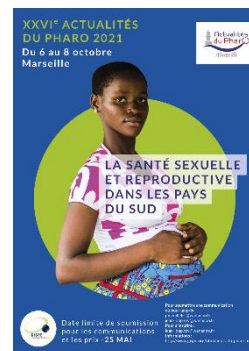


Actualités du Pharo 2021

Vendredi 8 octobre

Session 5 – Santé sexuelle et reproductive Communications libres



Président de session – **Jean DELMONT**

Professeur émérite en maladies infectieuses et tropicales à Aix-Marseille Université, Jean Delmont a accompli l'essentiel de sa carrière de médecin dans les services hospitaliers de l'Assistance Publique de Marseille. Outre-mer, il a servi au titre de la Coopération médicale française à l'Ecole de Médecine de Bamako (1971 – 1972) et à la Faculté des Sciences de la Santé de Bangui (1982 – 1990). Médecin tropicaliste, ses travaux de recherche, menés en Afrique tropicale et en France, ont surtout concerné l'épidémiologie, la clinique, le diagnostic et le traitement des maladies parasitaires et virales sévissant en milieu tropical ou importées en France. Pendant une trentaine d'années, il a été responsable pédagogique et coordonnateur d'enseignements diplômants en médecine et santé tropicales qui se sont déroulés à la Faculté des Sciences de la Santé de Bangui, à la Faculté de Médecine de Marseille et à l'Institut de Médecine tropicales du Service de Santé des Armées au Pharo. Membre de la Société de Médecine du Voyage il s'est investi dans la prise en charge et la prévention des pathologies des voyageurs et des migrants. Actuellement, il continue à dispenser sur invitation des enseignements dans des universités françaises et étrangères. Il est membre actif d'associations de solidarité internationale et participe à la vie de la Société de Pathologie Exotique qu'il présida de 2011 à 2014.

Vendredi 8 octobre – 9h00-9h10

Promotion des droits et de la santé sexuels et reproductifs des jeunes et des adolescents et adolescentes au Niger

Aurélie Musca Philipps, Mahamoudou Balarabé, Roubanatou Abdoulaye-Mamadou
SOLTHIS - 14-34 avenue Jean Jaurès – 75019 Paris, France
aureliephilipps@solthis.org

Mots-clés : jeunes, adolescents, droits, santé, empowerment

Au Niger où près de 70% de la population a moins de 25 ans, l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents/adolescentes et jeunes (SSRAJ) est un enjeu important. Le pays se caractérise par une faible prévalence contraceptive, un taux important de grossesses précoces et une incidence du VIH supérieure chez les jeunes à celle de la population générale. Les représentations socio-culturelles défavorables concernant la sexualité des jeunes et adolescentes contribuent à entraver l'accès à l'information et aux services pour ces publics. L'offre de services peu adaptée, souffre d'un manque de ressources et de formation des soignants/soignantes.

Le projet Jeunes et Adolescents/Adolescentes en Santé mis en œuvre à Niamey et Maradi par Solthis en partenariat avec Lafia Matassa et Équilibre et Population, vise à améliorer l'accès des adolescents/adolescentes et jeunes à des services de SSR de qualité et à renforcer leurs capacités d'agir.

Un diagnostic participatif a permis de construire avec les soignants/soignantes et les usagers/usagères, les actions à mettre en œuvre. Une étude baseline menée auprès de 841 jeunes et adolescents/adolescentes a confirmé le faible recours aux services et les connaissances limitées en SSR des adolescents/adolescentes et jeunes. Seuls 2,97% des personnes interrogées avaient fréquenté un

centre au cours de l'année précédente. Les principales barrières mentionnées étaient le mauvais accueil et le manque de confidentialité. Un score de qualité défini avec les autorités sanitaires et utilisé dans les structures de santé a permis de mieux comprendre les enjeux en lien avec l'organisation, les pratiques et la relation de soins et a révélé un score moyen de base de 52/100.

Face à ces constats, le projet met en œuvre différentes actions pour améliorer la qualité des services, le recours aux soins et l'accès à l'information : ateliers d'échanges autour des représentations en lien avec la SSRAJ, sensibilisation aux inégalités de genre, renforcement de compétence des soignants/soignantes dans une approche globale du continuum de soins en SSR, stratégie communautaire et implication des adolescents/adolescentes et jeunes. Les premières formations se sont concentrées sur l'approche par les droits, les caractéristiques de services de SSRAJ adaptés, la contraception et la réponse aux violences basées sur le genre chez les adolescents/adolescentes et jeunes.

Le projet se déroule sur 3 ans, les premières actions ont permis une augmentation de 6% du score de qualité dans les structures soutenues à Niamey. Des améliorations ont en particulier été observées sur les pratiques de soins et l'accueil des usagers/usagères.

Vendredi 8 octobre – 9h10-9h20

Promouvoir l'accouchement en maternité accréditée pour réduire la mortalité maternelle au Mali

Hubert Balique

34 place Jean Jaurès – 13001 Marseille, France

hubertbalique@hotmail.com

Mots-clés : mortalité maternelle, accouchement sécurisé, maison des mamans, accès aux soins

Depuis plus de 50 ans, des efforts considérables ont été entrepris dans la lutte contre la mortalité maternelle. Pourtant, les résultats en Afrique subsaharienne, dont a témoigné l'évaluation des OMD en 2015, ne sont à la hauteur ni de la multiplication des projets conduits par les Etats, à travers bien souvent l'engagement d'ONG, ni de l'importance des sommes mobilisées par la communauté internationale, malgré des résultats ponctuels certains. Pourtant, la protection de la vie des mères et de leurs enfants reste encore une des préoccupations majeures des familles, qui n'ont pas identifié dans les actions entreprises les réponses à leurs aspirations. L'analyse de cette situation conduit à mettre un accent particulier sur l'accouchement en maternité accréditée, qui nécessitera la maîtrise de la qualité des soins et la suppression de toute barrière financière à l'accès aux soins des usagers.

En zone rurale, ces deux mesures devront être complétées par la présence effective des femmes à proximité de la maternité avant le début du travail pour réduire les risques, déceler immédiatement la survenue de problèmes et intervenir avec l'efficacité requise que ce soit localement ou après référence. Dans cette perspective, doit être promue la création et la gestion appropriée de maisons des mamans gérées par une association locale de femmes, à condition que la maternité réponde aux critères de qualité requis et que le tarif des soins soit en rapport avec les capacités financières de toutes les familles, y compris les plus défavorisées. Cette mesure nécessitera une forte implication des femmes, avec l'appui de leurs maris, à la fois pour obtenir l'adhésion des familles et gérer l'accueil des femmes pendant la période, qui précède l'accouchement. Le succès d'une telle option stratégique nécessite (i) un engagement affirmé du ministre de la Santé, (ii) une déverticalisation de la lutte contre la mortalité maternelle et son insertion dans un programme national de renforcement du système de santé, (iii) un mouvement des professionnels de santé, en particulier des médecins et des sages-femmes en direction des zones rurales et des quartiers périurbains, (iv) la mise en place d'un mécanisme de financement basé sur les résultats, permettant notamment de réaliser l'équilibre des comptes de chaque structure de santé, quelle que soit sa localisation géographique. La maison des mamans de Boni au Mali montre la faisabilité technique et les résultats de cette nouvelle approche stratégique dans une des zones qui figurent parmi les plus défavorisées du pays.

Vendredi 8 octobre – 9h20-9h30

Quatre ans d'expérience d'un service de santé reproductive au Cameroun et encore une longue route à parcourir

Sandrine Nyotue, Aimé Assigui, Laura Ciaffi, Franck Wanda, Eric Comte, Vanessa Christinet

CIRES BP 11 – Akonolinga, Cameroun

sandrine.nyotue@cires.solutions

Mots-clés : santé sexuelle, cancer du col, district rural, Afrique

Depuis 2017, le CIRES (Centre International de Recherche d'Enseignement et de Soins) a ouvert au sein de l'Hôpital de district d'Akonolinga (zone semi-rurale à 110 km de la capitale), un service de santé sexuelle ciblant les femmes du district pour tous les besoins au dehors de la grossesse : Infections sexuellement transmissibles (IST), planning familial, dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage du VIH et informations sur l'hygiène de menstruation.

En 4 ans de fonctionnement nous avons reçu un total de 3275 de femmes venant de l'ensemble du district de santé parmi lesquelles 2775 (85 %) étaient en âge de procréer. Les raisons les plus fréquentes de consultation ont été le dépistage du VIH et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Nous avons dépisté 904 femmes pour le VIH et 1038 pour le cancer du col. Un total de 593 MST ont été diagnostiquées et nous avons approvisionné 1228 femmes en contraception (dont 349 méthodes à longue durée d'action).

Malgré l'offre variée et très accessible en termes de prix, le service est sous-utilisé avec une couverture qui ne dépasse pas le 31 % de la population cible.

Notre expérience montre que :

1. Les activités décentralisées en communauté menées en coordination avec les responsables des aires de santé et leurs mobilisateurs communautaires proposant une offre de soins variée et intégrée a été la stratégie la plus efficace pour atteindre notre population cible.
2. Le dépistage du cancer du col n'est pas une priorité pour les femmes de la zone, la méconnaissance des possibilités de prise en charge avec un diagnostic précoce n'étant pas connues. Il y a encore un besoin énorme d'éducation, communication et information.
3. La gratuité des services est très importante pour augmenter l'acceptation des activités préventives.
4. Le personnel de santé est aussi peu informé sur l'évolution des modalités de dépistage et traitement des lésions précancéreuses de l'utérus
5. Une offre intégrée de plusieurs services est fondamentale pour répondre à des exigences très différentes de la population féminine et masculine sur la sexualité.

Conclusion : au Cameroun en 2021 les besoins en termes de santé sexuelle pour la population rurale restent non couverts et les barrières à un service efficace et intégré sont nombreuses. Une coopération entre personnel de santé et communauté est nécessaire pour mieux adapter l'offre de soins à la demande la communauté.

Vendredi 8 octobre – 9h30-9h40

Intérêt des équipes médicales mobiles en santé materno-infantile

Patrick Dewavrin, Ibrahima Faye, Francis Klotz

Association Le Kaicedrat - 18 rue Cassette – 75006 Paris, France

patrickdewavrin@orange.fr

Mots-clés : équipe mobile, planning familial, mortalité maternelle, mortalité infantile

Les populations enclavées d'Afrique sont celles qui présentent les plus mauvais indicateurs sanitaires. L'immensité des territoires, la dispersion de l'habitat et l'absence de réseau routier, rendent l'accès aux soins difficiles. Au-delà de 15 kms d'un poste de santé (2 heures de charrette), la demande de soins chute de 50% (source Santé Sud).

Certaines zones très éloignées sont de véritables déserts sanitaires.

Pour répondre à ce défi, à côté de ses équipes mobiles médicales classiques, l'association Le Kaïcedrat a mis en place en 2015 au Sénégal oriental une équipe médicale mobile légère attachée à un poste de santé publique.

Une sage-femme avec un chauffeur en véhicule 4X4, part consulter tous les matins dans 20 villages distants de 15 à 60 kms du poste de santé. Chaque village dispose d'une case de santé, construite gratuitement par la population et tenue par un agent de santé. Il diagnostique et traite le paludisme, prépare les consultations de la sage-femme et dispense des séances d'éducation sanitaire. Ce dispositif a été évalué à deux ans d'intervalle, en 2015 à son démarrage, puis en 2017, après deux ans de fonctionnement.

La population étudiée représente 5.000 habitants, 1.300 femmes en âge de reproduction et 1.000 enfants de moins de 5 ans.

Les résultats ont été les suivants :

- le nombre de femmes enceintes médicalement suivies a augmenté de 100 %
- la mortalité infantile a chuté de 60% , à 30/1.000 , se situant en dessous du taux national
- le nombre d'enfants complètement vaccinés est passé de 31% à 66%
- le nombre d'enfants bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif a augmenté de 170%
- le nombre d'enfants inscrits à l'état civil est passé de 16 à 32 %
- le nombre de femmes adhérant au planning familial est passé de 15 à 42 (+ 180%) ; il est actuellement, en 2021, de 101 femmes (+ 500%)
- aucun de décès maternel n'a été constaté pendant ces deux années

En revanche peu d'améliorations ont été obtenues sur le taux d'accouchements en maternité. 80% des accouchements ont continué à être effectués au village par des matrones.

Ce dispositif présente un cout de fonctionnement de 20.000 € par an soit 4 euros par an et par habitant. Notre présentation, décrit le déroulement de cette étude et les enseignements que nous en avons retirés.

Vendredi 8 octobre – 9h40-9h50

Gestion des violences basées sur le Genre (VBG) lors de la riposte au Covid 19 dans le grand Abidjan de mars 2020 à mai 2021

Solange Amethier, Sita Kroman Savané, Baba Sangaré Baba, Djibril Chérif, Florence Kadjo, Daouda Coulibaly, Joseph Béné Bi Vroh Joseph

Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA – Abidjan, Côte d'Ivoire

amethier.solange@ccm.ci

Mots-clés : Covid, sujet contact, VBG, multisectorielle

Introduction : Le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) a fait intervenir les travailleurs sociaux du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant dans la riposte à la pandémie du Coronavirus COVID-19. Cette collaboration multisectorielle initiée dans le but d'assurer une bonne adhésion des populations aux implications sanitaires liées aux mesures sociales de santé publique a-t-elle fourni des résultats dans le suivi des contacts et la prise en charge psychosociale des sujets affectés par la Covid 19.

Méthode : Nous avons mené une enquête transversale descriptive de mars 2020 à mai 2021 portant sur les activités de deux pools de travailleurs sociaux mis en place afin de collaborer avec les équipes d'intervention rapide et de renforcer les équipes de suivi des contacts au niveau des districts sanitaires d'Abidjan. Ces activités ont été coordonnées par un troisième pool chargé de la coordination et de l'appui technique des équipes.

Résultats : Les activités menées ont porté essentiellement sur la sensibilisation des populations, les visites à domicile, les écoutes, la gestion des cas de violences basées sur le genre (VBG), la prévention et le traitement des cas de stigmatisation et de discrimination, l'accompagnement psychosocial et l'orientation des ONG et associations sur les mesures barrières et les idées reçues sur la COVID-19. De

mars 2020 à mai 2021, concernant les violences basées sur le genre (VBG), les équipes ont enregistré et suivi 58 cas de viols, 07 agressions sexuelles et 177 agressions physiques, 125 situations de violence psychologique/émotionnelle, 35 cas de maltraitance et 07 mariages forcés. Une augmentation du nombre de violences a été relevée durant la pandémie à COVID-19. Les travailleurs sociaux ont assuré pour ces cas la prise en charge psychosociale qui repose sur l'écoute et l'identification des dangers imminents, l'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'action avec la survivante. Une prise en charge juridique et judiciaire a parfois été initiée. Cette activité a permis de relever des bonnes pratiques de collaboration et d'optimisation des ressources. Cependant, elle a été confrontée à des difficultés notamment l'insuffisance des moyens de communications pour le suivi des cas contacts, l'appui en vivres et non vivres aux familles Covid 19 en confinement et la coordination entre les structures de santé et sociales.

Conclusion : La pandémie à Covid-19 a été marquée par une augmentation des cas de violences dont la prise en charge adéquate a permis d'en limiter les conséquences.

Vendredi 8 octobre – 9h50-10h00

Prise en charge des fistules obstétricales au Burkina Faso de 2010 à 2018 : un exemple de partenariat franco-burkinabé

Gilles Karsenty, Jean Charles Alimi, Quentin Alimi, Jean Marie Colas, Frédéric Thoreau, Michèle Loubat, Antoine Ottomani, Valérie Pellegrin, Geraldine Rebuffat, Marie Karsenty Poisson, Laurence Bruder, Alice de Besse de La Roumiguère, Patricia Sana, Régis Deretz, Olivier Paul, Aristide Fasnewinde Kaboré Mères du Monde en Santé (MMS) - AP-HM – Marseille, France
gilles.karsenty@ap-hm.fr

Mots-clés : fistules obstétricales, Santé maternelle, suivi obstétrical, accouchement voie basse, césarienne, Incontinence urinaire

Les fistules obstétricales (FO) sont endémiques dans les pays à faible revenus (<1035 dollars/pers/an) malgré leur reconnaissance par l'OMS (Campagne End Fistula). Elles témoignent des carences des politiques de santé materno-infantile. Une ONG chirurgicale française (EFE-BF rebaptisé aujourd'hui MMS-France) a collaboré pendant 8 ans avec des soignants Burkinabés pour la prise en charge des patientes atteintes de FO dans la province des Bâlets (district de Boromo). Nous présentons les résultats obtenus et retraçons les étapes (succès et échecs) de ce parcours.

Méthodes : Nous avons analysé la base de données alimentées par chacune des missions organisées sur la période en termes de socio-démographie des patientes, de type de fistule, d'étiologie, de techniques chirurgicales proposées et de résultats. Nous avons retracé également les modes de financement utilisés, les aides non chirurgicales mises en œuvre et listé les projets non aboutis.

Résultats : En 8 ans nous estimons avoir opéré 241 patientes majoritairement agricultrice ou femme au foyer et ne parlant peu ou pas le Français (langue officielle) n'ayant pas été scolarisées au-delà du primaire. Il s'agissait exclusivement de FO après AVB ou césarienne de type complexe selon l'OMS dans plus de la 2/3 des cas. Plus de 65% des réparations étaient des voies basses. Le taux global de fermeture de la fistule était de 69% (89% des simples 56% des complexes). Cependant le suivi des résultats était complexe avec un fort taux de pertes de vues après l'ablation de la sonde (incertitude quant aux résultats tardifs). Les financements se faisaient essentiellement par des dons et des événements caritatifs (concerts, ventes aux enchères). Une subvention d'une fondation nord-américaine a été obtenue. Trois (3) infirmiers ont été financés pour des formations complémentaires dont un directement en lien avec la prise en charge des FVV. Nous avons accompagné et soutenu un jeune chirurgien académique devenu Professeur d'urologie à Ouagadougou et continuant la chirurgie des FVV. Ce chirurgien fait partie aujourd'hui de notre groupe de chirurgien expert et se déplace sur d'autres sites (Rwanda par exemple). Nous n'avons pas réussi à monter un centre pérenne de traitement des fistules avec une maison de réinsertion comme nous l'avions projeté. Nous n'avons pas réussi à établir de lien pérenne et porteur avec les autorités de santé Burkinabé. Notre action est

suspendue depuis l'instabilité politique et sécuritaire advenue depuis la chute du Président Campaoré et les premiers attentats de Ouagadougou auxquels nos équipes ont été confrontées.

Conclusion : Une action solidaire et collaborative médico chirurgicale peut aider à améliorer la prise en charge des FO dans un pays à faible revenu. Les blocages institutionnels sont fréquents, les enjeux locaux-régionaux autour des FO peuvent rendre inopérant voire contre-productif un partenariat basé exclusivement sur du soin chirurgical.