le cas d'une réversion utérine, il faut immédiatement le repositionner avant même l'injection d'ocytocine, qui empêcherait l'utérus de retrouver sa position d'origine.

Ce type d'hémorragies peut aussi être causé par une rétention placentaire, complète ou partielle. Ceci nécessite une palpation intra-utérine pour extraire le reste du placenta.

Les hémorragies tardives sont traitées par injection d'ocytocine. Ensuite on administre un autre médicament pour traiter les éventuels symptômes associés. Dans le cas d'une infection, des antibiotiques sont prescrits, tandis que dans le cas d'une anémie sévère, une transfusion est programmée, en plus du traitement standard de fer et d'acide folique.

C'est pour éviter ce genre d'hémorragies que des protocoles concernant la prise en charge de l'accouchement ont été mis en place. Ces consignes sont effectuées pour toutes les femmes car il n'est pas possible de prévoir lesquelles auront des hémorragies post-partum.

Les étapes de ce protocole sont :

- L'administration d'ocytocine dans la minute suivant la délivrance, après avoir palpé l'abdomen de la mère à la recherche d'autres bébés potentiels.
- La traction mesurée du cordon pour évacuer le placenta, lors d'une contraction utérine. Cette action doit toujours être faite parallèlement à une contre-traction au dessus de la symphyse pubienne pour éviter des réversions utérines.
- Des massages utérins fréquents dans les deux premières heures et s'assurer que l'utérus ne se relâche pas entre ces massages.
- Un suivi des lésions, ou des interventions telles que les épisiotomies, faites lors de l'accouchement
- Un contrôle de l'état général de la patiente 24 heures après la délivrance, avant qu'elle ne rentre chez elle, qui comprend la tension artérielle, le pouls, la rétraction de l'utérus, et la surveillance des pertes sanguines.

Dans l'idéal, il faudrait également contrôler le taux d'hémoglobine, ce qui est fait dans le service des post-opérées, après les césariennes. Mais, il n'est pas effectué systématiquement chez toutes les femmes, et celles qui accouchent par voie basse ne bénéficient pas de cet examen.

Infections de la grossesse, du post-partum et du post-abortum :

Signes généraux d'infections :

- Température supérieure à 38 degrés ou hypothermie ou foyer infectieux

Signes d'infection sévère :

- Tension artérielle systolique inférieure ou égale à 80mmHg
- Trouble de la conscience
- Ictère
- Oligurie

Les infections post-abortum peuvent provenir :

- D'un avortement septique
- D'un abcès pelvien
- D'une péritonite
- D'une septicémie

La cause la plus probable d'infection durant la grossesse est l'amnionite

Les infections post-partum sont généralement dues aux causes suivantes :

- Endométrite puerpérale
- Abcès pelvien
- Péritonite
- Septicémie

Prise en charge générale :

Donner d'emblée un antibiotique à large spectre et réhydrater le patient, puis instaurer un traitement étiologique le plus rapidement possible.

Au CMA du secteur 30, les analyses bactériologiques ne sont pas pratiquées pour des raisons budgétaires, les infections sont donc uniquement traitées par un antibiotique à large spectre sauf dans les cas les plus sévères où l'analyse est faite par un laboratoire privé, aux frais du patient.

Prévention des infections :

Il existe des directives spécifiques de prévention des infections pour la ville de Ouagadougou datant de 2007. Le but de cette directive est de réduire les infections graves durant la prestation du service de santé et de réduire le risque de transmission de maladies graves telles que l'Hépatite B et le VIH/SIDA. La prescription d'antibiotiques avant chaque césarienne, le lavage des mains par le personnel soignant, la stérilisation des instruments ainsi que plusieurs autres mesures d'hygiène de base soutiennent cette directive.

Prise en charge du paludisme au Burkina Faso⁴ :

N'ayant pas eu accès à des données plus récentes, nous nous sommes basées sur les chiffres de l'année 2002.

Avant de commencer, voici quelques définitions qui permettront d'éclairer les termes utilisés au long de ce rapport.

Paludisme présomptif :

- Température axillaire supérieure ou égale à 37,5 degrés

Paludisme confirmé :

- Isolement du *Plasmodium falciparum* dans le sang à l'examen microscopique ou positivité du Test de Diagnostic Rapide (TDR)

Il existe ensuite deux classifications du paludisme confirmé qui sont :

- Paludisme simple :
 - o Température axillaire supérieure ou égale à 37,5 degrés
 - o Goutte épaisse ou TDR+
 - o Aucun autre signe de gravité
- Paludisme grave :
Paludisme simple et au moins un des signes suivants :
 - o Trouble de la conscience/ léthargie
 - o Convulsions répétées
 - o Anémie sévère prostration
 - o Dyspnée
 - o Choc
 - o Urine foncée
 - o Ictère
 - o Saignement anormal
 - o Oligo-, anurie

Le paludisme simple est pris en charge à domicile, alors que le paludisme grave doit absolument être pris en charge dans une structure sanitaire

En 2002, le paludisme a été responsable de 31% des consultations médicales et de 40% des hospitalisations parmi les adultes. Chez les enfants de moins de 5 ans, le pourcentage d'hospitalisations dues au paludisme s'élève à 45% et cette maladie est responsable de 45% des décès infantiles.

Tout ceci a un impact négatif sur :

- L'espérance de vie (décès prématurés)
- L'éducation (absentéisme, séquelles neurologiques provoquées par la maladie)
- La productivité (absentéisme mais aussi à la diminution de la force de travail)
- L'épargne familiale et nationale (achat de médicaments et aux hospitalisations engendrées par la maladie)

⁴ Source : directive nationales pour la prise en charge du paludisme au Burkina Faso, version mai 2005

Le Burkina Faso a ciblé plusieurs points pour tenter de faire reculer le paludisme :

1. Une prise en charge précoce des cas.
2. La prévention du paludisme chez la femme enceinte par le traitement préventif intermittent (TPI).
3. La lutte anti-vectorielle sélective par l'utilisation de matériaux, moustiquaires et autres, traités aux insecticides.
4. La communication pour pousser les gens à un changement de comportement.

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est basée sur le TPI dont le médicament utilisé est le sulfadoxine-pyriméthamine.

Le TPI débute au 2^{ème} trimestre et consiste en une prise orale de sulfadoxine-pyriméthamine au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, le tout supervisé par un agent de santé. En plus de la prise de médicament, le TPI inclut la réduction du contact homme vecteur en encourageant l'achat d'une moustiquaire imprégnée, le port d'habits à manches longues, etc.

Infection à VIH :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Burkina Faso est d'environ 2,5%.

Un premier programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a pris place de 2001 à 2005. A présent le deuxième programme est en cours (de 2006 à 2010). L'objectif général de ces programmes est de diminuer le taux de transmission mère-enfant du VIH (TME/VIH) de 50% d'ici à 2010. Dans ce but, les principaux objectifs sont :

- Augmenter la couverture de prévention de la TME/VIH des districts sanitaires
- Augmenter le taux de femmes qui font un test de dépistage du VIH lors de leur première consultation prénatale (en 2006, environ 50% des femmes qui se sont rendues à une consultation prénatale ont fait un test de dépistage). Dans certains cas, le test peut également être proposé juste avant l'accouchement ou en post-natal, le cas échéant.
- Augmenter le taux de femmes traitées, lorsqu'elles sont déclarées séropositives.
- La mise en place d'un test de dépistage rapide dans les sites SMI (santé maternelle et infantile, c'est-à-dire le planning familial)
- Augmenter la mobilisation et la participation de la communauté

Depuis la mise en place du premier programme, les acquis sont :

- L'amélioration des structures
- L'apparition de documents de référence
- L'amélioration de l'organisation de l'offre (test et traitement)
- La gratuité du test de dépistage et des soins prénatals

Néanmoins plusieurs difficultés ont été observées :

- L'adhésion faible des femmes et de leurs maris au test de dépistage (c'est souvent le mari qui s'oppose à la réalisation du test pour lui comme pour sa femme, contraignant la femme soit à renoncer au test, soit à le faire en cachette)
- Le suivi insuffisant des femmes
- Le manque de moyens (le coût estimé du second programme s'élève à 5 milliards de CFA, soit environ 7.600.000 euros)
- L'impossibilité de dépister le VIH chez les enfants de moins de 18 mois (car ils possèdent encore les anticorps de leur mère, et la méthode PCR est trop chère)
- La collaboration trop faible entre les différents acteurs de la santé

L'approche globale pour la diminution des infections par VIH chez les enfants comporte cinq éléments :

1. La prévention primaire de l'infection par VIH chez la mère
2. La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives (pour ces deux premiers points le rôle du planning familial est très important, surtout dans le but de préconiser la double protection, c'est-à-dire l'utilisation d'un moyen de contraception et du préservatif)
3. La prévention de la TME/VIH
4. L'alimentation à moindre risque
5. Le traitement, les soins, et le soutien de la femme séropositive, de son enfant et de sa famille

Le risque de TME/VIH sans aucune intervention est de 30 à 45%. Cela comprend les risques de transmission aux différents stades de la mise au monde.

Pendant la grossesse, le risque de TME/VIH est de 5 à 10%. Les interventions possibles

consistent à diminuer de charge virale grâce à un traitement antirétroviral (longue durée) ou à une prophylaxie de la TME/VIH (seulement pendant la durée de la grossesse), à traiter les infections (IST, infections urinaires, paludisme), et à éviter les infections opportunistes (candidoses vaginales, tuberculose).

Le risque lors de l'accouchement est de 15%. La meilleure intervention est une césarienne prophylactique si elle est possible. Dans le cas contraire (accouchement par voie basse), qui est le plus courant, il faut éviter la rupture artificielle des membranes, un travail prolongé, et toute manœuvre invasive durant l'accouchement.

Le risque de TME/VIH lié à l'allaitement est de 5 à 15%. L'intervention la plus observée est l'allaitement exclusif pendant les 4 premiers mois, puis le passage à une alimentation de remplacement. L'idéal étant l'alimentation de substitution dès la naissance, si cela est faisable, abordable et acceptable (l'absence totale d'allaitement à la naissance d'un enfant entraîne une stigmatisation de la mère car cela prouve la séropositivité de la mère aux yeux de tous). Dans tous les cas, l'information de la mère occupe une place très importante, mais c'est à elle que revient le choix, et celui-ci, quel qu'il soit, doit être respecté et soutenu par le personnel soignant.

La prise en charge post-natale du nouveau-né exposé au VIH (en plus de la prise en charge normale), consiste en :

- Section du cordon avec une compresse
- Absence d'aspiration (sauf en cas de présence de liquide méconial)
- Recherche des signes et symptômes du VIH (diarrhée persistante, retard de croissance, pneumonie à pneumocystis jiroveci)
- Dépistage du VIH dès que possible
- Prophylaxie du VIH selon le protocole (voir ci-dessous)

Le protocole pour la prophylaxie antirétrovirale de la TME/VIH est le suivant :

1. Pendant la grossesse : la mère reçoit de l'AZT (zidovudine) 300mg 2 fois par jour de la 28^e semaine de grossesse à l'accouchement
2. Pendant le travail : la mère reçoit du NVP 200mg en dose unique, et une association AZT/3TC 300mg/150mg en prise unique également.
3. En post-partum : la mère reçoit l'association AZT/3TC 300mg/150mg 2 fois par jour pendant 7 jours. L'enfant reçoit du NVP 2mg/kg en dose unique, de l'AZT 4mg/kg 2 fois par jour pendant 7 jours (ou pendant 4 semaines si la mère a reçu moins de 4 semaines d'AZT pendant la grossesse), et du cotrimoxazole dès la 6^e semaine pour prévenir les pneumonies à pneumocystis jiroveci jusqu'à ce que l'enfant soit déclaré séronégatif

Si la mère suit un traitement antirétroviral (trithérapie déjà suivie avant la grossesse), l'enfant ne reçoit pas de traitement, mais seulement un suivi pédiatrique tous les mois jusqu'au 18^e mois (où le test sérologique peut être réalisé).

Hypertension artérielle gestationnelle :

Définitions :

- **Hypertension gestationnelle (HTG) :** Pression artérielle systolique (PAS) supérieure à 140 mmHg et pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90 mmHg au-delà de 22 semaines de grossesse, pendant le travail et/ou les 48 heures qui suivent l'accouchement.
- **Hypertension chronique :** idem que HTG avant 22 semaines de grossesses
- **Hypertension sévère :** PAD supérieure ou égale à 110mmHg
- **Pré-éclampsie :** HTG avec protéinurie
- **Éclampsie :** pré-éclampsie avec convulsions

La tension diastolique seule est un indicateur exact de l'hypertension pendant la grossesse. Il est important de noter qu'une petite proportion des femmes atteintes d'éclampsie et de pré-éclampsie a une TA normale.

Au CMA, la tension est prise par le médecin et une éventuelle protéinurie est recherchée, lors de chaque consultation prénatale. L'augmentation de la protéinurie est un signe d'aggravation de la pré-éclampsie, qui est prise très au sérieux.

En fin de grossesse, une femme peut venir consulter son gynécologue deux fois par semaines sans avoir à payer la consultation. Cette prise en charge permet une meilleure surveillance de la femme enceinte et limite les cas d'éclampsie qui mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant. Cela ne permet cependant pas d'éliminer tous les cas et nous avons eu le regret d'assister à une crise d'éclampsie lors de notre stage. La mère et l'enfant, heureusement, ont pu être sauvés.

Les recommandations de l'office de la Santé du Burkina Faso sont : une prise en charge précoce des cas, un suivi régulier, l'information des patient et l'éducation de la famille proche sur les dangers de l'éclampsie et la marche à suivre en cas de crise.

Le suivi de la pré-éclampsie et de l'HTA se poursuit après l'accouchement jusqu'à la normalisation de la tension.

Souffrance fœtale :

Définition :

La souffrance fœtale se caractérise par une bradycardie fœtale persistante entraînant une décompensation des réactions physiologiques et des lésions permanentes du SNC, voire la mort.

Les signes montrant une souffrance fœtale aiguë :

- Bruits du cœur fœtal <100/min ou >180/min
- La présence de méconium frais, épais ou vert doit faire suspecter une hypoxie.

Facteurs à l'origine d'une souffrance fœtale :

Au cours de notre stage nous avons vu plusieurs accouchements et césariennes avec une souffrance fœtale. Celle-ci pouvait être due à plusieurs facteurs.

Facteurs maternels :

- Une baisse du pouvoir d'oxygénation : anémie
- Une baisse du débit sanguin vers l'utérus : hypotension, pré-éclampsie
- Une hypertension
- Une hypertonie utérine : peut être due à un décollement du placenta

Facteurs placentaires :

- Un infarctus placentaire : peut être provoqué par la drépanocytose
- Un dysfonctionnement du métabolisme placentaire

Facteurs fœtaux :

- Une compression du cordon : due à une procidence du cordon, ...
- Une baisse de l'oxygénation : pouvant être provoquée par une anémie fœtale.

INTERVIEWS DES PARTURIENTES

Durant notre stage, nous avons posé des questions à des femmes nouvellement accouchées sur leur vécu de leur grossesse et de leur accouchement. Nous voulions ainsi nous faire une idée de ce que ressentait une femme burkinabée quand elle tombait enceinte et dans quel contexte cela arrivait.

Il est certain que les réponses obtenues portent un biais du fait que la famille était souvent présente lors de nos discussions avec les femmes. D'autres fois nous avions quelqu'un qui était présent aux alentours pour faire la traduction mooré-français. Il en résulte que la présence de cette/ces tierse/s personne/s a dû influencer les réponses données par la femme, notamment en matière de contraception, en ce qui concerne la volonté de la grossesse et le nombre de grossesses encore désirées...

Il faut également mentionner que nous avons parfois de la peine à obtenir une réponse qui correspondait à la question posée. La communication s'est parfois avérée quelque peu difficile.

Voici les questions que nous avons essayé de poser aux femmes:

- Votre grossesse était-elle désirée?
- Si non, quelle était votre méthode de contraception?
- Vous êtes-vous réjouie de la venue du bébé?
- Et le père?
- Avez-vous préparé la maison en vue de l'arrivée du bébé (couffin, habits, etc.)?
- Aviez-vous des préoccupations pendant la grossesse?
- Avez-vous fait des consultations prénatales?
- Si oui, combien?
- Vous a-t-on proposé un test de dépistage du VIH?
- Comment s'est déroulé votre accouchement?
- Recommanderiez-vous à quelqu'un de venir accoucher ici?
- A quel moment donnez-vous un nom à votre enfant?
- Qui choisit le nom?
- Que faites-vous du placenta que l'on vous rend après l'accouchement?
- Combien de temps pensez-vous allaiter?
- Combien d'enfants souhaitez-vous encore avoir?
- Vous préféreriez avoir une fille ou un garçon?
- Quelle méthode contraceptive allez-vous choisir d'ici quelques mois?

FATOU, 29 ANS: (césarienne)

- Etudiante en comptabilité
 - Musulmane convertie au catholicisme
 - Gestité = 2 / Parité = 2 / Enfants vivants = une fille de 7 ans et son nouveau-né, un garçon.
-
- Elle avait envie du bébé.
 - A préparé des choses à la maison en vue de l'arrivée du bébé.
 - Elle a fait 4 consultations prénatales dans une clinique! (Un record à Ouagadougou.)
 - On ne lui a pas proposé de faire de test de dépistage VIH.
 - Le prénom est donné 1 semaine après la naissance à l'enfant.
 - Pour la fille aînée, c'était le père qui avait choisi.
 - Le placenta sera enterré dans le jardin. Mais elle ne connaît pas la signification de cet acte.
 - Elle a allaité sa fille pendant 1 an et 3 mois et espère la même chose avec son fils.
 - Elle n'est pas sûre de vouloir encore d'autres enfants.
 - Elle utilisera le préservatif afin de ne pas tomber enceinte.

Son bébé est sous une moustiquaire ce qui montre l'implication de la mère dans la santé de son enfant, tout comme les 4 consultations prénatales.

BRIGITTE, 28 ANS:

- Ménagère
 - Protestante
 - Gestité = 4 / Parité = 4 / 1 Enfant décédé / 3 Enfants vivants
-
- La grossesse a été découverte au 7^{ème} mois, elle était très surprise car avait un enfant de 10 mois au sein.
 - Elle a toutefois été heureuse de savoir qu'elle allait avoir un 4^{ème} enfant.
 - La maison a été réparée en vue de l'arrivée du bébé.
 - Elle a fait 2 consultations prénatales depuis la découverte de la grossesse.
 - On lui a proposé un test de dépistage du VIH, qu'elle a fait.
 - Elle avait déjà choisi le nom de l'enfant avant sa naissance car elle a demandé à savoir son sexe lors de l'échographie.
 - Elle va enterrer le placenta
 - Elle souhaite allaiter environ 2 ans.
 - Lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte, on lui a expliqué qu'il fallait reprendre une contraception dès 40 jours de post-partum pour éviter les grossesses indésirées. Elle va donc aller au planning familial afin de se faire poser un implant.

YVETTE, 28 ANS: (césarienne)

- Ménagère
- Gestité = 2 / Parité = 1 / 1 Avortement à 18 ans

- La grossesse était désirée par la mère et le père.
- L'arrivée de l'enfant a été préparée à la maison.
- Elle est allée à 2 consultations prénatales.
- On ne lui a pas proposé de faire de test de dépistage du VIH.
- Le nom de l'enfant sera celui du saint du jour où il est né.
- Le placenta sera enterré
- Elle désire allaiter son enfant pendant 1 an et demi.
- Elle demandera une contraception au médecin. Elle avait déjà pris la pilule entre ses 2 grossesses.

DENISE, 28 ANS:

- Enseignante dans le primaire
- Catholique
- Gestité = 2 / Parité = 2

- Sa grossesse n'était pas planifiée.
- Elle n'avait pas de contraception
- Elle n'a rien préparé à la maison pour l'enfant afin d'éviter le mauvais sort, tout peut arriver jusqu'à l'accouchement.
- Elle est allée à 3 consultations prénatales dans un dispensaire.
- On lui a proposé le test de dépistage du VIH.
- C'est la tante qui choisira le nom de l'enfant, après sa naissance.
- Elle enterrera le placenta dans sa cour, car c'est la coutume. (Nous avons demandé à toutes les femmes ainsi qu'au personnel soignant qu'elle était l'origine de la coutume, mais personne n'a su nous répondre. Il faut demander aux anciens nous a-t-on répondu, « Nous le faisons car c'est la coutume qui le veut ».
- Elle allaitera pendant 1 an et demi, c'est elle qui décidera quand elle arrêtera.
- Elle demandera une contraception au planning familial, par exemple l'injection intramusculaire pour une contraception de 3 mois.

MARIAH, 32 ANS:

- Ménagère
- Musulmane
- Gestité = 5 / Parité = 5

- Sa grossesse n'était pas planifiée
- Elle ne prenait pas de contraception avant de tomber enceinte
- Elle n'a rien préparé pour l'enfant, faute de moyens.
- Elle n'a pas fait de consultations prénatales
- C'est le père qui choisira le nom de l'enfant, une semaine après sa naissance, comme c'est la tradition chez les musulmans.
- Elle allaitera pendant 2 ans, comme pour ses autres enfants. C'est elle qui décidera.
- Elle continuera la méthode naturelle de contraception qui consiste à compter les jours et s'abstenir de rapports sexuels les jours à hauts risques de conception.

ZARATA, 29 ANS: (césarienne)

- Coiffeuse
- Musulmane
- Gestité = 1 / Parité = 1

- Sa grossesse a été planifiée avec son mari.
- Elle l'a découverte à 1 semaine d'aménorrhée grâce à un test de grossesse vendu en pharmacie.
- Ils ont préparé ensemble un berceau et des habits pour leur enfant.
- Elle a fait 3 consultations prénatales à Saint-Camille (CSPS), avec échographie pendant laquelle elle a demandé à connaître le sexe de l'enfant. C'est une fille.
- On lui a proposé de faire un test de dépistage du VIH, ce qu'elle a fait.
- Son mari et elle donneront le prénom à leur fille après une semaine
- Elle enterrera le placenta.
- Elle souhaite avoir en tout cas un autre enfant, mais comme elle a subi une césarienne, le médecin lui a demandé d'attendre 3 ans avant de retomber enceinte, afin d'assurer la cicatrisation de l'utérus. Elle ira donc demander une contraception au planning familial.

RACHEL, 26 ANS:

- Etudiante en art moderne et en littérature.
 - Catholique
 - Gestité = 2 / Parité = 2 / 1 fille de 4 ans et son bébé, un garçon.
-
- Sa grossesse était désirée.
 - Elle a fait 5 consultations prénatales dans un CSPS, où on lui a fait une échographie, elle a ainsi connu le sexe de l'enfant avant sa naissance. On ne lui a par contre pas proposé de test de dépistage du VIH.
 - Elle allaitera 18 mois, c'est elle qui le décide.
 - Elle reprendra la pilule à 40 jours post-partum afin d'éviter une autre grossesse, pour pouvoir finir ses études.

SAM, 22 ANS: (césarienne)

- Ménagère
 - Gestité = 2 / Parité = 2 / 1 Enfant décédé: après 17 jours d'hospitalisation pour fièvre...
-
- Grossesse désirée et planifiée
 - Elle a vu 2 fois des sages-femmes pour une consultation prénatale
 - Elle a préparé quelques affaires à la maison pour la venue de l'enfant.
 - On lui a proposé le test de dépistage du VIH lors de la première grossesse, pas lors de la 2ème.
 - Elle trouve qu'on s'occupe très bien d'elle au CMA, le personnel soignant vient la voir 5 fois par jour ainsi que pendant la nuit.
 - C'est le père qui a choisi le prénom de l'enfant après l'accouchement.
 - Ils enterreront le placenta. Faire différemment paraît impensable à ses yeux, car elle nous a rétorqué : « C'est normal et logique, c'est une partie de moi! Nous n'allons pas le jeter! »
 - Elle va allaiter l'enfant le plus longtemps possible.
 - Elle et son mari désirent avoir 2 enfants en tout, peu leur importe le sexe.

ALIMA, 21 ANS:

- Ménagère
- Gestité = 1 / Parité = 1

- La grossesse n'était pas prévue, elle est venue comme ça. Mais elle est très heureuse et son mari aussi.
- Elle est allée 4 fois en consultations prénatales avec des sages-femmes.
- Elle a fait le test de dépistage du VIH.
- Elle n'a pas préparé d'affaires pour l'enfant à la maison.
- La césarienne s'est très bien passée, elle est très heureuse de la prise en charge, on s'occupe bien d'elle.
- Elle n'a pas encore de prénom pour son enfant, il sera choisi par son mari.
- Elle va enterrer le placenta.
- Elle allaitera son enfant le plus longtemps possible.
- Elle souhaite avoir 2 enfants, elle songera donc à prendre une contraception après le 2ème enfant. Elle ne sait pas encore laquelle, elle attend des informations du CMA.

AKPENE, 17 ANS:

- Elève
- Gestité = 1 / Parité = 1

- Sa grossesse n'était pas prévue, elle est venue comme ça.
- Elle a fait 3 consultations prénatales, avec des sages-femmes.
- Elle a un peu préparé la venue de l'enfant chez elle.
- On lui a proposé le test de dépistage du VIH, et elle l'a fait.
- Elle trouve qu'on s'occupe très bien d'elle et de son enfant au CMA.
- Le prénom de l'enfant est choisi par la mère de la jeune fille.
- Elle enterrera le placenta.
- Elle allaitera pendant 1 an et demi.
- Le nombre d'enfant qu'elle aura dépendra de la volonté de Dieu, d'après sa mère qui a répondu pour elle, mais la jeune mère a dit que de préférence, elle en aimerait 2.

Grâce à notre petite enquête, ainsi que la lecture attentive et régulière des dossiers obstétricaux, nous avons pu observer certaines tendances générales chez les parturientes du CMA:

- L'âge des femmes enceintes s'étale de 17 à 37 ans. Leur nombre de gestités augmente avec l'âge de manière plus régulière que dans nos pays occidentaux.
- Les femmes sont généralement satisfaites des soins donnés au CMA.
- Elles vont toutes allaiter durant 18 mois au plus, ce qui correspond à presque 6 fois plus que ce qui se fait souvent chez nous.
- Le prénom de leur enfant n'est pas choisi à l'avance, mais dans la semaine qui suit sa naissance, et souvent par une personne tierce que la mère : le père, le plus souvent, ou la mère, la tante, etc.
- Le nombre d'enfants désirés est très variable, et comme il dépend de la personnalité de chaque femme, il n'est pas possible de faire une généralité. Toutefois, nous avons remarqué que nombre de grossesses sont non planifiées, ce qui amène beaucoup de femmes à avoir plus d'enfants qu'elles ne l'auraient désiré au début de leur mariage, par exemple.
- Le placenta est toujours emporté pour être enterré par la famille de la mère, ou par elle-même. Durant notre stage nous n'avons pas rencontré une seule femme qui n'a pas emporté son placenta avec elle en sortant de la maternité!

Nous réalisons que notre échantillon est bien trop petit pour être représentatif, toutefois, il montre bien quelques exemples que nous avons pu rencontrer au cours de notre séjour à Ouagadougou. Sans être exhaustif, il donne un bon aperçu sur la vie des femmes autour de leur grossesse.

CONCLUSION

Ce stage nous a permis de découvrir un système de soin différent du nôtre, ce qui a élargi nos horizons et nos connaissances en médecine communautaire. Nous avons beaucoup appris de nos rencontres, que ce soit avec nos patients ou avec le personnel soignant que nous avons suivi.

Nous avons pu constater que le manque de moyens constitue le premier frein au développement de la médecine au Burkina Faso. Les connaissances médicales sont de haut niveau et malgré le peu de moyens à disposition, la qualité des soins de base est satisfaisante.

Cependant, il existe de nombreuses disparités dans la qualité des prestations dispensées en fonction du comportement des différents agents de santé. Peut-être serait-il possible d'améliorer ce point précis, en faisant, de manière régulière et systématique, des séminaires de remise à jour pour tout le personnel soignant du CMA. Nous nous rendons bien compte que de nombreuses barrières s'opposent à cette suggestion, telles que le manque de moyens et de temps.

Enfin, nous sommes très satisfaites d'avoir pu atteindre nos objectifs de stage. Cela n'aurait pas été possible sans la patience et l'amabilité du personnel soignant du CMA et du CSPS dans lesquels nous avons travaillé.

BIBLIOGRAPHIE

- Le livre de l'interne, Obstétrique. **P. Hohfeld et F. Marty.** Médecine-Sciences Flammarion, 3ème édition 2004.
- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. **M Mathai, H. Sanghvi et RJ Guidotti.** Genève, OMS 2004. Département de santé et recherche génésiques.
- Prise en charge des problèmes du nouveau-né. **P. Cooper, R. Johnson, H. Saloojee et J. Zupan.** Genève, OMS 2007. Département de santé et recherche génésiques.
- Soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé: guide pratique. **Programme Santé Maternelle et Maternité sans risque - division de la santé de la famille.** Genève, OMS 1999
- Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum: guide pratique. **Santé et Recherche Génésiques.** Genève, OMS 1999
- Directive nationales pour la prise en charge du paludisme au Burkina Faso. Version mai 2005
- Divers cours préparés par le Dr Charlemagne Ouedraogo, Gynécologue-accoucheur. (Référence exacte indisponible)
- www.wikipedia.org