

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE TOURS

Rapport de Mission

Centre Médico-Social Saint Luc de
Tchannadè-Kara



Laurine SHOPPER, BOURRELIER Camille, MARTIN Margaux, CATHERINE Maëlle

Etudiantes en FASMa1

Année Universitaire 2016-2017

Sommaire

Présentation

I. Voyage

II. Le Stage

1. Accueil
2. Lieux de stage
 - a. Consultations
 - i. Suivi obstétrical
 - ii. Consultation post-natale
 - b. Echographies
 - c. Causeries
 - d. Salle de naissance
 - e. PMI
 - f. Suites de couches
3. En salle d'accouchement
 - a. Le suivi du travail
 - b. L'accouchement
 - c. La réanimation post-natale

III. Notre temps libre

IV. Réalisation des objectifs

V. Remerciements

Présentation

Nous sommes Camille, Laurine, Margaux et Maëlle, quatre étudiantes sages-femmes de l'école de Tours en 4ème année (Master 1). Grâce à l'association TAWAKA, nous avons pu effectuer un stage dans le Centre Médico-Social (CMS) St-Luc de Tchannadè du 24 Juin au 8 Août 2017, sur deux périodes.

Nous nous sommes réparties en 2 binômes : un premier composé de Camille et Laurine, parties à Tchannadè du 24 juin au 17 juillet 2017, et un second de Maëlle et Margaux, au CMS du 13 juillet au 8 août 2017.



Pourquoi voulions-nous partir en stage au CMS Saint-Luc de Tchannadè ?

Ce stage était pour nous une opportunité pour découvrir un nouveau pays, une nouvelle culture, et de nous rendre compte de la façon dont notre métier pouvait être exercé dans un pays très éloigné du nôtre, géographiquement bien entendu, mais surtout culturellement.

Il était important pour nous à travers ce stage de pouvoir apporter notre aide, tant sur le plan matériel que sur le plan des connaissances.

Le but était ainsi d'échanger autour de l'obstétrique, afin d'acquérir un regard critique sur les pratiques obstétricales en général et d'en tirer des enseignements pour notre exercice futur, mais aussi afin d'aider à l'amélioration des pratiques au sein du CMS.

L'association Tawaka nous a permis de réaliser ce désir professionnel et humanitaire, dans un cadre associatif de confiance permettant un encadrement rassurant et un respect de certaines valeurs.

I. LE VOYAGE

Nous avons été accueillies à l'aéroport de Lomé par des sœurs de la Providence de Saint Paul qui nous ont hébergées temporairement avant notre départ pour Kara. Comme les étudiantes sages-femmes parties l'année dernière, nous avons été accueillies avec un petit verre d'eau en guise de bienvenue.

Nous avons ensuite effectué un long trajet en bus de six à huit heures pour nous rendre à Kara, au nord du Togo. Avec seulement deux arrêts : un arrêt « pipi » et un arrêt pour acheter des fruits, des beignets ou autre.

Ce trajet était l'occasion pour nous de découvrir les paysages verdoyants, les routes sinueuses et la vie locale. Nous avons pu constater l'importance de la religion et des croyances au Togo, à la fois avec un grand nombre d'églises et de mosquées mais également au travers des petites séries TV locales qui ont animé notre trajet dans le bus. Puis, arrivées à Kara, nous avons chaleureusement été accueillies par Sœur Marie-Gloire, qui nous a accompagnées en taxi jusqu'au centre médico-social à Tchannadè, à quelques kilomètres de là.

Arrivées sur place, nous avons rencontré les sœurs du CMS chez qui nous logions, Sœur Marie-Odile, Sœur Rachel et Sœur Françoise, qui nous ont présenté les lieux et offert un goûter.



Sœur Françoise



Sœur Marie-Odile



Vue de Kara depuis le toit de la maison, au CMS.

II. LE STAGE

1. Accueil

Le premier jour de notre stage, nous avons été chaleureusement accueillies par l'équipe dans son intégralité comme à l'accoutumée, avec remise d'un bouquet à chacune, ainsi que chants et danses pour nous souhaiter la bienvenue.

Nous avons remis le matériel à Jean Baguewabena, l'assistant médical et Sœur Marie-Gloire dans les jours suivant notre arrivée. Sœur Marie-Odile la sage-femme était également présente.

Le matériel qui leur était destiné, était composé, entre autres, de :

- Spéculums
- Pincés
- Fils de suture
- Ciseaux
- Compresses
- Gants
- Ordinateur portable
- Dermojet
- Insufflateur manuel pédiatrique...

Voir Annexe 1 : la liste complète du matériel fourni au CMS.

Le matériel apporté convenait parfaitement à leurs attentes et besoins, nous en avons eu un retour très positif

Jean Baguewabena et Soeur Marie-Odile



2. Lieux de stage

Fonctionnant en binôme, nous nous étions réparties entre les consultations et la salle de naissance/accueil des patientes/ les suites de couches. Nous tournions tous les deux jours.

L'une était donc en consultations (de grossesse, gynécologiques, ou post-natale) avec une des sages-femmes de la maternité pendant que l'autre s'occupait en salle de naissance des suivis de travail s'il y en avait. Il s'agissait également de prendre les constantes des femmes et des nouveau-nés avant la consultation, de déterminer leur motif de venue et de réaliser-la visite en suites de couches avec l'autre sage-femme.

a. Les consultations :



A huit heures du matin, nous arrivions pour les premières consultations, accompagnées de Sœur Marie-Odile ou Fawziya, les deux sages-femmes du dispensaire, ainsi que l'une des accoucheuses.

Les patientes ont un jour de rendez-vous mais pas d'horaire, elles arrivent donc au fur et à mesure et sont prises en consultation selon leur ordre d'arrivée. Les consultations s'enchaînent toute la matinée : suivi de grossesse, suivi post-natal, ou consultations gynécologiques.

Sœur Marie-Odile et Maëlle en consultation.

Le suivi obstétrical :

Durant leur grossesse, les femmes ont en général quatre consultations. Pendant ces consultations, une anamnèse et un examen clinique obstétrical est fait par la sage-femme, aidée par l'accoucheuse. Durant notre temps de présence au CMS, nous avons pu participer pleinement à ces consultations, et réaliser en autonomie (sous l'œil attentif des sages-femmes) le suivi des patientes à la fin de notre stage, le temps de s'adapter aux pratiques.

Globalement le suivi médical togolais ressemble au suivi médical français, toutefois certaines choses varient :

- L'examen obstétrical comprend la mesure de la hauteur utérine, un palper, l'écoute des bruits du cœur au stéthoscope de Pinard, parfois au doppler si doute, et un toucher vaginal à chaque consultation.
- L'anamnèse, en raison de la présence de pathologies différentes de celles que l'on connaît en Europe et du matériel médical plus rudimentaire, n'est pas exactement la même qu'en France. En effet il y a d'autres pathologies à prendre en compte, avec principalement le paludisme qui comprend un dépistage et une prise en charge importante pendant la grossesse. Les cas de paludisme sont nombreux, et selon le terme de la grossesse, les traitements se font via une perfusion ou per os.
- Il est également réalisé un dépistage du VIH quasiment systématique -selon l'accord des patientes- lors des consultations prénatales, aux femmes et aux conjoints, de façon rapide et gratuite. En cas de séropositivité, les patientes sont référencées dans un carnet, et la délivrance des antirétroviraux y est annotée. Des conseils sont également prodigués afin de prévenir la contamination par le VIH.

- Dans le cadre d'un projet instauré par le CMS et l'Association Tawaka un dépistage de l'hépatite B est proposé à toutes les femmes enceintes. Les enfants nés de mères positives seront vaccinés à la naissance afin de les protéger du virus qui se transmet pendant l'accouchement.
- Le terme de la grossesse est déterminé soit par la date des dernières règles, soit cliniquement par la mesure de la hauteur utérine. Grâce au soutien de l'association partenaire ASAAKT, lors de leur première grossesse, les femmes peuvent bénéficier d'une échographie de début de grossesse. Pour les autres cas peu de femmes font une échographie, le coût étant trop important elles.

Tout cela est noté sur le carnet de santé des patientes et/ou sur un carnet de grossesse. Il y a également un dossier médical qui est laissé au CMS et qui permet de réaliser un suivi médical organisé et suivi.



En fin de consultation, la patiente repart avec un prochain rendez-vous et des examens complémentaires à réaliser. En fonction de la symptomatologie ou du bilan sanguin du début de grossesse, celui-ci comprend : groupe sanguin, rhésus, taux d'hémoglobine et de leucocytes, une goutte épaisse, les sérologies VIH, syphilis hépatite B, une albuminurie et une glycosurie, une recherche parasitaire dans les selles, ainsi qu'une échographie.

Ces bilans ne sont pas obligatoires, mais recommandés. Etant payants et assez onéreux, ils ne sont pas toujours réalisés, et ce plus particulièrement pour l'échographie obstétricale.

Les femmes font ces bilans au laboratoire situé juste à côté de la maternité au sein du CMS pendant toute la durée de la grossesse et selon leurs moyens.

Elles peuvent également bénéficier avec leur conjoint d'un dépistage rapide et gratuit du VIH, réalisé à la maternité avec leur accord.

La sage-femme souhaite que les pères soient impliqués dans la grossesse et viennent aux consultations, ce qui est rare, et elle n'hésite pas à leur offrir un T-shirt pour l'occasion, fournit tout particulièrement à cet effet au CMS.

Le T-shirt offert par les Sœurs aux pères présents aux consultations.



La consultation post-natale :

Lors de cette consultation, un examen maternel complet est réalisé.

Un examen pédiatrique est effectué au nouveau-né, qui a également un carnet de santé permettant le suivi médical. Lors de cette consultation post-natale, un suivi du poids du nouveau-né est réalisé ainsi qu'un suivi de l'allaitement.

Nous avons lors de notre stage été confrontées à plusieurs cas de dénutrition, et avons orienté ces patientes vers le CHU de Kara in fine.



b. Les échographies :

Celles-ci ont lieu tous les mardis par un radiologue du CHU de Kara.

Toutes les femmes ne font pas leurs échographies, celles-ci étant payantes. C'est pour cela que les sages-femmes leur conseillent de faire au moins celle du troisième trimestre, pour avoir une idée de la présentation, du poids fœtal et de la localisation du placenta.

En effet l'échographie pourra également dépister certaines complications et orienter les femmes vers le CHU si besoin. Les patientes y sont référées pour leur accouchement en cas de siège, de macrosomie, de placenta praevia ou de grossesse gémellaire.

Nous avons pu utiliser l'échographe afin de vérifier une présentation ou la localisation d'un placenta, gratuitement bien entendu, en cas de doute.

Nous avons essayé de proposer aux sages-femmes du CMS de s'en servir plus régulièrement en cas de nécessité, mais cela semble compliqué, au vu de la complexité de l'appareil.



Le radiologue de Kara et Maëlle lors d'une échographie obstétricale

c. Les causeries :

Les femmes enceintes patientant pour les consultations peuvent bénéficier des causeries, des cours de préparation à la naissance et la parentalité effectués et animés par une sage-femme deux fois par semaine en kabyè et en français. Sœur Marie-Odile insiste également pour que les pères soient présents à ces causeries, qui les concernent aussi.

Différents thèmes sont abordés comme les conseils hygiéno-diététiques, ce qu'il faut préparer pour l'accouchement et la naissance, les infections sexuellement transmissibles, l'accouchement en lui même...

Sœur Marie-Odile insiste pour faire participer les patientes et il lui tient à cœur qu'elles soient impliquées dans leur grossesse au maximum.

Elle utilise à cet effet un bassin anatomique que les étudiantes sages-femmes de l'année dernière ont apporté afin de les aider à comprendre et à visualiser le travail et l'accouchement (comment s'engage un fœtus, quelles sont les complications possibles de l'accouchement ou pourquoi l'échographie est importante ...)

Nous avons pu avec joie y participer, en donnant des conseils sur la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement, entre autres.



Sœur Marie-Odile et les patientes lors des causeries.

d. La salle de naissance et l'accueil des patientes

De l'autre côté, nous accueillions les patientes avant les consultations avec la sage-femme, pour la prise de motif de venue et des constantes. Les femmes avec ou sans rendez-vous sont accueillies au CMS, avec différents motifs que ce soit un suivi de grossesse, une urgence gynécologique, un suivi- post-natal...

L'accueil des patientes et de leurs nouveau-nés se faisait avec l'accoucheuse et la sage-femme.

Nous leur prenions les constantes : température au thermomètre de mercure, la tension artérielle au brassard manuel et la pesée sur une balance à poids. Ces constantes sont écrites dans le carnet de santé des patientes et du nouveau-né et sur le dossier médical.

Les patientes étaient ensuite envoyées en consultation avec la deuxième sage-femme et l'étudiante sage-femme.

A ce poste, nous accueillions également des femmes en travail, mais aussi les urgences obstétricales et réalisons la visite de suites de couches. Nous pouvions également aller en PMI.

e. La PMI

Nous avons pu passer quelques moments en PMI, où le suivi de la croissance des enfants est réalisé chaque mois. Ce suivi est très bien tenu administrativement : tout est référencé dans un carnet individuel, ainsi que dans les registres du CMS.

Les mères les emmènent, sans rendez-vous, et ils sont pesés sur une balance où ils sont accrochés, chacun emmenant sa "couche" avec une petite attache réalisée exprès.

De plus, nous avons pu participer au plan de vaccination, qui se déroule le premier vendredi de chaque mois, où tous les enfants viennent en même temps se faire vacciner à la chaîne, les vaccins n'étant pas fournis en unidose.

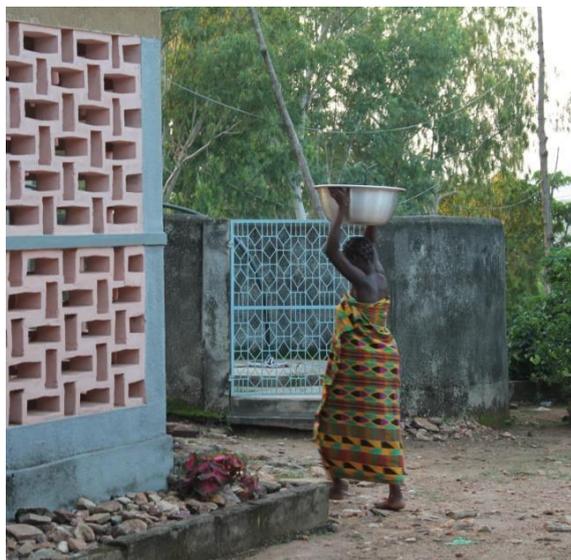
Nous avons ainsi vacciné les enfants contre le pneumocoque, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B, la fièvre jaune et la coqueluche avec Denise, l'auxiliaire de puériculture de PMI, et Thérèse, une des accoucheuses.

f. Les suites de couches

Après l'accouchement, les patientes vont directement (c'est à dire quelques minutes plus tard) en suites de couches. Le bâtiment est situé juste à côté de la maternité, mais il faut traverser un petit bout de cour afin d'y parvenir. Il y a à cet effet un grand parapluie pouvant protéger une sage- femme, une patiente et son bébé déposé à côté de la porte de la salle de naissance.

Les suites de couches sont en réalité une salle avec cinq lits, sur lesquels sont disposés des protections en plastique et des pagnes apportés par les patientes.

Ces pagnes, dont ceux qui servent pour l'accouchement également, sont nettoyés par les patientes ou leur famille juste à côté dans la cour, dans des bassines. Les eaux souillées sont déversées dans la cour, où les enfants de la pédiatrie voisine jouent et se baladent, d'où l'intérêt primordial d'un projet de construction d'un lavoir dédié à cet effet.



Lorsqu'une patiente accouche, que ce soit au milieu du jour ou de la nuit, elle va directement avec son nouveau-né dans cette salle, où toutes les patientes sont ensemble. A chaque naissance, quelle effervescence !



Tout le monde est présent dans la famille : les enfants, mais aussi les grands-mères, et parfois même les pères. Et une certaine convivialité s'installe, chacune s'occupant un peu des autres.

Nous avons pu observer la toilette du nouveau-né, qui nous a particulièrement surprise ! Une grande bassine d'eau, des frictions énergiques, des lancers en l'air, et l'application de beurre de karité sur la peau des nouveau-nés...

Une grand-mère donnant le bain à sa petite fille.

Cela nous a permis de repenser et remettre en perspective les conseils de puériculture aseptisés et formatés que nous donnons à toutes les patientes en France, sans tenir compte de leur culture.

Le suivi en suites de couches est réalisé de la façon suivante : la sage-femme prend la tension, la température, évalue la tonicité utérine et prodigue des conseils de puériculture et d'allaitement. Les patientes rentrent chez elles au bout d'une journée, deux exceptionnellement.

3. En salle d'accouchement

a. Suivi de travail

Nous réalisons le suivi du travail en binômes, chapeautées par la sage-femme. En journée, celle d'entre nous qui était en salle de naissance s'en occupait, et l'autre la rejoignait pour l'accouchement.

La nuit, il en était autrement. Nous avons un téléphone sur lequel les accoucheuses pouvaient nous appeler à tout moment. Lorsqu'une femme arrivait en travail, elles nous contactaient afin que l'on se rende à la maternité rapidement.

Nous avons réalisé de cette façon un grand nombre d'accouchements la nuit, avec les accoucheuses.

N'ayant pas le matériel dont nous sommes habituées et avec lequel nous avons été formées, nous avons dû nous adapter et apprendre à réaliser le suivi du travail autrement, en comptant plus particulièrement sur notre sens clinique.

Le suivi du travail est fait de la manière suivante au dispensaire : toutes les trente minutes, les bruits du cœur sont écoutés au stéthoscope de Pinard et les contractions évaluées au palper utérin. Toutes les heures environ, où selon les dires et plaintes des patientes, l'examen du col est réalisé, afin d'apprécier la dilatation.

Nous avons pu réaliser quelques suivis de travail dans leur intégralité, dont des suivis de patientes traités par antipaludéens, ce qui a été très formateur.

Cependant, la majorité des patientes venaient au dispensaire en ayant réalisé une grande partie du travail chez elles, et venaient surtout pour accoucher, très rapidement.

b. Accouchement

Nous réalisons les accouchements en binômes également, et sous l'oeil attentif des accoucheuses ou des sages-femmes.

L'une d'entre nous réalisait les gestes techniques de l'accouchement, pendant que l'autre, sur le côté, écoutait les bruits du cœur du bébé au stéthoscope de Pinard et évaluait la fréquence et l'intensité des contractions au palper utérin.

Une fois l'enfant né, celle sur le côté coupait et clampait le cordon ombilical et s'en occupait, réalisant le début de la réanimation néonatale avec la sage-femme si besoin, pendant que la première étudiante s'occupait de la délivrance.

Nous avons été amenées à réaliser de nombreux accouchements, avec parfois la nécessité d'effectuer des manœuvres obstétricales, ce qui a été très formateur pour nous. De plus, Les sages- femmes et accoucheuses nous faisaient confiance et nous ont laissé une très grande autonomie dans la prise en charge des patientes.

Au niveau matériel, les patientes paient les fournitures nécessaires, dont les gants, le Syntocinon, les seringues et aiguilles, mais aussi l'acte de l'accouchement en lui-même.

Nous avons été surprises de découvrir que les patientes accouchaient en position gynécologique au CMS, position largement répandue en France du fait du nombre important d'analgésies péridurales. Cette position adoptée spontanément par les patientes, positionnées sur un bassin lors de l'accouchement, nous a étonnées et a été parfois la cause de dystocies mécaniques.

Au CMS, aucune anesthésie n'est possible pour les patientes, que ce soit pour l'accouchement, mais aussi lors de la réfection des déchirures périnéales ou de manœuvres invasives comme la révision utérine ou la délivrance artificielle.

La gestion remarquable de la douleur par les patientes nous a surprises. Il est de coutume de ne pas crier, de réprimer sa douleur lors de l'accouchement ou de l'exprimer silencieusement, ce qu'elles faisaient avec brio et surtout un courage exemplaire. Nous avons toutefois apporté de la xylocaïne en spray et montré aux sages-femmes et accoucheuses comment s'en servir pour apaiser un peu la douleur lors de la reprise des déchirures périnéales.

Par ailleurs, lors de la réfection de déchirures, nous avons insisté sur les mesures d'hygiène, celles-ci étant réalisées sur le bassin ayant servi à l'accouchement après une désinfection rapide du périnée. Nous avons proposé de changer de bassin pour la réfection des sutures, afin que le fil reste propre, et au mieux, d'utiliser les champs stériles que nous avons apportés tant qu'il y en avait.

De plus, nous avons tenté de sensibiliser les sages-femmes et accoucheuses quant à l'utilisation du Syntocinon. Ce médicament, un ocytocique utilisé afin de permettre la contraction de l'utérus, est à utiliser dilué lors du travail afin de réguler les contractions en fréquence et en intensité, et pur lorsque l'enfant est né afin de prévenir l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Cependant, nous avons constaté qu'il était parfois employé pur durant le travail afin "d'aider l'enfant à sortir plus vite", ce qui peut avoir de lourdes conséquences néonatales. Nous en avons donc discuté avec l'équipe afin d'envisager une utilisation plus modérée du Syntocinon.

c. Réanimation néonatale

La réanimation, lorsqu'elle était nécessaire, et elle l'a été plusieurs fois au cours de notre stage, était réalisée par nous-mêmes, aidées par la sage-femme, Marie-Odile le plus souvent.

Pour la réanimation, comme pour le suivi du travail, le matériel disponible sur place est loin du matériel avec lequel nous avons l'habitude de travailler en France et sur lequel nous avons été formées.

Au dispensaire, il y a à disposition, un stéthoscope, une poire d'aspiration et un insufflateur manuel (BAVU), ce qui est toutefois déjà beaucoup. Ce matériel est bien entretenu et stérilisé par les sages-femmes de la maternité.

En réanimation, nous avons revu avec les sages-femmes les gestes techniques et l'algorithme selon lequel ces gestes devaient être réalisés (rapidité, organisation, gestes en eux-mêmes), ce qui a porté ses fruits, le deuxième groupe ayant pu le constater à la fin de son stage.

III. NOTRE TEMPS LIBRE

Nous travaillions du lundi au vendredi et finissons nos journées à 17H30. A ce moment-là nous allions presque tous les jours nous promener dans les environs. Explorer le village et ses alentours, acheter de quoi grignoter aux “commerçantes de rue” puis profiter des paysages, du coucher de soleil et faire la rencontre des habitants des alentours.



Lors du week-end que nous avons passé toutes les quatre, Victorine nous a accompagnées aux Evalas dans la ville de Pya.

Les Evalas sont des rites initiatiques se déroulant tous les ans au mois de Juillet qui correspondent au passage de l'adolescent à l'âge adulte chez les Kabyè. Les jeunes hommes sont préparés pendant des années avant de pouvoir participer aux tournois de lutte finaux (auxquels nous avons assisté) qui signent l'entrée dans l'âge adulte.

L'ambiance est au rendez-vous durant cette semaine de tournois, et nous avons déambulé au son de la musique et des chants, mangé des botocoins, qui sont des petits beignets, goûté l'alcool de mil, trouvé quelques souvenirs pour nous et nos familles...



Les autres week-ends, nous avons pu découvrir un peu Kara notamment en accompagnant les Sœurs au grand marché, où nous nous sommes régalingées des couleurs des fruits et légumes, des épices et bien sûr des fameux pagnes traditionnels.



Nous sommes aussi allées rendre visite aux enfants de l'école qui se trouve au sein du CMS. Nous avons pu y voir leurs salles classes, leurs instituteurs, et nous avons même pu assister à la remise des diplômes puis à la fête de l'école pour deux d'entre nous, un beau moment de joie et de bonne humeur (spectacle de danse, récitations, théâtre...).

Tous les jours avant de nous coucher, nous écrivions dans un petit carnet pour raconter ce que nous avons fait dans notre journée, ce que nous avons vu, ce qui nous avait marqué, ou des anecdotes que nous aurions peur d'oublier plus tard.

A plusieurs occasions nous avons accompagné les Sœurs à des messes et ainsi découvert quelque chose de très différent de ce qui se pratique en France : les messes sont animées de chorales, de danses, et toute l'assemblée reprend les chants avec cœur.

Dans un pays où la foi est très présente dans chaque évènement de la vie pour la grande majorité de la population, il a été très intéressant de découvrir ce milieu et d'accompagner les Sœurs à ces différentes messes.



Durant notre temps au Togo, Laurine et Camille ont été invitées à la messe de prémices d'un jeune prêtre, c'est à dire la première messe d'un nouveau prêtre, qu'il dit après son ordination. Il est de tradition que cette messe soit réalisée dans le village où le prêtre a grandi.

Nous nous sommes donc rendues, avec la mère supérieure, à Siou, un petit village à une heure au nord de Kara, où la cérémonie se déroulait et où sa famille habitait également.

A notre arrivée, tout le monde était déjà prêt devant l'église, endimanché et joyeux. La messe a duré deux heures, avec des danses, des chants, le tout dans une ambiance très effervescente. Après la messe, nous avons partagé un repas de fête avec la famille et les amis du jeune prêtre, le père Thierry.



Maëlle et Margaux se sont rendues pour leur part à la profession perpétuelle (les vœux définitifs) de deux Sœurs. De la même façon c'était une longue messe de trois heures où nous avons pu découvrir les rites accompagnant les Sœurs dans leur engagement auprès de Dieu, au rythme toujours des instruments, danses et you-you.

Nous avons également rendu visite à la famille de la mère supérieure et à d'autres Sœurs, qui nous a bien accueillies !



IV. RÉALISATION DES OBJECTIFS

Ce stage nous a énormément appris. Nous en sommes sorties enrichies et grandiées. Nous avons découvert une autre approche de l'obstétrique, de la pédiatrie, de la gynécologie mais nous avons également découvert une culture où l'approche de la famille, de la grossesse, de la féminité, du rapport au corps, des croyances et de la religion, n'est pas la même qu'en France.

Cette différence culturelle nous a permis d'échanger et d'apprendre les uns des autres, et pas seulement d'un point de vue médical, mais aussi au niveau personnel.

Cependant, il nous était parfois difficile de se faire comprendre ou de comprendre les patientes à cause de la barrière de la langue... En effet, toutes ne parlent pas français et nous avons pour elles un fort accent !

Au tout début nous observions surtout, les pratiques et le suivi de grossesse n'étant pas le même qu'en France. Toutefois avons très vite été impliquées dans le suivi des patientes et avons rapidement pris en autonomie. Nous avons gagné en responsabilité professionnelle et humaine durant ces quelques semaines.

Nous avons pu continuer la formation à la réanimation pédiatrique, avec notamment l'utilisation du BAVU pédiatrique et l'importance de l'auscultation cardiaque et pulmonaire au stéthoscope. Nous avons essayé d'installer un coin plus confortable dédié à la réanimation comme les étudiantes sages-femmes parties l'année dernière, avec l'installation systématique du BAVU néonatal, de la poire d'aspiration, du stéthoscope, d'un billot et des pagnes pour couvrir l'enfant. Toutefois les accoucheuses ont toujours du mal avec cette organisation qu'elles ne se sont pas appropriée, et le matériel ne se situe pas toujours à proximité en cas de nécessité.

Nous avons discuté de la prise en charge de la douleur, que ce soit pour la mère ou l'enfant, et avons mis quelques moyens en place, comme la xylocaïne en spray pour la réfection de sutures périnéales, (il faudra s'assurer de son réapprovisionnement à l'avenir) et la succion systématique lors d'un acte douloureux pour le nouveau-né.

Nous avons rediscuté de la mécanique obstétricale et des manœuvres avec les sages-femmes, qui ne sont pas toujours réalisées spontanément en cas de nécessité.

Nous avons également aidé l'équipe à la tenue des registres de la maternité, dont les comptes devaient être réalisés durant la période où nous étions présentes.

Pour les prochain(e)s étudiant(e)s qui partiront au Centre Médico-Social Saint-Luc, certains points restent à améliorer :

- Insister sur l'importance de l'aménagement d'un lieu dédié à la réanimation néonatale : matelas adéquat, billot, stéthoscope à proximité, BAVU.
- Revoir le rangement et l'organisation du matériel médical, pour une optimisation des lieux et améliorer la rapidité de prise en charge des patientes, dans la limite du possible ainsi que l'appropriation de cette organisation par l'équipe sur place.
- La prévention de la douleur, pour la mère et l'enfant. Avec l'utilisation systématique de Xylocaïne en spray lors de la réfection du périnée, dont la possibilité de réapprovisionnement doit être réévaluée.
Pour le nouveau-né, vérifier que la vitamine K est bien administrée per os et non en IM. Pour tous actes douloureux, penser à mettre l'enfant au sein ou lui faire téter le doigt pour déclencher un réflexe de succion permettant la délivrance d'endorphines, aidant à supporter la douleur.
- Revoir l'intérêt du sondage vésical minute après l'accouchement. Sachant qu'aucune femme ne bénéficie de l'anesthésie péridurale, il est tout à fait possible qu'elles puissent avoir une miction spontanée.
- Projet buanderie : il faudra continuer de récolter des fonds qui permettront la construction d'une buanderie au CMS, permettant ainsi aux femmes ayant accouché de laver leur linge dans de meilleures conditions, c'est à dire dans un bâtiment et où les eaux usées ne seront pas évacuées dans la nature.

V. REMERCIEMENTS

Tout d'abord nous tenions à remercier Marie-Christine et Frédéric Dubois, pour nous avoir permis de réaliser ce beau voyage, pour leur gentillesse et l'écoute attentive et bienveillante qu'ils ont eu à notre égard.

Nous remercions aussi les sœurs, les accoucheuses et toutes les personnes qui nous ont accueillies de près ou de loin au Togo et qui ont pris soin de nous durant notre séjour au CMS. Ce fût un réel plaisir de partager tous ces moments, nous n'oublierons pas.

Un grand merci à nos familles et nos amis, pour leur soutien dans notre projet.

Merci à l'école de sages-femmes qui nous a permis de réaliser ce stage et qui réitère chaque année l'expérience pour quatre nouvelles étudiantes.

Et un grand merci aussi à toutes les personnes qui ont participé à notre cagnotte sur internet, qui a fonctionné bien au-delà de nos espérances, ce qui a permis de financer du matériel médical, une petite partie de nos frais de voyage et une partie de la somme nécessaire à la construction du lavoir.

Sans vous rien n'aurait été possible !



Annexe 1 :

Don en nature au Centre Médico-social Saint Luc de Tchannadè-Kara

Valise n° 1 :

- 5 bonnets
- 4 portes aiguilles
- 67 Kits injection IM et sous cutané
- 7 clamps de barr
- 4 aiguilles 21G
- 4 spéculums
- 1 grand porte aiguille
- 1 pince à clamber plate
- 3 ciseaux
- 4 pinces cochères + 3 pinces
- 4 pansements couvrants adhésifs
- 1 pansement hydrocolloïde
- 10 dermafilms
- 4 champs opératoires
- 1 garrot
- 23 seringues 10mL
- 5 seringues 5 mL
- 7 seringues 20mL
- 9 gants stériles
- 1 set à pansement
- 3 perfuseurs 3 voies
- 2 aiguilles
- 1 épicroienne
- 35 cathéters
- 7 paquets compresses
- 2 Tubulures 4 robinets
- 1 gros pansement absorbant
- 90 paires de gants non stériles
- 16 paquets de compresses + champ bleu
- 1 aniosgel
- 1 ordinateur d'occasion
- 3 prolongateurs jaunes
- 5 charlottes bleues
- 2 sachets de 8 canules longues
- 2 pansements absorbants
- 1 paire de ciseaux courbés
- 2 languettes
- 1 aniosgel 85NPC 300ml
- 2 ciseaux de Mayo
- 1 boîte de fils non résorbables filapeau 2/0
- 1 boîte de fils résorbables vicryl 2/0

Valise n°2 :

- 16 gants stériles
- 4 portes aiguilles
- 2 grands portes aiguilles
- 1 set à pansements
- 2 sachets de canules
- 1 aniosgel 85NPC 300ml
- Boite : 4 portes aiguille + 1 ciseau + 2 pinces
- 1 pansement absorbant
- 6 dermafilms
- 2 pansements couvrants adhésifs
- 4 pansements adhésifs post-opératoire
- 9 paquets de compresses
- 3 seringues de 20mL
- 13 seringues de 5 mL
- 11 seringues de 10 mL
- 1 garrot
- 3 pipettes 10mL bétadine
- 1 set de pansement post-opératoire
- 4 kT gris
- 8 kt bleus
- 11 kt roses
- 22 kt verts
- 3 épicroâniennes
- 4 perfuseurs
- 1 champ troué
- 1 champ opératoire
- 1 fil 2.0
- 3 aiguilles blanches, 1 verte
- 15 compresses + champ
- 201 paires de gants
- 2 bonnets
- 6 speculums
- 1 insufflateur manuel pédiatrique

Apportés plus tard par container :

- Une balance pédiatrique
- Sondes urinaires