

Mission humanitaire Imilchil- juin 2023

Avec Solidarité Maroc

En gynécologie-obstétrique : 195 patientes vues en 6 jours

Les motifs de consultations :

Bilan de fausse couche à répétition : 1 patiente

Leucorrhées anormales / mycose / IGH : 29 patientes

Douleurs pelvienne : 7 patientes

Dysménorrhées : 3 patientes

Suivi grossesse T1 avec échographie : 7 patientes

Métrorragies T2 : 1 patiente

Suivi grossesse T2- T3 avec échographie : 58 patientes

Termes dépassés : 1

Désir de grossesse / infertilité : 11 patientes

Aménorrhées depuis 3 mois : 2 patientes

Troubles du cycle /règles irrégulières: 29 patientes

Saignements anormaux : 4 patientes

Ménopause /péri ménopause : 12 patientes

Autres (demande écho, suivi gynéco normal...) : 23 patientes

Contraception : 5 patientes

Mastodynie : 1 patiente

Contrôle kyste ovarien : 1 patiente

Réorientations vers maternité / centre de référence pour avis ou chirurgie :

Vers la maternité :

- 1 pour hydramnios inexpliqué à terme,
- mort fœtale in utero,
- présentation transverse à 37 SA + 4 jours,
- 1 terme dépassé à +7 jours,

- 2 oligoamnios a terme,
- un diabète maternel très déséquilibré à 29 SA avec oligoamnios

Vers avis chirurgical :

- Lésions du col de l'utérus suspectes : 4 patientes

Pour nouvelle échographie +/- chirurgie

- Contrôle de kyste ovarien à 3 mois : 2 patientes
- Fibromes utérins : 4 patientes

Constatations :

- Beaucoup de lésions du col, hyperhémées ... des cols très inflammatoires ++
Hypothèses diagnostiques : cervicites chroniques sur infections non traitées ? Lésions précancéreuses du col ?
- L'écrasante majorité des grossesses est non suivie, malgré certains contextes pathologiques. Le cas m'ayant le plus marquée : une femme, ayant un diabète préé existant à la grossesse, est arrivée, enceinte à 29 SA. Son diabète est non suivi, déséquilibré. Elle a deux antécédents de mort néonatales dont on ne sait pas la cause (mon hypothèse = hypoglycémies néonatales sévères ?), deux antécédents de césarienne, et une fille vivante. Sa glycémie à jeun est à 3 g/L, et elle peine à suivre son régime. L'échographie réalisée montre un fœtus en oligoamnios, et surtout des images abdominales anormales (dilatations digestives sur occlusion bas situé ?), un placenta bas inséré. Il s'agit d'une grossesse à risque sur tous les plans : maternel (diabète déséquilibré), obstétrical (utérus bicatriciel, placenta bas inséré [même si le placenta peut « remonter » en cours de grossesse]), fœtal (oligoamnios, images anormales). La patiente dit qu'elle compte tout de même accoucher à domicile malgré les risques, et qu'elle n'a pas les moyens de consulter en maternité pour le suivi. Son mari nous fait part de sa méfiance concernant les hôpitaux, car selon lui, sa femme aurait subi deux césariennes alors qu'il n'y en avait pas l'indication. Nous sommes devant un cas complexe, d'un cas à risque, avec d'une part un manque de moyen de la part du couple, et d'autre part une défiance vis-à-vis de l'institution hospitalière, créant un renoncement aux soins. Ce renoncement aux soins est visiblement accentué par les défauts de communication entre patients berbères et institutions médicales voire politiques arabes, ne partageant pas la même langue. L'ostracisation est ici à son paroxysme.
- Le manque de moyen est criant. Les patientes consultent parfois un.e gynéco pour un problème, mais ne peuvent recevoir les résultats d'analyses effectuées car ceux-ci sont payantes. Les demandes de prise en charge pour infertilité, par exemple, sont souvent vouées à l'échec. Plus parlant encore, les situations obstétricales à risque sont écartées voire tout simplement non connues, les femmes accouchant dans la majorité des cas à domicile.
- Il n'est pas dans l'habitude de ces patientes, du fait qu'elles résident dans un désert médical, qu'elles n'en ont pas les moyens, de réaliser un suivi gynécologique régulier. Par conséquent,

il a été difficile, par moments, de leur expliquer l'intérêt de l'examen gynécologique, speculum y compris. Certaines patientes venaient pour une demande particulière : avoir une échographie pour « voir si tout va bien », pensant que l'échographie permet de tout déceler, ou si elles sont enceintes. Nous leur avons autant que faire ce peut, expliqué le déroulé et les enjeux d'un examen gynécologique.

- Il y a énormément de troubles du cycles, avec règles irrégulières : biais de mémorisation des patientes ? Si vrais troubles du cycles : certains articles ont évoqué le lien entre altitude et dérèglements hormonaux.
- Enfin, j'ai noté beaucoup de ménopause et péri ménopauses précoces... Est-ce un effet de la malnutrition, chez ces femmes qui sont souvent grandes multipares ?

Propositions

- Un vrai suivi gynécologique et obstétrical ne peut s'opérer sans un laboratoire, pouvant réaliser prise de sang, sérologies, groupe sanguin pour les femmes enceintes, mais aussi analyser les prélèvements vaginaux en cas de suspicion d'infection. Par ailleurs, il est crucial de pouvoir avoir une analyse anatomopathologique des cols non sains visualisés, pour ne pas méconnaître une lésion pré cancéreuse voire cancéreuse du col de l'utérus.
- Un partenariat avec un laboratoire (Errachidia ? Midelt) devrait voir le jour, au moins pour les analyses anatomopathologiques.
- Nous devrions nous informer davantage sur les politiques mises en place, notamment sur les aides sociales et médicales : aide médicale obligatoire mise en place récemment, pour qui, et quels types de soins ? Afin de pouvoir savoir comment mettre en place des soins pérennes. Cela est, à mon sens, le point le plus important.
- Il est crucial de développer un politique de prévention pour ces femmes, que cela passe par le vaccin contre la papillomavirus, par les frottis de dépistage...

Je reste extrêmement heureuse d'avoir pu apporter ces soins, malgré l'imperfection dont ils ont pu être entachés, et heureuse d'avoir pu contribuer à améliorer la santé des femmes à Outerbate, surtout si elles se sont senties écoutées et prises au sérieux.

Mounia LBAKHAR