



Voyage AU PAYS Afar

ou les accoucheuses traditionnelles (ullat-inà) à l'hôpital

Claude-Emile TOURNÉ,
Gynécologue-Obstétricien (e.r)



Buxal ullá tassallaamay!
Que l'accouchée reste saine
et sauve à la maison!

C'est par cette invocation que commencent les prières collectives des Afars. Elles y incluent ensuite les gens qui voyagent en avion et en bateau. Ce sont les personnes qui, si les choses ne vont pas comme il le faudrait, courent un danger mortel.

Car en pays Afar, la mortalité en couches est effroyable. Aucune statistique n'est disponible réellement. La seule approche scientifique est l'assimilation à la population somalienne (mode de vie nomade,

niveau de développement, statut de la femme, y compris taux des mutilations génitales féminines proche de 100 %) qui comptabilise officiellement 1 400 ces pour 100 000 naissances. Quant à la mortalité infantile, elle concerne avant 5 ans 15 % des enfants nés vivants¹.

Des éléments non scientifiques peuvent compléter le tableau sur la base d'observations personnelles : visitant une femme qui venait de perdre sa fille de 19 ans en couches à l'hôpital de Doubie — le seul hôpital existant jusqu'ici en pays Afar éthiopien pour 1,5 million d'habitants — j'apprends que dans la même semaine neuf autres jeunes accouchées sont ainsi décédées à l'hôpital.

Que dire alors de celles qui, dans leur quasi-

¹ Cross border and mobile population's sexual and reproductive health situation in the igad member's states draft report. Dr. Kamil M. A. - May 2008



Jeune femme enceinte

totalité, accouchent dans des maisons en torchis dans les villages sédentarisés voire dans les *daboytas*² au milieu de la brousse, aidées d'une accoucheuse traditionnelle, avec comme seul moyen d'intervention ses deux mains, sa bonne volonté et ses prières. Car si cela ne va pas, sans aucun moyen de dépister le haut risque, les problèmes se posent toujours au dernier moment. Et il n'y a aucun moyen de transport sauf le brancard à dos d'homme et sur des dizaines de kilomètres de désert. De plus, on attend toujours le plus longtemps possible avant de se décider à partir, mais où? L'alternative hospitalière, non seulement n'existe pas la plupart du temps, et lorsqu'elle existe, elle n'a

pas de sens pour ces personnes.

Ce qu'elles en savent, c'est que l'entrée de l'hôpital leur est quasiment interdite. Quand elles y entrent pour une blessure, une maladie grave, une hémorragie ou autre, elles s'en font rapidement évacuer avec un vague pansement, une ordonnance le plus souvent impossible à honorer, et même pas de bonne parole. Car si l'hôpital existe, l'hospitalisation n'existe pas.

Si, par extraordinaire, dans un centre comme *Xaale Faage*³ (c'est plus qu'exceptionnel, il n'y en a pas d'autre) une construction destinée à être un hôpital a été réalisée, elle n'a de dotation ni en personnel ni en matériel. Ici, il y a un médecin vacataire, deux infirmiers, un laborantin, un homme "sage-femme", deux auxiliaires de pharmacie et c'est tout pour le personnel soignant. Au laboratoire, un microscope permet les examens directs de crachats (BK), de selles (parasitoses), d'urines (cellules et germes) et de la goutte épaisse pour le paludisme. Une série

2 Cabane traditionnelle des nomades Afar.

3 cf. notre premier article des D.O. (Juin 2009).

de tubes permet l'hématocrite. **ET C'EST TOUT.** **Pas de radiographie** possible alors que la tuberculose pulmonaire et osseuse, voire ganglionnaire, fait des ravages. **Pas de réactifs** comme le *rose Bengale* alors que la brucellose est présente elle aussi. Un petit échographe dont **personne ne sait se servir** pourrait permettre une localisation placentaire, mais l'hémorragie aura fait son œuvre depuis longtemps. **Un bureau de consultation**, une salle de pansements sont les seuls locaux techniques. Évidemment **pas de bloc chirurgical, pas de réanimation, et pas de secteur d'hospitalisation.** Le tout pour une population d'environ 400 000 personnes.

L'hôpital n'a donc pas de sens. Il n'est pas intériorisé comme une alternative possible à un problème grave de santé. La chirurgie n'a même pas d'existence psychologique, aucun mot *afar* ne la désigne. J'ai vu mourir de rétention aiguë un homme porteur d'un simple adénome prostatique.

Sur le territoire de l'*État Régional Afar* il y a deux gynécologues, dont un à l'hôpital de Doubte et l'autre dans un Centre de Santé privé d'une ville frontière, inaccessible aux Afars. C'est dire que la césarienne, et même le simple forceps ne sont accessibles qu'à une tellement infime portion de la population qu'elle est négligeable. La transfusion sanguine est impossible faute de structures. Et du coup, certains enchaînements sont lourds de conséquences : la banale anémie de grossesse est accentuée par un régime alimentaire carencé, elle est aggravée par des infections urinaires récidivantes liées en grande partie à la déshydratation chronique et aux mutilations génitales, elle subit des grands à-coups d'hémolyse liés à des crises de paludisme ; et quand survient l'accouchement aux alentours de 10 % d'hématocrite, la moindre petite hémorragie de la délivrance sera rapidement mortelle. Et cela dans un désert médical absolu, avec une méconnaissance totale des tenants et des aboutissants, des moyens de prévention, des moyens de traitement, des modes d'intervention même les plus simples. Ainsi, même à l'hôpital, on peut mourir en couches à 19 ans.

Les femmes meurent ainsi en couches à un rythme suffisant pour que ce soit la mort qui rode et non la vie qui est accueillie au moment de la mise au monde. D'où l'invocation systématique que j'ai citée en exergue, d'où la pratique du testament dès que l'accouchement se profile pour des filles dont l'immense majorité n'a pas atteint ses 20 ans.

C'est dans ce contexte que j'avais été amené, à la suite d'un voyage avec des amis Afars, à me mobiliser pour l'hôpital de *Xaale Faage*. Lors de cette visite, l'administrateur de la zone 5, dont *Xaale Faage* est le chef-lieu, m'avait sollicité pour participer à cette tâche. C'est donc à sa demande que j'ai entrepris cette mission.



Formation des accoucheuses

« Et il n'y a aucun moyen de transport sauf le brancard à dos d'homme et sur des dizaines de kilomètres de désert. De plus, on attend toujours le plus longtemps possible avant de se décider à partir, mais où ? »

La construction est vaste, dotée de toutes les commodités attendues, lavabos, toilettes, douches, non seulement pour les malades, mais aussi pour le personnel pour lequel sont prévus y compris des casiers fermant à clé. Il y a deux "salles d'opération", même si elles n'ont ni arrivée de fluides, ni éclairage adéquat, ni ventilation. De nombreux secteurs d'hospitalisation existent, vides de lits. De nombreuses pièces de rangement, un local pour la stérilisation, un secteur pour la radiologie (salle obscure revêtue de plomb et de béton ad hoc mais les portes sont trop étroites pour le passage des appareils). C'est dire que la conception pourrait, certes faire l'objet de critiques, mais que l'outil est prêt à être mis en route avec ses imperfections mais surtout avec son grand mérite, celui d'exister.

Il était donc d'abord question de meubler les espaces avec du matériel adéquat.

Un collectif d'associations⁴ a été créé pour accomplir la tâche. Une recherche systématique et l'aide de plusieurs établissements hospitaliers publics et privés⁵ nous a permis de réunir de quoi meubler et organiser une salle d'accouchement : lit d'accouchement, table de réanimation Bébé, couveuse, ainsi que du matériel obstétrical (ventouse, forceps, spatules), gynécologique (spéculums, pinces, curettes), du petit matériel chirurgical (pinces, ciseaux, porte-aiguilles, valves), du matériel de réanimation (laryngoscope, respirateur, monitoring TA-pO₂-ECG) et des consommables (sondes d'aspiration, d'intubation de toutes tailles, clamps de Bar, fils de suture) etc.

Nous y avons ajouté de quoi meubler une salle d'opération : tables d'opérations, appareil d'anesthésie, aspirateur, matériel chirurgical pour césarienne, tables de service, guéridons ainsi que des consommables adaptés.

16 lits médicalisés à fonctionnement mixte électrique/manuel pourront accueillir les accouchées mais aussi les autres malades hospitalisés.

Et puis des pieds à sérum, des liquides de perfusion, des liquides de stérilisation des sols et des murs. Enfin évidemment des médicaments de première nécessité.

Il fallait ensuite trouver le personnel susceptible d'utiliser et d'entretenir ce matériel et ces locaux en état de fonctionnement. En même temps, il était évident que parachuter un hôpital avec nos critères d'organisation et de jugement sur ce qui est bon pour les gens et ce qui ne l'est pas, était dans le



Jeune femme enceinte

contexte psychologique et sociologique décrit plus haut une grave erreur.

Et ceci, d'abord parce que s'il n'y a pas de personnel aujourd'hui dans cet hôpital, ce n'est pas par un coup de baguette magique qu'il sortira de notre chapeau.

Ensuite parce que le personnel possible n'est pas d'origine Afar. Et il nous a été donné de constater, avec les soignants actuellement en place, un fossé culturel, lié à des conditions historiques locales. Les personnels actuels sont des Éthiopiens des hauts plateaux, essentiellement *Oromos* et *Amhariques*. Or, historiquement, les peuples des hauts plateaux (les deux cités représentent 75 % de la population totale de l'Éthiopie) ont eu de nombreux conflits avec les Afars, et ils professent à l'égard de ces pasteurs guerriers nomades un mélange détonnant de mépris et de crainte. Cela se traduit, à l'hôpital, par des attitudes et des comportements préjudiciables, non seulement à l'efficacité immédiate des soins, mais encore à l'habitué des populations au recours hospitalier sans attendre le dernier moment.

Enfin, du personnel Afar techniquement formé, il n'y en a quasiment pas.

Il fallait donc, soit espérer faire venir en bloc un

⁴ *Mieux Naître en Afrique* regroupe l'ADER "Mieux Naître en Catalogne Nord", "Amitié Solidarité Afrique", l'Association "Entraide des Afar en France" et le "Comité 66 de Femmes Solidaires".

⁵ Notamment la Clinique Saint Pierre et la Clinique Mutualiste à Perpignan, l'hôpital Tenon de l'APHP, l'Hôpital d'Annecy.

hôpital de campagne au complet comme en sont accoutumées les ONG classiques, et cela, nous n'en avons ni les moyens ni l'envie compte tenu de nos analyses citées plus haut, soit faire autre chose, plus adapté à la situation locale.

Nous avons d'emblée pensé qu'il fallait s'appuyer sur ce que la société Afar produit comme soignants traditionnels autour de la naissance : les accoucheuses, en Afar *ullat-inà* (littéralement "mère de l'accouchée", celle qui materne la maman).

Car, même si elles n'ont reçu aucune formation théorique, elles sont dotées d'un double bagage essentiel pour ce que nous en attendons : d'abord une expérience construite au fil des ans par le compagnonnage et le contact quotidien avec les femmes enceintes et les accouchements. Pas besoin de leur expliquer ce qu'est un accouchement, elles le savent ; ensuite, un vécu dramatique de nombreuses situations désespérées où elles ont assisté, impuissantes faute de connaissances et de moyens, à la mort de jeunes mères dont la vie aurait dû être le lot.

Lors de nos rencontres à l'occasion de mon premier voyage⁶, cette demande instante de formation, d'information et de moyens avait été formulée à plusieurs reprises par des *ullat-inà* de tous âges.

Restait, d'une part à expérimenter un contact pédagogique efficace avec elles, et d'autre part à convaincre les autorités de faire entrer à l'hôpital ces femmes considérées par les responsables de la communauté comme ignorantes et incapables de s'adapter à la modernité, encore moins d'en être les porteuses et les garantes.

LE PREMIER PARI fut rapidement gagné tout au long d'une dizaine de rencontres de formation. La pédagogie utilisée fut, comme de juste, une pédagogie non-directive qui fonctionna très bien malgré la nécessité d'une traduction simultanée. L'enseignement s'appuya, non sur des lacunes à combler mais sur



Formation

des compétences à parfaire. L'accoucheur que je suis leur dit et répéta : *nous faisons le même métier, nous parlons de la même chose, ce que je peux vous apporter c'est un peu plus d'efficacité*. Et la réponse fut à la mesure de l'attente. Que ce soit sur la physiologie de la grossesse, sur les pathologies à dépister et à traiter (infection urinaire, anémie, diabète gestationnel, paludisme), que ce soit sur les problèmes d'accouchement liés à la présentation, à la délivrance, au périnée ici grevé d'une MGF, l'exposé était suivi avec attention. Les phénomènes reconnus étaient immédiatement commentés, les solutions proposées étaient discutées par rapport à des pratiques traditionnelles pas toujours adaptées, les gestes techniques exposés étaient accompagnés de gestes de l'une ou de l'autre en relation avec une expérience personnelle.



Formation des accoucheuses : sortie de cours

DEUX EXEMPLES

- L'expulsion du méconium a été reconnue dans leur pratique comme liée à la souffrance fœtale. Mais comme elle n'est apparente et semble-t-il curable que dans le siège, une de leurs pratiques consiste alors à empêcher le méconium de sortir coûte que coûte. Nous en avons discuté et convenu que ce n'était pas le mieux à faire. D'autant que le méconium qui sort, c'est autant de volume qui n'aura pas à passer...
- Lors d'une des premières rencontres, je parle du TV en expliquant son intérêt dans la détermination de la présentation et de la variété de position quand ça traîne. Une des participantes me déclare que jamais une femme Afar n'acceptera qu'on lui mette deux doigts dans le vagin. Je n'insiste pas. Quelques séances plus tard, comme le TV revient sur le tapis, elles déclarent unanimement que ce qui avait été dit était une bêtise probablement une forme de provocation.

« ...dès maintenant, un encadrement de ces *ullat-inà*, nouvelles « *sages-femmes hospitalières de brousse* », serait d'un grand secours pour les aider à s'organiser, à organiser le travail, gérer le matériel. »

LE SECOND fut gagné grâce à l'amitié nouée avec l'administrateur régional. Bien que conscient des réticences que cela provoquera, il finit par accepter que les *ullat-inà* soient les garantes du nouveau service de l'hôpital constitué par cet embryon de maternité. L'une d'elles, ayant accepté la responsabilité de leur groupe, recevra la clé des locaux à mon départ.

Il était enfin question de créer une amorce de réseau de soins périnataux.

Pour cela, nous nous proposons d'utiliser les compétences et la présence sur le terrain de ces *ullat-inà* formées afin de faire la prévention primaire des anémies (distribution systématique de fer + folates dès le 3^e mois), des infections urinaires (bandelettes réactives, antibiotiques), du paludisme (traitement systématique des femmes enceintes dans les zones impaludées). Nous avons prévu la mise à disposition les médicaments et les bandelettes réactives. Nous avons, de plus, prévu de les doter d'une valisette contenant, outre ces moyens de suivi, des gants, du petit matériel de désinfection, de suture, des antiseptiques pour la peau et les mains, des sondes d'aspiration, etc.

Notre prochaine mission mettra toutes ces structures en place. Comme promis, nous vous tiendrons au courant.

Mais en attendant, et dès maintenant, un encadrement de ces *ullat-inà*, nouvelles « *sages-femmes hospitalières de brousse* », serait d'un grand secours pour les aider à s'organiser, à organiser le travail, gérer le matériel. Car leur bonne volonté est indiscutable. Mais la formation que nous leur avons fournie était purement obstétricale. Et un travail de service hospitalier ne s'invente pas. Or, la pire des choses serait que, après cette avancée dans les esprits et dans les faits, les résultats ne soient pas à la mesure des espoirs.

CECI EST DONC UN APPEL À PARTICIPER. ON VOUS ATTEND!⁷



Jeune mariée Afar

NOTA : TOUT CECI EST ÉVIDEMMENT VALABLE POUR LA GRANDE MAJORITÉ DU PEUPLE AFAR QUI VIT EN ÉTHIOPIE DANS LE TERRITOIRE ADMINISTRÉ DEPUIS QUELQUES ANNÉES PAR UN ÉTAT RÉGIONAL AFAR À L'AUTONOMIE RELATIVE. LES AFARS QUI VIVENT SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI ONT DE MEILLEURES RESSOURCES DE SANTÉ, EN GRANDE PARTIE HÉRITÉES DE LA PRÉSENCE FRANÇAISE. LES MÉDECINS ET SOIGNANTS Y SONT NOMBREUX AINSI QUE LES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION.

⁶ ibidem note 3.

⁷ **Contact par courriel :** mieuxnaitreenafrique009@gmail.com et afarcet2009@gmail.com