

# Une naissance au Mali

Eleanor d'Ersu  
Larissa Vines  
Aude Chenu



## "En Afrique, l'imprévu est prévisible."

Cet adage, rencontré dans notre guide touristique, nous a d'abord fait sourire, mais nous avons vite réalisé qu'il allait nous accompagner durant tout notre séjour au Mali, pour le meilleur et pour le pire... Ainsi, notre projet initial d'étude statistique sur l'impact de la méthode des "mères kangourou" sur la morbidité et la mortalité des nouveaux-nés prématurés au CHU Gabriel Touré de Bamako n'aura jamais vu le jour.

Avant le départ, nous étions en contact avec la Dre Nathalie Charpak, pédiatre et présidente de la Fondation Kangourou, qui nous a proposé ce projet d'études dans l'unité kangourou de l'hôpital Gabriel Touré, nous offrant également son aide pour analyser les données que nous aurions récoltées. L'idée nous a d'emblée séduites et nous l'avons exposée dès notre arrivée à la Dre Mariam Sylla, médecin-chef du service de pédiatrie. Notre enthousiasme est ensuite vite retombé lorsque la Dre Sylla nous a fait comprendre que nous ne pourrions pas réaliser cette enquête, arguant le fait qu'une personne à l'hôpital s'occupait déjà de cette tâche. On nous a alors proposé de nous répartir entre les trois unités du service de pédiatrie : la néonatalogie, la maternité et l'unité kangourou, dans lesquels nous allions passer 5 jours chacune. Nous avons donc accepté cette nouvelle perspective de stage axée sur la prise en charge générale de la mère et de l'enfant dans un hôpital universitaire malien.

Afin de compléter notre aperçu du système de santé malien, nous avons terminé notre stage dans un Centre de Santé Communautaire (CeSCom) spécialisé dans le suivi des mères et des enfants, grâce à l'aide du Dr Diakité que nous avons rencontré à Genève par l'intermédiaire du Pr Geissbühler.

Notre rapport traitera donc de la prise en charge des mères et de leurs enfants au sein des deux types d'établissements médicaux que nous avons pu visiter à Bamako. Nous avons toutes les trois effectué le même stage au CHU Gabriel Touré, mais nous avons chacune vécu des expériences différentes, c'est pourquoi certains passages plus personnels sont écrits à la première personne. Nous aimerions également inclure dans ce rapport une réflexion plus globale au sujet de la position de la femme et de l'enfant dans l'échelle sociale et dans le système de santé d'un pays en développement tel que le Mali.



L'hôpital Gabriel Touré est l'un des trois hôpitaux principaux de la ville avec celui du point G et celui de Katy. C'est un hôpital universitaire même s'il n'abrite pas la faculté et son campus qui se trouvent à côté du point G sur une colline qui surplombe le centre ville. Gabriel Touré est le centre de référence pour les soins de la mère et de l'enfant et il accueille en urgence les femmes qui font des complications pendant leur grossesse, les cas d'accouchement difficile ainsi que les nouveaux nés mal en point. L'hôpital est sur la rive gauche du fleuve Niger et nous prenons les transports en commun pour nous y rendre chaque matin. Le trajet est plutôt fatigant puisqu'il nous faut voyager environ trois quart d'heure dans un sotrama (minibus) puis traverser l'inextricable marché rose avant d'atteindre la salle climatisée du personnel de l'unité kangourou ou nous commençons toutes nos matinées par une gorgée d'eau bien méritée!



# Présentation générale

A Gabriel Touré, les horaires de travail sont assez flexibles et chacun se réserve le droit d'aménager son emploi du temps, en particulier les médecins gradés. Pour nous qui avons été élevées dans le souci d'être ponctuelles et qui avons l'habitude de minuter toutes nos activités et d'agender toutes nos journées, la découverte du rythme africain a été l'une de nos premières surprises. Au premier abord, cette décontraction et cette désorganisation apparentes peuvent paraître inadaptées à un exercice professionnel rigoureux, mais il s'agit en réalité d'une autre façon de concevoir le temps qui ne s'oppose pas nécessairement à un travail efficace. On part du principe que, dans une journée, il faut faire de la place aux rencontres et aux imprévus et qu'il est donc légitime de passer un quart d'heure à saluer un collègue au détour d'un couloir ou de s'occuper tout de suite d'une situation qui se présente plutôt que de l'intégrer à notre planning, et cela même si elle n'a pas de caractère urgent. Les gens sont donc rarement où l'on pense pouvoir les trouver et les rendez-vous souvent hasardeux, mais personne ne s'en formalise et l'on finit par s'adapter à ce tempo plus chaotique, certes, mais aussi beaucoup moins stressant et frustrant.

En néonatalogie et à la maternité, la journée commence par une réunion du "staff" entre huit et neuf heures qui permet à l'équipe soignante de discuter des cas complexes du service. A neuf heures et demi, commence la visite qui prend généralement fin entre midi et une heure, un peu plus tôt le vendredi car les adeptes musulmans doivent aller prier à la mosquée. L'après-midi se déroule un peu comme une garde. Le service se vide et quelques infirmiers et médecins assurent la permanence et effectuent ponctuellement des soins prescrits le matin. Environ deux fois par semaine, le personnel se réunit à nouveau après la visite mais cette fois à des fins de formation. Il peut s'agir, par exemple, de l'examen oral (blanc ou réel) d'un étudiant en fin de cursus sous forme d'une étude de cas. Les débats médicaux et même souvent les conversations entre médecins se font en français, ce qui nous a permis de suivre ces réunions et de constater que les médecins maliens ont une formation comparable à la notre (dérivée et calquée sur le modèle français) et qu'ils connaissent le détail d'examens techniques pourtant irréalisables au Mali faute de technologie disponible. Le niveau semble cependant très hétérogène et nous avons trouvé les gens durs les uns avec les autres et les rapports entre eux assez « frontaux ». La personne qui s'exprime est souvent l'objet de remarques cinglantes portant aussi bien sur son élocution (les médecins les plus à l'aise en français reproche aux autres leur mauvaise expression) que sur le fond de son discours. L'ambiance est plutôt compétitive, lors de ces débats, chacun cherche à tirer son épingle du jeu et cela parfois au détriment de la sensibilité des collègues dont on oublie de ménager l'égo... Dans le cadre de ces "staff" de fin de matinée, nous avons également eu l'occasion d'assister à la présentation d'un groupe d'étudiants en pharmacie canadiens, membres de l'organisation "pharmaciens sans frontière" à propos des hépatites B et C et de leur traitement. Une symphonie d'accents que nous ne sommes pas prêtes d'oublier!



Comme toujours dans le milieu médical, la hiérarchie est prise au sérieux. La pédiatrie est chapeautée par trois femmes médecins (Dre N'Diaye Maïmouna Diawara, Dre Fatoumata Diko et Pr Mariam Sylla) qui dirigent chacune à tour de rôle une unité du service en tournant chaque semaine. Elles ont un rôle de médecin référent ainsi qu'une mission administrative et universitaire en aidant les étudiants à réaliser leurs mémoires ou en élaborant des études statistiques. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer d'autorité supérieure et ne savons donc pas très bien qui peuple les hautes sphères de Gabriel Touré ni en quoi consiste leur travail. Les unités du service tournent, quant à elles, grâce aux médecins, aux internes en cours de spécialisation, aux infirmiers et aux sages-femmes.

Le code vestimentaire est assez libre puisque l'hôpital ne fournit pas de vêtements à son effigie et qu'il ne comprend pas de service de blanchisserie. Le personnel porte cependant toujours une blouse blanche ou une casaque qu'on lui laisse le soin de nettoyer chez lui. L'état de propreté de certains habits est donc parfois très contestable! Chaque médecin possède son propre stéthoscope et un thermomètre, mais les stylos lampe et les marteaux réflexe ne sont pas très répandus.



*Les Doctoresses Fatoumata Diko et Maïmouna Diawara*

L'hygiène est un problème majeur de l'hôpital Gabriel Touré. Les sols ont beau être lavés quotidiennement, la propreté des installations est très relative. Les patients sont entassés dans des salles non-climatisées et parfois sans ventilateur ni même électricité. L'hygiène des mains, même si elle est préconisée, est peu rigoureuse. Dans la salle de néonatalogie, par exemple, elle repose exclusivement sur une bouteille remplie d'eau dans laquelle on a dissout de la lessive, qui pend à côté du seul lavabo de la pièce. Même si l'on trouve quelques bouteilles d'alcool dans les unités, chaque membre du personnel ne possède pas sa propre solution pour la friction hydro-alcoolique des mains si bien que l'on ne se lave pas les mains entre chaque patient et que le matériel (thermomètre, stéthoscope, balance, masques à oxygène etc...) n'est, pour ainsi dire, jamais désinfecté. Cette salle de néonatalogie nous a semblé bien placée au palmarès des conditions favorisant la propagation des infections nosocomiales... Des enfants aux pathologies variées y sont disposés côte à côte, rangés sur des lits et l'on interchange par exemple volontiers les masques à oxygène de ceux qui nécessitent une aide respiratoire, même en cas d'infection respiratoire manifeste. Cette pratique explique que, dès leur entrée, ces bébés entament une cure prophylactique d'antibiotiques!

Le matériel à disposition est sommaire, faute de moyens. Thermomètres, balances et mètres-ruban sont à disposition pour le suivi des nouveaux-nés. En néonatalogie, une machine mesure la saturation en oxygène du sang et la fréquence cardiaque (quand elle fonctionne) et des masques libèrent 100% d'oxygène au débit souhaité. A la maternité, des aspirateurs permettent de dégager les bronches des nouveaux-nés dans leurs premières minutes de vie. On dispose également de cathéters, de sondes gastriques et de masques pour la ventilation artificielle, mais leur format est inadapté à la taille d'un nouveau-né, en particulier quand il est prématuré. L'hôpital n'est pas équipé de couveuses, mais on pose les bébés en hypothermie en dessous de « plaques chauffantes ».

Cet hôpital d'Etat accueille les plus défavorisés alors que les nantis se font soigner dans des cliniques privées où même en Europe quand ils en ont les moyens. Nous ne savons pas s'il est facile d'accéder aux soins en dehors d'une situation d'urgence. Nous avons toutefois constaté chaque matin la présence de files d'attente interminables dans le hall d'entrée de l'hôpital. Comme la porte est gardée et que l'on ne peut entrer que sur présentation d'un papier, nous en avons conclu que ces gens attendaient un rendez-vous ou autre justificatif leur donnant accès à un service médical.



Les frais médicaux sont en partie pris en charge par l'Etat puisque l'acte médical n'est pas facturé ni le séjour dans le service et que les médecins sont des fonctionnaires d'Etat. La famille du patient doit, par contre fournir tout le matériel requis à la prise en charge jusqu'à la seringue, le coton et l'eau distillée et il en va de même lorsqu'il s'agit d'une chirurgie. Pendant la visite, le médecin écrit donc des kilomètres d'ordonnance afin que les proches du malade puissent aller acheter ce dont il a besoin à la pharmacie de l'hôpital. La pharmacie de l'hôpital est pourtant régulièrement en rupture de stock de nombreux médicaments courants et il n'est pas rare qu'un proche de patient effectue le tour de la ville avant de pouvoir acheter le matériel et les médicaments prescrits.

Ce système nous a paru totalement inadapté et délétère pour la prise en charge car il conduit fréquemment à des situations aberrantes, notamment en cas d'urgence. Il n'est pas rare qu'un patient soit privé de soins faute de moyens ou même que la personne chargée d'acheter le matériel revienne « trop tard », le temps de trouver une source de financement et de passer à la pharmacie. La famille joue ici un rôle primordial puisqu'elle se charge également de toute l'intendance et des soins de l'hygiène du patient. On ne va donc jamais seul à l'hôpital mais entouré d'accompagnants qui, bien souvent, campent dans la cour de l'hôpital. Des femmes cuisinent, lavent et étendent du linge et des familles entières peuvent vivre dans un coin de cour. Les couloirs sont investis par les proches qui attendent des instructions et des ordonnances du médecin. Ainsi, le patient est nourri, lavé et blanchi par ces accompagnants qui déambulent un sac plastique à la main dans lequel ils gardent précieusement du matériel médical neuf ou réutilisable puisqu'on économise jusqu'aux perfusions en perfusant plusieurs fois un patient avec la même poche. Face à cette situation, notre premier réflexe a été de demander ce qu'il advenait des gens qui n'ont personne pour les assister lors de leur séjour à l'hôpital, mais une telle situation n'est pas pensable dans un système social comme celui du Mali où il est inenvisageable de ne pas aider un membre de sa famille confronté à un problème de santé et cela quels que soient les rapports que l'on entretient avec ce dernier. De plus, les familles sont grandes, ce qui rend l'entraide plus aisée.



# La Maternité



Pendant notre séjour à la Maternité, nous avons eu l'occasion d'assister le Dr Abdoul Karim Doumbia dans sa visite pédiatrique en prenant en note les données destinées à assurer le suivi des nouveaux-nés: poids, taille, périmètre crânien, température et statut neurologique. Quotidiennement, le médecin donne des instructions à la mère concernant l'alimentation de l'enfant, surtout quand ce dernier ne tète pas ou que la montée laiteuse se fait attendre et qu'il faut, en fonction de l'âge

et du poids du petit, déterminer la dose de lait artificiel à lui administrer à la seringue, d'abord sur une journée, puis répartie par tranches de deux heures. De temps à autre, la visite est interrompue par la naissance d'un bébé (par césarienne ou par voie basse) qu'il faut aller évaluer (score d'APGAR...) ou éventuellement réanimer.

Nous avons aussi suivi un gynécologue dans sa visite et assisté à l'examen de patientes aux cas intéressants et variés. Ils s'agissait, pour la plupart, de femmes césarisées dans leurs premiers jours de convalescence. Il importait alors de vérifier l'état de la cicatrice, de suivre l'évolution de la montée de lait et d'écarter une possible thrombose veineuse profonde en évaluant le ballant du mollet. En dehors du post-partum, les motifs les plus courants d'hospitalisation dans le service sont la pré éclampsie, la crise d'éclampsie, les pathologie ovariennes ou utérines (nodules utérins, par exemple) et l'exploration d'une stérilité par cœlioscopie. La maternité dispose également d'un bloc opératoire, régulièrement utilisé pour des laparotomies exploratoires lorsque aucun élément d'anamnèse ou d'examen de laboratoire ne permet aux médecins de poser un diagnostic. Les complications d'avortements sauvages sont souvent suspectées lors de ces opérations, car l'interruption de grossesse est interdite au Mali et de nombreuses femmes en situation délicate ont malgré tout recours à des soignants illégaux pour effectuer cette intervention. Ces curetages improvisés se font de toute évidence dans des conditions d'hygiène déplorables et entraînent parfois des complications gravissimes.

*Chambres communes pour les femmes hospitalisées à la maternité*



C'est à la maternité que j'ai vu « mon premier accouchement ». La jeune femme avait 19 ans et elle était primipare. Je suis arrivée alors que le travail touchait à sa fin et que la dilatation (10 cm) commençait à être suffisante pour entamer les efforts expulsifs. Les battements du cœur du bébé sont monitorés et on a perfusé la mère avec une solution glucosée pour l'aider à soutenir le stress de l'accouchement. La péridurale n'est par contre pas une option. Après avoir subi une épisiotomie, la patiente accouche d'un petit garçon bien portant de 3kg340g. Je suis choquée par la violence de cette mise au monde et alors qu'on clamp le cordon, je m'éclipse pour me remettre de mes émotions. Je trouve l'attitude du personnel peu chaleureuse et je suis agacée de voir qu'on laisse la femme souffrir dans un coin de salle pendant toute la durée du travail sans lui adresser le moindre mot d'encouragement et qu'on ne lui parle qu'à l'impératif pour lui intimer l'ordre de pousser et d'assumer son destin de femme. L'équipe soignante en charge est pourtant exclusivement constituée de femmes mais la solidarité féminine et la compassion ne sont pas de mise. C'est à cette occasion que je vois pour la première fois un sexe excisé et comme je n'ai, à ce moment-là, pas encore conscience qu'au Mali, l'excision est la norme, je me sens révoltée devant le spectacle de cette vulve sans petites lèvres ni clitoris qui s'ouvre comme une fente béante.



*La salle d'accouchement de l'hôpital Gabriel Touré donne sur un couloir passant dans lequel les femmes en travail attendent leur heure à même le sol.*

Sur la fin de notre stage, nous aurons l'occasion de revoir un accouchement au centre de santé communautaire où l'ambiance est plus détendue et les sages femmes plus encourageantes. Il s'agit, cette fois, d'un accouchement gémellaire et nous sommes à nouveau frappées par la dignité et la force de la femme malienne qui se résigne à la douleur et accepte sa souffrance sans s'en plaindre.

Il n'est pas évident pour nous de nous retrouver plongées dans l'intimité de ces femmes alors qu'elles ne nous y ont pas invité, d'autant plus qu'il nous est impossible de communiquer avec elles comme elles ne parlent pas français. A chaque fois, nous prenons la peine de demander au personnel soignant de demander à la patiente si elle nous autorise à assister à son accouchement (ou examen gynécologique) mais souvent, notre requête est accueillie par un sourire gêné du médecin difficile à interpréter. N'a-t-il pas compris le sens de notre demande ou la trouve-t-il incongrue voire déplacée?

# La Néonatalogie

*Ma première rencontre avec la pédiatrie pendant ma formation de médecin c'était la néonatalogie au CHU Gabriel Touré. Aujourd'hui, je me souhaiterais parfois que ceci n'ait pas été mes premières expériences en milieu clinique. J'aimerais vous raconter ce que j'ai rencontré pendant ma rotation en néonatalogie.*

*Larissa Clea Vines*

## Conditions hospitalières

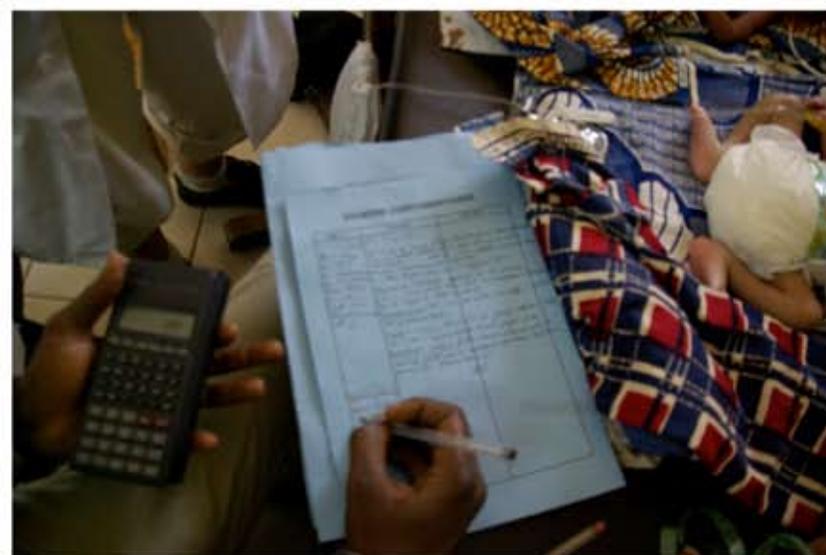
La néonatalogie occupe une grande salle dans un des bâtiments du service de la pédiatrie. Devant l'entrée se trouve un gardien qui est employé pour chercher les mères des patients. De temps à autre, il s'occupe aussi d'aller chercher des « sucreries » (boissons sucrées et gazeuses) pour les pauvres médecins qui travaillent si dur.

Si l'on a de la chance, la climatisation marche et les températures dans la salle sont endurables. Tout au long des murs il y a des lits : des petits lits de bébés, occupés par un bébé, deux au maximum et des grands lits, où sont couchés cinq à six bébés, les uns à côtés des autres avec très peu d'espace entre eux. Nous avons donc vite compris pourquoi les infections nosocomiales posent un problème majeur dans cette unité et sont souvent responsables de la mort des enfants. En face de l'entrée il y a deux plaques chauffantes au-dessous desquelles sont posées des tables avec les bébés prématurés, entre 600 gr et 2 000 gr, qui sont entre la vie et la mort. Il existe une seule couveuse, mais elle n'est plus en état de marche. Elle est pourtant utilisée pour une place de plus, souvent occupée par des bébés qui vont être transférés pendant la journée.



## Hospitalisation

Ce service est le seul service de néonatalogie de tout le Mali. Les bébés sont admis soit directement après l'accouchement, soit après quelques jours, lorsque les petits ont développé des complications à la maison. Seuls les cas les plus graves qui n'ont pas pu être traités de façon ambulatoire reviennent à l'hôpital. L'admission dans ce service sonne parfois comme dernier recours. Il s'ensuit souvent une infection nosocomiale et des complications non négligeables. Il faudrait aussi ajouter que la réanimation d'un bébé n'est pas possible dans ce service, car il n'y a pas d'adrénaline à disposition et l'intubation d'un bébé n'est pas non plus réalisable. La « réanimation » consiste donc en un massage cardiaque, appliqué parfois de manière mauvaise et désordonnée, et de l'oxygène administré par une sonde nasale, réutilisée bien entendu.



Me basant sur les patients que j'ai vus pendant ma rotation et les informations que les médecins m'ont données, je conclus que la majorité des patients sont hospitalisés pour une infection. Celle-ci se manifeste entre autres par une détresse respiratoire qui est évaluée avec le score de Silverman Anderson, utilisé pour la détresse respiratoire néonatale. Il faut dire que je n'ai pas vu de statistiques sur ce sujet. Il existe des risques d'infection néonatale qui résultent des complications

de l'accouchement. Par exemple, la fièvre de la mère pendant le travail, les infections vaginales au moment de l'accouchement (par exemple l'herpès génital), les infections urinaires, la rupture prématurée des membranes, et l'ouverture prolongée de la poche des eaux (à l'hôpital Gabriel Touré la limite est de >12h). Il faudrait aussi mentionner les infections chroniques de la mère comme les hépatites virales, le VIH, et les infections de la mère, acquises durant la grossesse, spécialement le 3<sup>ème</sup> trimestre.

Le deuxième groupe important d'infections néonatales sont les infections bactériennes ou virales à la suite de quelques jours de conditions hygiéniques peu favorables, souvent rencontrées dans des familles avec peu de moyens. Dans ce groupe, on peut aussi inclure les méningites, souvent bactériennes, qui apparaissent sous forme d'épidémies pendant la saison sèche. Par ailleurs il y a des bébés qui souffrent d'anémie sévère, entraînée par une hémorragie pendant l'accouchement et un ombilic mal ligaturé. Ce sont des bébés qui ont besoin d'une transfusion de sang assez rapide. Souvent le diagnostic n'est basé que sur les signes cliniques. Malgré une prise de sang rapide afin d'obtenir l'hématocrite, les résultats arrivent après quelques jours seulement, souvent trop tard. Enfin, on rencontre également des malformations, comme les malformations cardiaques, l'hydrocéphalie et le bec-de-lièvre qui pourra être corrigé plus tard dans la vie de l'enfant.

## **Une journée à la néonatalogie**

Une journée dans le service commence vers huit - neuf heure, cela dépend du médecin et s'il y a un staff avant ou non. Les staffs peuvent durer des heures et nous avons vite abandonné d'y assister. Les médecins sont les chefs, ils occupent en grande majorité les mêmes responsabilités, qu'ils soient internes ou étudiants dans des années supérieures. Ce qui m'a frappé c'est que peu importe la place dans la hiérarchie de l'hôpital, les responsabilités sont les mêmes. Tous les médecins qui sont de garde s'occupent d'un certain nombre de patients. Je n'ai jamais compris comment sont distribués les patients. Le but, c'est d'avoir un minimum de patients afin de finir et de rentrer vite. L'après-midi il reste encore un médecin de garde et un infirmier ou une infirmière.

Le matin, le médecin fait la visite avec, dans l'idéal, la mère du bébé. Parfois le père est aussi présent. Si la mère est indisposée, par exemple après une césarienne, un parent peut prendre sa place. Normalement, les entretiens sont tenus en Bambara, une des langues parlées au Mali. Ce n'était pas toujours évident pour nous de suivre les consultations. J'avais l'impression que les médecins n'ont pas eu beaucoup de cours en PSS. La raison principale pour laquelle les parents devraient assister c'est pour prendre les ordonnances et aller chercher tous les médicaments et même les seringues et les aiguilles à la pharmacie. Si la famille n'a pas les moyens financiers, le bébé n'aura pas son traitement, exceptés les actes de soins payés par l'état (inclus les césariennes). La mère, bien sûr, est souvent avec son bébé pour lui changer les couches et, s'il a une bonne succion, lui donner le sein. Si le bébé est incapable de téter, il est nourri par une sonde naso-gastrique (SNG) ou à l'aide d'une seringue. Toute la lessive est apportée et faite par la famille du patient. Les couches ne sont changées par les médecins ou les infirmiers que dans des cas extraordinaires.

## **Prise en charge des patients**

Souvent, la prise en charge médicale est la même d'un bébé à l'autre. Après un examen physique de tous les systèmes, le traitement est prescrit. La garde de l'après-midi l'administre, dès que les parents ont apporté les médicaments. Il faut souligner que tous les médicaments ne sont pas contrôlés par le médecin traitant. S'il est parti avant que les parents soient revenus, les médicaments sont posés sur le lit à côté du petit patient. Comme déjà évoquée, la grande majorité des bébés souffre d'une infection néonatale. Les valeurs de CRP et la bactériologie ne sont pas toujours disponibles. Une simple formule sanguine prend en moyenne trois jours et en règle générale, tous les bébés sont sous traitement antibiotique, une Céphalosporine, souvent accompagnée d'Amoxicilline. Selon les résultats de la culture bactériologique, l'antibiothérapie sera adaptée. Il existe aussi un laboratoire, tenu par des Américains, qui fait des investigations sur des bactéries qui ont développé des résistances aux antibiotiques. Mais c'est seulement après des semaines d'essais, avec différentes combinaisons d'antibiothérapie, que les bactéries sont testées pour des résistances. Personnellement, j'ai vu un cas de méningite à *Haemophilus Influenza*, qui a été dépisté pour une résistance. Effectivement, le traitement a été adapté et le petit garçon a pu rentrer à la maison. Mais souvent on manque de temps pour ces investigations car les infections ont été trop violentes.



Pour compléter ma description de la néonatalogie, un petit mot sur les moyens et l'attitude envers le travail. Les premiers jours à Gabriel Touré pour nous trois furent une expérience marquante. Nous étions confrontées à une pauvreté incomparable. Je me souviens la remarque d'une doctresse, une des chefs de la pédiatrie, quand j'ai pris mon désinfectant, que nous avons apporté depuis Genève, afin de me désinfecter les mains. « Pourquoi vous n'avez pas pensé à nous en apporter quelques flacons ? ». Une remarque qui m'a blessée au début et je culpabilisais. Pourquoi nous n'avons pas pensé ? Mais après un certain temps dans cet hôpital et en analysant l'attitude envers le travail de certains médecins, j'ai compris que les problèmes ne provenaient pas toujours d'un manque de moyens.

Ils ont peu de ressources, mais qui ne sont pas toujours pleinement épuisées. La situation qui m'a conduit à faire cette conclusion c'était une ponction lombaire d'un prématuré avec une probable hémorragie cérébrale suite à un accouchement compliqué. Pour poser la diagnostic, il fallait faire cette PL. Si j'en croyais mon expérience modeste, tout le matériel avait été préparé comme il le fallait. J'étais étonnée par la présence de gants stériles. Mais j'étais encore plus étonnée pour ne pas dire choquée, quand j'ai été témoin de la manière dont ce médecin a mis les gants, sans respecter les règles de l'asepsie. J'ose dire que ce n'était pas un acte d'ignorance, parce que la faculté de médecine et la formation ont une très bonne réputation, mais parce que de toute façon ça n'aurait rien changé à l'avenir du bébé. Il est décédé d'une hémorragie cérébrale quelques heures après. Je ne pouvais pas accepter ni comprendre cette attitude envers le travail qui ne cherche pas à faire le mieux pour nos patients et d'argumenter qu'il n'existe pas assez de moyen pour sauver nos patients. Peut-être ne pouvons-nous pas toujours sauver nos patients parce qu'il nous manque le matériel, mais nous pouvons, au moins, tout essayer pour les sauver.



# L'unité Kangourou

L'idée de cette unité consiste à apprendre la méthode kangourou aux mères qui viennent de donner naissance à un bébé prématuré ou un bébé de faible poids pour son âge gestationnel. Pendant mes stages à Gabriel Touré, j'ai constaté que l'attitude des familles maliennes, envers un bébé né avant le terme, n'est pas toujours très ouverte et chaleureuse. Les familles ont souvent des difficultés à accepter leur bébé prématuré. La peur est grande de perdre le bébé, car le taux de mortalité des enfants et des nouveaux-nés au Mali est très élevé. Cette crainte ralentit le développement d'une bonne relation des parents avec leur bébé et la délicatesse des soignants de l'unité est recommandée.

## *La méthode kangourou*

La méthode kangourou cherche à remplacer la couveuse dans des pays en voie de développement. Mais elle apparaît aussi de plus en plus dans des pays occidentaux, comme la Suède. Ces pays ont reconnu les bénéfices de cette méthode. Le bébé est porté sur la peau entre les seins de la mère porteuse. Ce contact de peau à peau crée un environnement chaud qui est nécessaire pour le développement du nouveau-né. L'avantage de cette méthode consiste en ses coûts minimes et le fait que la mère peut rentrer à la maison avec le bébé au plus vite. En outre, des études ont montré que les bébés kangourou souffrent moins des infections pendant leur enfance parce que leur système immunitaire est d'avantage renforcé que celui des bébés qui étaient dans une couveuse pendant les premières semaines de leur vie. La sélection du prématuré pour un transfert en unité kangourou se base sur sa prise de poids depuis la naissance, ce qui dépend d'une bonne succion et la coordination de succion-déglutition. Par ailleurs l'état de santé général doit être bon, sans infections imminentes qui auraient besoin d'une surveillance médicale.

Dans le meilleur des cas, la future « mère » kangourou sera la mère biologique du nouveau-né parce que cela aidera à développer une bonne relation entre mère et enfant. Nous avons vu quelques situations de naissances multiples ou d'accouchement difficile qui empêchent la mère de prendre ce rôle. Dans ces cas, un autre membre de la famille ou une personne proche peut remplacer la mère. C'est important que cette personne soit désireuse de prendre cette responsabilité. Nous n'avons vu qu'un père qui a mis les pieds dans le service en aidant sa femme. Contrairement à l'occident, où le rôle du père dans l'éducation des enfants a de plus en plus d'importance, au Mali le père a encore peur du contact avec ce rôle qui est considéré comme le domaine des femmes uniquement. Ainsi l'idée d'un père kangourou serait encore impensable.



## L'unité

Pour instruire les futures mères, ou parents kangourous, il existe une salle avec des lits où les mères et leurs bébés sont hospitalisés. Juste à côté, dans une des uniques salles climatisées, ont lieu les consultations pédiatriques ambulatoires où le développement des anciens prématurés est suivi. L'unité se trouve dans l'un des bâtiments pédiatriques au deuxième étage, un peu plus loin que le bâtiment qui accueille la néonatalogie.

En pratique cela veut dire que tous les bébés, qui vont être transféré à l'unité kangourou, doivent être transportés dans des bras des infirmières ou des étudiantes suisses à travers le terrain de l'hôpital. Nous nous souvenons bien de notre première journée à Gabriel Touré, chacune avec un triplé prématuré dans les bras. Nous étions très prudentes de ne pas laisser tomber ce petit paquet !

## Une journée à l'unité Kangourou

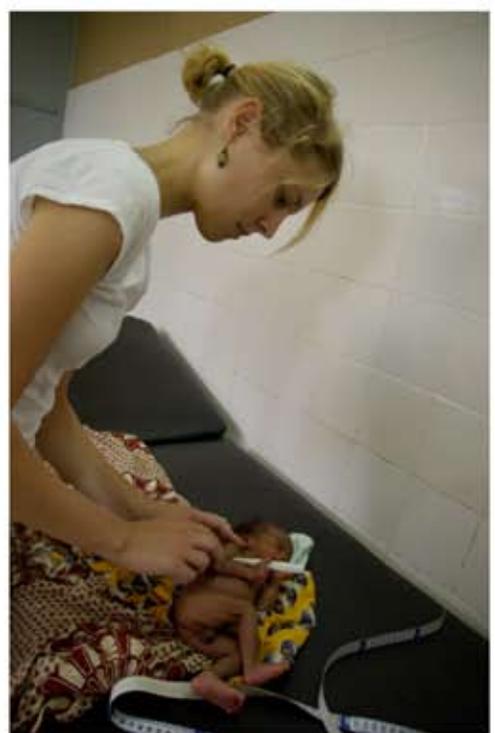
La journée se divise en deux parties. La première consiste à donner les instructions pour les mamans kangourou qui sont hospitalisées avec leurs petits. Pour cet échange, les mamans sont assises autour de l'infirmière. Ce sont des séances vivantes avec beaucoup de mouvement. Le but de ces sessions d'information est de permettre aux femmes de se rendre compte que leur participation est demandée et qu'il est important d'appliquer cette méthode soigneusement, également une fois rentrées à la maison. Les infirmières expliquent comment porter le bébé en position kangourou, bras et jambes repliés contre la poitrine de la mère, dans une poche élastique prévue à cet effet ou dans un pagne attaché dans le dos. Le bébé est porté nuit et jour, excepté pendant les tétées, le changement de couche et les soins corporels où la mère peut alors se reposer. Les infirmières insistent aussi sur une bonne hygiène corporelle qui cherche à réduire le risque des infections, spécialement au niveau des seins.



Concernant la méthode de nutrition, donner le sein est vivement conseillé et favorable à l'enfant. Malgré le fait qu'une bonne succion soit une condition pour l'admission à l'unité de kangourou, les prématurés les plus petits n'ont souvent pas la force de téter. Ceux-ci sont nourris par une seringue de 10 ml. Rarement les bébés reçoivent une SNG parce que cela retarde la rentrée à la maison. Les bébés sont allaités toutes les deux heures, même durant la nuit. Les infirmières insistent sur ces tétées nocturnes. Tous les bébés sont mis au sein même s'ils ne se nourrissent pas car cela stimule le réflexe et la force.

Afin de suivre le développement du bébé kangourou, la pédiatre-chef, la Dre Awa Diall, note consciencieusement le poids, la taille, le périmètre crânien (pc) et le périmètre brachial (pb), mesurés préalablement par les infirmières de l'unité, dans un livre. Elle fait aussi un petit examen physique et adapte le traitement si nécessaire. Avant la sortie de l'hôpital, les parents reçoivent un carnet de santé dans lequel sont inscrits les prochains rendez-vous, l'état, le développement de l'enfant ainsi que les vaccins de routine effectués.

La deuxième partie de la journée consiste en des visites ambulatoires pour les enfants sortis de l'unité Kangourou. La Dre Diall s'occupe aussi de ces visites. Nous avons pu vivement participer à ces examens pédiatriques de routine effectués dans un premier temps à une fréquence très rapprochée puis de plus en plus espacés pour aboutir à un rendez-vous tous les trois mois de vie de l'enfant jusqu'à ses 3 ans. D'abord la pédiatre réalise une petite anamnèse. Elle veut surtout savoir comment l'enfant se nourrit et s'il y a des problèmes particuliers (diarrhée, vomissements, fièvre, etc). Pendant l'examen physique, le poids, la taille, le pc, le pb et les signes vitaux sont répertoriés par l'infirmière. Par la suite, la pédiatre examine le petit système par système. Un examen ciblé sur le développement neurologique de l'enfant est également réalisé tous les trois mois jusqu'à l'âge de neuf mois (ce qui n'est pas toujours toléré par les petits patients...). Pendant ces visites, les mères ont l'opportunité de poser des questions et de confier leurs petits problèmes de tous les jours.



C'étaient pour nous les moments les plus joyeux de voir comment ces petits prématurés étaient devenus des nourrissons parfaitement sains. En effet, cette unité Kangourou, dont le concept fut importé à Bamako il y a un peu plus d'une année par la Dre Nathalie Charpak, constitue à nos yeux un réel modèle de bonne gestion et d'efficacité dans cet hôpital. La méthode est appliquée selon un protocole précis, mis en place à partir des nombreuses années de recherche et de pratique autour du monde. Le personnel de l'unité Kangourou se réfère régulièrement à ces guidelines, ce qui rend la prise en charge des patients mieux contrôlée et plus efficace. L'impact d'une telle unité hospitalière sur la santé des prématurés à Bamako est sans conteste très bénéfique. La comparaison n'a pas pu être chiffrée, mais nous avons pu nous rendre compte lors des visites ambulatoires qu'un grand nombre de nouveaux-nés de petit poids ont pu grandir convenablement grâce à la méthode kangourou, alors qu'ils auraient sûrement dépéri en néonatalogie si cette unité n'existait pas.



# CeSCom Djikoroni Para

Au CeSCom de Djikoroni Para, nous n'étions plus que 2 et nous nous sommes donc réparties dans un premier temps entre les 2 salles destinées à la prise en charge des enfants sains. Ces deux salles étaient communicantes, mais couvraient 2 objectifs distincts : la vaccination et le suivi de la croissance des enfants sains. Ce centre contient également des structures pour la prise en charge des futures mères, notamment une salle de consultation pré-natale ainsi qu'un pavillon consacré aux accouchements. Nous avons passé nos derniers jours de stage à suivre ces consultations pré-natales et nous avons également pu assister à un accouchement.



## Vaccination



Ce CeSCom participe au Programme Elargi de Vaccination (PEV) de l'OMS qui leur fournit tout le matériel nécessaire à l'administration des vaccins inclus dans ce plan d'immunisation mondial. Les maladies couvertes par ces vaccins sont la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'infection à *Haemophilus Influenza*, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et la fièvre jaune. Les femmes enceintes reçoivent en outre le vaccin contre la tuberculose. Les cinq premiers

vaccins sont inoculés à travers un vaccin pentavalent sur 3 doses en intramusculaire. Le vaccin de la poliomyélite est administré per os sur 3 doses également, en parallèle au vaccin pentavalent. Le vaccin ROR ne fait officiellement pas partie du PEV, mais il est largement prodigué aux enfants à partir de 9 mois.

Les conditions des injections ne sont pas idéales au CeSCom, mais elles nous ont tout de même semblé meilleures que celles que nous avons pu observer à l'hôpital. L'OMS fournit en effet des seringues auto-bloquantes qui empêchent le personnel médical de réutiliser les seringues, acte que nous avons constaté quotidiennement à Gabriel Touré. Les infirmières disposent de tout le matériel utile à la vaccination, y compris des congélateurs pour conserver les vaccins. Il leur manque pourtant un composant essentiel à toute injection : la



chlorhexidine alcoolique. Nous avons été choquées de voir que les infirmières ne pensaient même pas à désinfecter la peau du patient sur le site d'injection. Nous avons un flacon de trop dans notre trousse de médicaments et nous l'avons mis à disposition durant notre séjour au CeSCom. Il serait important qu'un centre de santé qui vaccine chaque jour plus de 30 enfants dispose de son propre matériel désinfectant. Il serait impensable que chaque mère vienne à la consultation de vaccination avec son flacon d'alcool médicinal, comme nous avons pu le voir avec les patients de la salle des pansements...

Durant trois matinées, nous avons effectué les vaccins avec l'équipe infirmière. Ce n'était pas facile d'exercer pour la première fois réellement des gestes techniques que nous venions d'apprendre en "théorie appliquée". Il était surtout difficile d'accepter que nous faisons nos premières armes en matière d'injection sur une patientelle inconsciente du fait que nous n'étions qu'étudiantes, sans réelle supervision de la part du personnel soignant et dans des conditions qui ne nous semblaient pas optimales. De plus, nous n'avons jamais exercé d'injection sur des enfants... Nous avons donc fait du mieux que nous pouvions, en demandant régulièrement confirmation aux infirmières qui ne semblaient pourtant pas réellement savoir le fondement des gestes qu'elles exécutaient. Souvent, nous effectuons les dilutions alors que l'infirmière piquait. Cette pratique se répétait à un rythme effréné pour endiguer l'affluence quotidienne des mères souhaitant vacciner leurs enfants. Ce programme nous a semblé efficace, car associé à une sensibilisation des mères lors de l'attente, elle assure une assiduité aux rendez-vous de rappel plutôt bonne.



# Suivi de la croissance



Dans une salle parallèle, donnant sur la cour du CeSCom par une ouverture dans le mur en guise de guichet, on effectue le suivi des enfants sains. Ce suivi implique une mesure mensuelle du poids de l'enfant ainsi que de sa taille. Ces données sont ensuite reportées dans un dossier rose contenant des graphiques indicateurs de la croissance (taille-âge et poids-âge) avec différentes catégories, selon le degré de malnutrition de l'enfant. Durant les matinées que nous avons consacrées au suivi des enfants sains, nous avons principalement manipulé ces fameux dossiers roses écornés. Nous nous occupions surtout d'y reporter les données mesurées par les infirmières et de noter la date du prochain rendez-vous, à un rythme très soutenu. Il n'existe en effet aucun horaire pour les rendez-vous, les mères se présentent au CeSCom entre 8h et 9h et les enfants sont examinés et vaccinés à la chaîne dans la matinée, selon l'ordre d'arrivée. Entre 9h et 11h30, tous les enfants ont été pris en charge et le reste de la journée se passe dans la torpeur soporifique de la salle vide jusqu'à la fin du service, vers 16h.

Les courbes de croissances sont graduées en trois échelles, selon que l'enfant a une croissance normale ou qu'il souffre de malnutrition modérée ou sévère. La plupart des enfants sont dans le jaune, c'est-à-dire qu'ils subissent une malnutrition modérée. Ce fait nous a interpellé, mais ne semblait pas troubler les infirmières qui ne prenaient aucune mesure envers ces enfants ou leurs mères. Elles dispensaient tout au plus des conseils nutritionnels aux mères d'enfants sévèrement malnutris. Chaque consultation coûte 200 FCFA (50 centimes suisses), que les mères payent en recevant le carnet de croissance de leur enfant, comprenant toutes les mesures effectuées depuis le début du suivi, ainsi que les rendez-vous. Malgré le manque d'analyse et de mesures prises face aux données récoltées, nous avons été soulagées de voir qu'il existait à Bamako des structures sanitaires qui prenaient réellement en charge les enfants sur le long terme. Ce suivi est de toute évidence très positif car il force d'une part les mères à se rendre régulièrement au CeSCom où elles peuvent recevoir des informations par rapport à la santé de leur enfant et d'autre part, il offre à ces enfants un contrôle régulier, propice au dépistage.



# Consultation pré-natale



Les Consultations prénatales (CPN) sont normalement au nombre de trois et sont assurées par des sages-femmes aguerries qui se substituent totalement au médecin. Elles se déroulent en deux parties, un examen gynécologique est suivi d'une échographie dans le bâtiment d'en face. La femme qui se présente ce matin est déjà avancée dans sa grossesse mais c'est la première fois qu'elle se présente au centre de santé. On accueille la patiente dans une antichambre munie d'un bureau, d'une balance et d'une règle

murale. On pose des questions à la future maman pour se faire une idée de son état général et on lui demande de quand date son aménorrhée même si les réponses à cette question ne sont souvent pas satisfaisantes... On pèse et on mesure la patiente puis on la fait passer dans une pièce fermée par un rideau où va se dérouler l'examen physique. La sage-femme regarde ses sclères, palpe ses seins à la recherche de nodules mammaires et elle examine ses jambes à la recherche de varices ou d'un œdème pour écarter toute possibilité de thrombose. Un examen vaginal au spéculum révèle un écoulement blanchâtre s'échappant du col et la patiente reporte un prurit vulvaire et une gastrite. On passe ensuite au touché vaginal destiné à évaluer la position du col par rapport à l'utérus ainsi que la croissance utérine. La sage-femme palpe le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale et fait une première estimation de l'âge du fœtus en mesurant la distance qui sépare la symphyse pubienne du fondus. La mesure est ici de 26 cm. Si l'on estime la croissance utérine à 4cm par mois, la patiente est environ à 6 mois et demi de grossesse. Cette donnée sera plus tard confirmée à l'échographie. La patiente se rhabille et repasse dans l'antichambre où on lui prescrit les analyses sanguines d'usage (groupage, rhésus, taux d'hémoglobine, dépistage de la toxoplasmose, de la syphilis et de la drépanocytose), un traitement pour son infection (antibiotique et ovule), de quoi soulager sa gastrite (hydroxyde d'aluminium) et une supplémentation en fer et en acide folique. On nous explique ensuite, qu'en temps normal, elle aurait du faire un test de dépistage du VIH dans la salle voisine mais qu'ils sont malheureusement en rupture de stock. L'Etat a mis en place un programme de prévention du paludisme chez la femme enceinte qui bénéficie ainsi d'une moustiquaire imprégnée gratuite et a la possibilité d'être traitée à la sulfadoxine et à la pyriméthamine au quatrième mois si elle reporte des mouvements fœtaux anormaux.



## Échographie

L'échographe appartient au centre de santé, mais le médecin à même de faire l'examen ne vient que deux demi-journées par semaine. Les échographies sont entièrement à la charge de la famille et coûtent 7000 francs CFA chacune, ce qui représente un budget non négligeable pour la famille malienne moyenne et pourrait expliquer que beaucoup de femmes enceintes renoncent à se faire suivre. La patiente paye le médecin et son assistante en entrant dans la pièce et va s'allonger sur un lit. L'examen se déroule dans le silence. Le médecin, un homme assez laconique, répond brièvement à nos questions et refoule nos tentatives d'en savoir plus par un magistral « pour comprendre, il faut faire la formation ». On réussit néanmoins à se faire expliquer qu'il détermine l'âge du fœtus en mesurant son périmètre crânien et la taille de son fémur. Il nous dit également rechercher des signes d'anomalie et détermine le sexe du bébé qu'il communique à la mère en fin de consultation. On assiste, pour clore la matinée, à l'échographie d'une femme envoyée par son mari parce qu'elle ne lui donne pas d'enfant après dix ans de rapports sexuels non protégés. L'examen de l'utérus est normal donc le médecin lui conseille de faire une hystéro-salpingographie pour en avoir le cœur net et suggère que son mari fasse un spermogramme sans, toutefois, trop y croire...il nous dit, avec un sourire en coin, qu'il est peu probable que « le mâle » en question accepte de voir ainsi sa virilité remise en cause et qu'il y a donc peu de chances qu'il obtempère à cette demande!

Ce séjour en CeSCom nous a beaucoup plu, il nous a permis de pénétrer le fondement du système de santé malien qui repose en majeure partie sur ces petits dispensaires de quartier. Nous avons pu également nous rendre compte de l'utilité de telles structures de proximité face à la demande importante de soins dans une grande ville comme Bamako.



*L'équipe d'infirmières avec laquelle nous avons travaillé, ainsi que la Dre Fatoumata Maïga assise au premier rang, médecin responsable de ce CeSCom*

# PARCOURS D'UNE CONTEMPORAINE MALIENNE

*Le Dimanche à Bamako, c'est le jour des mariages.*



Le code du mariage et de la tutelle malien fixe l'âge minimum du mariage à 15 ans pour la femme et 18 ans pour l'homme. L'âge effectif moyen du mariage des jeunes femmes au Mali fluctue en fonction de l'interlocuteur avec lequel nous avons pu échanger... Selon l'Unicef et certaines ONG locales, la région de Kayes est la plus touchée par le mariage précoce, et l'on y rencontre fréquemment des fillettes offertes dès l'âge de 12 ans à un mari beaucoup plus âgé. Cela implique de

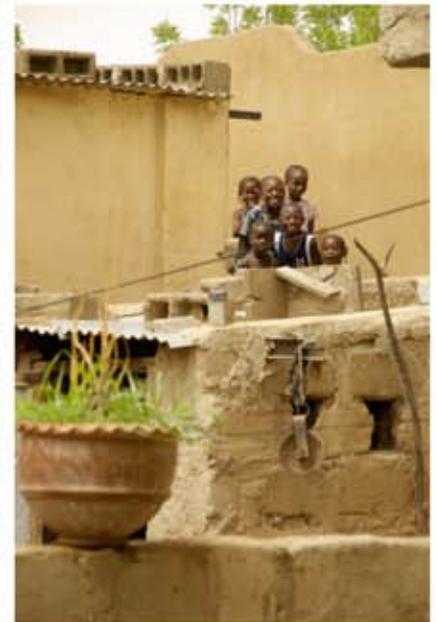
nombreuses complications médicales, autant lors des rapports sexuels que lors de l'accouchement chez ces jeunes filles à peine pubères. A Bamako, l'âge minimum légal et effectif du mariage reste de 15 ans, mais les ministres maliens viennent d'adopter un projet de loi qui égaliserait l'âge du mariage à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes. Cette loi attend à l'heure actuelle d'être validée par l'assemblée, mais en cas d'acceptation, elle constituerait un pas théorique important vers une meilleure considération des femmes dans l'institution phallocrate que constitue le mariage au Mali.

Les conditions du mariage dépendent aussi beaucoup de la situation financière et des conditions d'éducation de la famille, et le poids de la tradition pèse encore lourdement sur les engagements matrimoniaux. D'après des discussions que nous avons pu avoir avec des hommes maliens en âge de se marier, certaines alliances sont rendues impossibles par la hiérarchisation sociale qui existe au Mali. Les noms de famille sont en effets porteurs de connotations diverses qui séparent les familles selon un rôle historique d'esclave ou de noble. Ces différents statuts donnent lieu à de nombreuses plaisanteries, appelées "cousinages", mais sont néanmoins prises au sérieux lorsqu'il s'agit du mariage. Un homme né Touré ne pourra par exemple pas épouser une femme née Maïga, car il se considère comme noble et n'acceptera jamais une de ses esclaves pour épouse.

Au moment de signer le registre officiel, l'homme dont c'est le premier mariage peut décider de contracter un mariage monogame ou polygame. Habituellement, les hommes musulmans choisissent le mariage polygame, pour garder la possibilité de prendre une nouvelle épouse si leur situation financière le permet. La première femme de l'époux n'est pas en droit de s'opposer à une seconde union si le premier mariage a été effectué en mode polygame. En revanche, si le mari avait décidé de contracter un mariage monogame, mais qu'il change d'avis au bout de quelques années, il doit obtenir l'accord de sa première femme pour changer son mariage monogame en un mariage polygame.

*Tu accoucheras dans la douleur.*

Une fois mariée, le devoir de toute femme au Mali est de faire des enfants. Le taux de fécondité y est de 6.8, selon des statistiques de l'Institut National d'Etudes Démographiques, ce qui implique que chaque femme aura un peu moins de 7 enfants en moyenne au cours de sa vie féconde. L'âge médian de la première naissance est de 18.8 ans (cf INED) et nous avons effectivement pu constater le très jeune âge des femmes enceintes au cours de notre passage à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré.



La plupart des femmes que nous avons vues à l'hôpital n'avaient pas été suivies régulièrement par un médecin au cours de leur grossesse. Les consultations pré-natales (CPN) sont disponibles dans certains CeSCom, et assurées par des sages-femmes. Mais elles ne sont pas gratuites et impliquent souvent différentes investigations et traitements lourds à assumer financièrement pour la famille. Après la consultation pré-natale, une femme enceinte peut également subir une échographie dans le CeSCom, si elle en a les moyens. Durant nos pérégrinations dans la ville de Bamako, nous avons été frappées par le nombre de femmes circulant accompagnées d'enfants, par opposition à l'absence visuelle de femmes enceintes. L'explication de cette aberration nous a été donnée par un ami malien qui nous a expliqué que les femmes enceintes restaient pour la plupart chez elle à s'occuper du foyer, ne sortant qu'en de rares occasions.

Lorsque le travail commence, la femme enceinte peut être prise en charge chez elle ou transportée en taxi jusque dans un CeSCom. Elle y sera évaluée par des sages-femmes, en service jour et nuit, qui pourront la référer à un centre de santé de référence comportant des médecins ou directement à l'un des hôpitaux de Bamako, si elle présente des complications. La parturiente en bonne santé se retrouve quant à elle dans la petite salle de travail du CeSCom, sur l'un des 3 lits bruns entourée de 4 sages-femmes qui l'encouragent, la sermonnent sur son rôle de femme et l'exhortent d'assumer ses douleurs comme toutes l'ont fait avant elle. Il n'y a aucun moyen palliatif contre les douleurs de l'accouchement. La femme gère ses contractions sans cris ni larmes, elle gémit faiblement en se cramponnant aux barreaux du lit. Il fait chaud et humide. Les sages-femmes crient, s'approchent de la patiente avec quelques sourires sous leurs ordres explicites : Pousse ! Pousse ! Courage !

Entre ses jambes écartées qu'elle retient de ses deux mains se trouve un sexe mutilé, fragilisé par la cicatrisation d'une opération très courante au Mali : l'excision. Très loin des conditions chirurgicales, cette pratique traditionnelle sans fondement religieux entraîne de nombreuses complications médicales, en terme d'infections, de troubles urinaires, de stérilité et de complications de l'accouchement aussi bien chez l'enfant que chez la mère. Malgré le poster affiché dans la salle de vaccination du CeSCom qui condamne l'excision comme un acte de torture, et la sensibilisation pratiquée selon les directives de l'OMS par certaines infirmières du CeSCom, ces mutilations sexuelles touchent 92% des femmes maliennes.

Le crâne du fœtus apparaît. Pousse ! Pousse ! La tension périnéale est trop forte, il va falloir effectuer une épisiotomie pour éviter la déchirure : un coup de ciseau et un cri de douleur intense, strident, pénétrant. Au prix d'un dernier effort, la tête est délivrée, suivie rapidement par le corps tiré vigoureusement par la sage-femme principale. Le combat de cette femme contre sa douleur se déroulera en 3 parties : accouchement, délivrance du placenta et suture de l'épisiotomie, sans aucune notion d'anesthésie. Une fois la suture effectuée, la patiente se lève rapidement et marche jusqu'à un lit où elle pourra goûter à quelques minutes de repos mérité, entourée des autres femmes de sa



famille qui choient le nouveau-né et se préoccupent peu d'elle. Son mari viendra rapidement la chercher pour la ramener à la maison, à bord d'un taxi pétaradant et tremblant. La douleur de l'accouchement est une fatalité à laquelle les femmes maliennes que nous avons rencontrées se résignent sans rechigner. Il s'en dégage une force et une détermination qui nous a impressionnées de la part de ces femmes souvent perçues comme soumises et effacées dans d'autres contextes.

## Retour à la maison

Le nouveau-né restera anonyme quelque temps. Durant la première semaine de vie, un enfant ne porte effectivement pas de nom, il est uniquement le nouveau-né de sa mère. Il faudra attendre le baptême pour que l'enfant reçoive un prénom que tant d'autres ont porté avant lui, grandissant les rangs de ses homonymes. Au cours de nos lectures de dossiers à l'hôpital, nous avons pu nous rendre compte du nombre restreint de noms de famille en cours au Mali et de la répétition des prénoms usuels. Cette abondance des homonymes nous a surprises de premier abord dans notre mentalité individualiste d'occidentales. Puis, en découvrant la société malienne, nous avons compris à quel point la vie y est basée sur la collectivité et plus précisément la famille au sens large. C'est une façon très différente d'envisager l'Homme comme participant à la vie d'un groupe plutôt que comme un individu auto-suffisant. Dans ce contexte-là, il n'est plus tellement surprenant de côtoyer des personnes portant le même nom et différenciées par des surnoms ("Le vieux", par exemple, car son nom fait référence à celui du père ou grand-père de la famille).

Avant le baptême, toute la grande famille vient saluer le nouveau-né et sa maman au sein du domicile conjugal. Le baptême se déroule également dans la cour familiale et constitue une journée entière de festivités.

La croissance de l'enfant pourra ensuite être suivie à intervalles réguliers dans le CeSCom de son quartier. Dans cet établissement, la mère recevra également des informations par rapport à l'alimentation de l'enfant, l'hygiène et d'autres sensibilisations sanitaires effectuées par les infirmières locales. Dans ce centre de santé, l'enfant pourra aussi être vacciné contre 6 maladies grâce au programme élargi de vaccination de l'OMS.

Un peu moins de 2 ans après son accouchement, la femme malienne moyenne tombera de nouveau enceinte et le cycle se perpétuera jusqu'à ce qu'elle atteigne un nombre vénérable d'enfants dont elle devra s'occuper durant de longues années.





## REMERCIEMENTS

*Pour finir, nous voudrions adresser de chaleureux remerciements aux personnes qui nous ont aidées à faire ce stage dans les meilleures conditions possibles.*

**A Genève :**

Johan Roelant  
Pr. Antoine Geissbühler

**A Bamako :**

Ibrahim Oumar Cissé  
Dre Awa Diall  
Dr Abdul Karim Doumbia  
Dre Maimouna Diawara  
Dr Diakité, dit « Diak »  
Dre Fatoumata Maïga

**A Bogota :**

Dre Nathalie Charpak

