



Prévention des risques de Paralyse Cérébrale Formation des sages-femmes à Madagascar (CSBI et CSB II) Région Diana et Vakinankaratra - Année 2017

Première cause de handicap moteur de l'enfance, la Paralyse Cérébrale résulte de lésions survenues sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Ces lésions, non progressives, provoquent un ensemble de troubles permanents du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activités.

Ces troubles sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et/ou par des problèmes musculo-squelettiques secondaires.

Introduction



L'association « Le sourire d'Onja » (SOA) aide à la prise en charge des enfants handicapés de Madagascar, à Antananarivo et Diégo-Suarez et leurs régions. La grande majorité d'entre eux sont des enfants « paralysés cérébraux » dont l'origine est le plus souvent une anoxie néonatale au moment de l'accouchement, un ictère nucléaire dans les premiers jours de vie, ou une infection neuro-méningée.

Depuis 3 ans, nous avons réalisé six missions au cours desquelles nous effectuons des consultations médicales et chiropractiques, de l'éducation thérapeutique, des prescriptions d'appareillage dont nous assurons le financement (adaptation de matériel d'occasion apporté de La Réunion ou réalisation par des orthoprothésistes malgaches), et des prescriptions de kinésithérapie en individuel ou en groupe dont les séances sont réalisées par des kinésithérapeutes malgaches partenaires de l'association.

Diagnostic

Nous nous appuyons sur les données fournies par l'**AMPR Mada (Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar)**, voir les données chiffrées en annexe

« **La prévention de la paralysie cérébrale est primordiale pour en réduire l'incidence.** Une conscientisation de la population, **des accoucheuses traditionnelles** et des prestataires des maternités sur cette problématique est nécessaire. La prévention chez l'enfant est axée sur la surveillance de la santé de la mère et de l'enfant depuis la grossesse, pendant l'accouchement, jusqu'aux soins post-natals et continue encore après, chez l'enfant en bas âge.

L'absence de suivi des nouveau-nés à risque retarde le dépistage et le diagnostic. Il est nécessaire de renforcer la collaboration entre les médecins assurant les soins des nouveau-nés à risque de paralysie cérébrale et ceux de la Rééducation Fonctionnelle. »

« A Madagascar, tous les jours dix femmes décèdent des complications de la grossesse ou de l'accouchement. Ces tragédies pourraient être évitées si les décideurs se focalisaient davantage sur la profession de sages-femmes car elles jouent un rôle important en matière d'éducation sanitaire,... » (Source : UNFPA Madagascar — Nations Unies Mai 2015)

Objectifs du projet

Devant la forte incidence de la paralysie cérébrale à Madagascar, nous aimerions désormais agir sur sa prévention, et notamment des causes anoxiques :

- ❖ **Education des femmes** pour les inciter à aller accoucher non pas à domicile mais chez une sage-femme, en dispensaire ou à l'hôpital,
- ❖ Rencontrer les sages-femmes/matrônes afin d'évaluer leurs pratiques et leurs besoins,
- ❖ **Formations des sages-femmes/matrônes** aux techniques de réanimation du nouveau-né, aux pathologies de la grossesse, au suivi du travail et aux manœuvres de l'accouchement, et donner des conseils de prévention aux femmes enceintes,
- ❖ Formation au dépistage des pieds bots varus équins afin d'adresser précocement l'enfant pour un traitement par plâtres de Ponseti.

Pour mettre en œuvre ce projet, **nous recherchons des sages-femmes qui souhaiteraient mettre bénévolement leurs compétences** au service de l'amélioration des conditions sanitaires de nos frères et sœurs malgaches.

Descriptif du projet et budget

Nous envisageons la mise en place de 2 circuits de formation des sages-femmes et matrones dans les CSB I et II sur les régions Diana (Diégo) en novembre 2017 et Vakinankaratra (Antsirabe) en juin 2017 avec remise d'insufflateur de réanimation à l'issue de la formation et/ou sthétoscopes de Pinard.

« Les Centres de Santé de Base Niveaux I et II (CSB I-II) sont des établissements sanitaires de premier contact avec les malades. Le CSB-I s'occupe principalement des vaccinations et des soins de santé de base prodigués aux malades qui y viennent pour se faire ausculter ; l'administration de cet établissement est prise en charge par un personnel paramédical (infirmier, sage-femme ou aide soignant). Quant au CSB-II, il prodigue les soins obstétricaux essentiels, outre les soins de santé de base ; l'administration du CSB-II est assurée par un médecin. Ces établissements se trouvent au niveau de chaque Fokontany dans les grandes agglomérations... » (source www.mada-matin)

Face au déficit en oxygène, les sages-femmes ont souvent recours à des méthodes de réanimation très rudimentaires (tubes, canules).

La formation serait assurée par deux sage-femmes formatrices CHU Gabriel Martin.

BUDGET ANNUEL 2017	Total circuit 7j Ar	Total circuit 7j €	Total projet : 2 circuits €
Location 4X4	1 120 000,00	320,00	640,00
Essence	200 000,00	60,00	120,00
Hébergement/Pension pour 5 personnes 7J *	2 200 000,00	630,00	1260,00
Restauration SF/matrônes	600 000,00	170,00	340,00
Frais divers : communication et guidage	300 000,00	85,00	170,00
Total	4 420 000,00	1 265,00	2 530,00
Insufflateur de réanimation : 25 à 40€** et 60 sthétoscopes Pinard 8€		1 500,00	3 000,00
Total en €		2 765,00	5 530,00

* Public concerné : chauffeur, traducteur/guide, 2 sage-femmes, représentant SOA

** Insufflateur de réanimation : on prévoit un minimum de 25, sachant que l'on distribuera en fonction du nombre de participants déterminés par les conditions de déplacement et le nombre des sages-femmes formées.



Matériel distribué auprès des sages-femmes et matrones

Partenariat

A Madagascar, nous avons des contacts avec l'association des sages-femmes de Madagascar, les communes d'Antsirabe et de Diégo (moyens techniques et guidage), l'association « La vie devant toi » à Antsirabe (hébergement/restauration) afin de repérer les personnels et les lieux de formation qui devront être les plus proches des différents CSB I et II afin de faciliter le regroupement des stagiaires.



Nous sommes en relation avec des correspondants locaux dont des personnels de santé afin d'obtenir le plus d'information.

A Antananarivo, nous travaillons avec l'association des parents d'enfants paralysés cérébraux, dénommée **Action Solidaire aux Paralysés Cérébraux (ASPC)**. Leur site ici :

<https://aspcmalagasy.wordpress.com>

Concernant les sages-femmes formatrices, nous faisons appel au bénévolat (Bénédicte et Emmanuel) grâce au partenariat avec le CHU Gabriel Martin

qui facilite leur mise à disposition, ainsi que :

— l'association Terre Rouge France qui a déjà pratiqué des formations similaires,

— l'Ordre des Sages-Femmes de la Réunion, 14 rue du commerce 97460 St Paul (06 92 43 43 41), cdosfreunion@gmail.com



Clément Bonhomme, Médecin MPR

J. Jacques Renaud Rakotonirainy,

Médecin, HUIRA Antananarivo,

Jacques De Paris, Président SOA

Didier Garrigues, Chiropracteur

Didier Pairain, Secrétaire SOA

www.lesouriredonja.com

Formation des sages-femmes et matrones

Fiche technique

1. Modalités :

Durée par stagiaire : une journée, repas prévu,

Nombre de participants (60 par circuit),

Lieu (CSB I et II),

Présence d'un médecin malgache ou SOA

Adaptation du contenu en fonction du public présent, de leurs connaissances médicales

2. Déroulement :

➤ Présentation des associations, des intervenants

➤ Echange avec les matrones, sages-femmes sur leurs expériences.

➤ Formation

A) Suivi de grossesse : sensibilisation aux signes évocateurs de la pré-éclampsie et de l'hématome rétro-placentaire (céphalées, acouphènes, hypertonie utérine, métrorragies), pour leur permettre de référer les patientes vers les CSB et éviter les retards de prise en charge.

B) Suivi du travail : durée maximale du travail

- Indication de transfert (rupture prématurée des membranes sans mise en travail, hyperthermie)
- Sensibilisation à la prévention des fistules vésicule vaginales (éviter l'enclavement prolongé du fœtus dans le bassin)

C) Manœuvres obstétricales (mise en situation sur le mannequin de simulation ou ...):

- Manœuvres sur siège complet et décomplété lors d'un arrêt de progression de la présentation.
 - Lovset
 - Brach
- Manœuvre sur la difficulté des épaules :
 - Mac Roberts
 - Pression sus-pubienne
- Prise en charge de l'hémorragie du post-partum:
D'après précédentes formation (Ass Terre Rouge France) : « Les matrones ne "veulent pas" faire de massage utérin après l'accouchement, cela semble proscrit dans leur pratique. Face à ce constat et dans le respect de leurs croyances et de leurs représentations, nous les avons informées de l'intérêt de la mise au sein précoce du nouveau-né ou de l'expression manuelle de colostrum si l'enfant n'est pas en mesure de téter dans le but d'avoir une libération naturelle d'ocytocine et diminuer les atonies utérines, et donc de limiter les hémorragies. »

- Réanimation du nouveau-né:
 - Stimulation
 - Désobstruction buccale et nasale du nouveau-né par mouchage avec une compresse propre ou un linge
 - Insufflation au stéthoscope de pinard ou à défaut au bouche-à-bouche ou insufflateur de réanimation (Un par CSB)

D) Remise d'une attestation de formation aux participants

Document établi avec des membres de [l'association Terre Rouge France](#)

Annexe 1 L'organisation de la santé à Madagascar

Madagascar est classé parmi les pays les plus pauvres avec l'Indicateur de Développement Humain évalué à 0.480, au 151^{ème} rang sur 181 pays et un PIB par habitant de \$ US 459\$ en 2011.

En 2010, le taux de la pauvreté qui est le pourcentage de la population vivant au moins de 2 US\$ par jour est estimé à 73,6%. La pauvreté touche plus particulièrement le milieu rural (73,5% de la population). La contribution du secteur industriel à l'économie ne cesse de s'accroître. Ainsi, sa contribution à la formation du PIB est actuellement estimée à 15%, ce qui reste encore loin derrière le secteur agricole.

Le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) a rapporté qu'en moyenne 8 femmes par jour meurent des complications de l'accouchement, 3 nouveaux nés sur 100 meurent avant le premier mois et 9 enfants sur 100 meurent avant 5 ans ; 4 enfants sur 10 sont atteints de malnutrition.

La santé de la mère et de l'enfant figure parmi les priorités du Ministère chargé de la Santé. Le couple mère-enfant est un groupe vulnérable qui fait l'objet d'attention particulière. La mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes s'élève à 273 en 2012 (10,3 pour 100 000 en France) soit un taux de 2,73 pour mille. Les décès maternels sont dus principalement à des complications obstétricales ou puerpérales et aux avortements notamment des avortements provoqués.

« Seulement 51 % des accouchements sont assistés par un personnel qualifié (chiffres 2012). Cela limite la possibilité pour les femmes de bénéficier des soins appropriés en cas de complications éventuelles. »

Les 119 Services de District de la Santé Publique (SDSP).

Les SDSP assurent la planification, la coordination et la supervision de la mise en œuvre des activités des CSB (Centres de Santé de Base) soit un total de 3 074 CSB.

Les Etablissements de soins peuvent être répartis en trois catégories essentielles :

- Les centres de santé de base (CSB), pour les premiers contacts, tenues soit par des paramédicaux (CSB1) soit par des médecins (CSB2), implantés en priorité au niveau des chefs-lieux de commune. Ces CSB sont destinés pour les prises en charges des cas simples et les activités de prévention. En tout, en 2012 le Ministère de la Santé Publique a recensé 3 074 CSB dont 2 509 publiques.

- Les Centres de Référence de premier recours, dénommés Centres Hospitaliers de Référence du District (CHRD) installés en général au niveau des chefs lieu de district. Les CHRD sans chirurgie assurent les références médicales provenant des CSB. Il existe 60 CHRD sans chirurgie dont 56 publics. Les CHRD avec chirurgie ou Centres Hospitaliers de Références de District avec chirurgie prennent en charge en outre les références chirurgicales. Il existe 90 CHRD avec chirurgie dont 29 publics.

- Les Centres de références de deuxième recours, représentés par les 16 Centres Hospitaliers de Références Régionales (CHRR), les 6 Centres Hospitaliers Universitaires et 14 Établissements Spécialisés (ES). Ce sont des établissements réservés pour les consultations externes de référence et les examens complémentaires en vue de confirmation de diagnostic et de conduite à tenir et pour les actes médicaux et chirurgicaux spécialisés des cas graves ou compliqués.

Les Centres de Santé de Base I et II :

Le secteur public et en particulier les établissements de soins de santé primaire (CSBI et CSBII) offrent la majeure partie des soins de santé dans le pays, en particulier dans les zones rurales. Plus de 30% des premiers contacts avec le système de santé s'effectuent au niveau des établissements publics de soins de santé primaires dans les zones urbaines, ce pourcentage étant de 70% dans les zones rurales.

Les CSB I et II se composent de :

Tableau 0-1: Nombre moyen de personnel par Centre de Santé de Base dans les zones rurales - urbaines et selon les normes nationales

		Tous les employés	Employés qualifiés	dont médecins	Nombre d'obs.
Urbain					
	CSB II	11.5	6.5	2.3	54
	Ensemble	10.9	6.2	2.2	57
Rural					
	CSB I	2.5	0.8	0.0	24
	CSB II	4.1	1.9	0.9	72
	Ensemble	3.7	1.6	0.7	96
Ensemble des CSB		6.4	3.3	1.2	153
Nombre de Personnels					
	CSBI	5.0	2.0	0.0	
	CSBII	9.0	4.0	1.0	

C'est en zone rurale que le manque d'employés qualifiés se fait le plus sentir : en CSB II on recense 1,9 personne quand les normes préconisent 4 personnes.

Selon le MAP (Madagascar Action Plan) « Il est aussi prévu de porter le taux d'accouchement dans les services de santé à 50 % en 2012. Cependant, si les tendances dans le passé continuent à prévaloir, et si des efforts et des ressources supplémentaires ne sont pas mobilisés, il sera impossible d'atteindre ces objectifs. A titre d'illustration, le taux d'accouchement dans les centres de santé a légèrement baissé de **34 pour cent à 32 pour cent entre 1997 et 2004.** »

« Pour atteindre un taux plus élevé de survie maternelle, le pourcentage de femmes recevant des soins prénatals doit augmenter, ainsi que **le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié.** La faible demande en soins de santé maternelle, particulièrement les accouchements assistés par un personnel qualifié, est due **au manque de personnel compétent (ex : les sages-femmes) et d'équipement obstétriques.** »

« **Manque de personnel de santé qualifié.** Le nombre insuffisant de personnel de santé qualifié, particulièrement les infirmières et les sages-femmes constituent un défi majeur pour la fourniture de services de qualité. Avec 33 infirmières pour 100.000 habitants, le ratio à Madagascar est l'un des plus faibles en Afrique sub-saharienne. En outre, l'absentéisme élevé du personnel de santé a un impact négatif sur la prestation de services. Plus d'employés doivent être recrutés, et les **programmes de formation initiale et continue revitalisés pour améliorer la situation.** »

(Source : RAPPORT No.: 38687 - MG Madagascar
Revue de Dépenses Publiques Réalisation du Madagascar Action Plan: Analyse pour des Résultats Volume II: SANTE 28 juin 2007).

Annexe 2

Source AMPR Mada (Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar)

Auteurs : B. ANDRIAMASINORO⁽¹⁾, N. RABESANDRATANA⁽²⁾, P. RANDAOHARISON⁽²⁾, A. ANDRIAMIANDRISOA⁽²⁾, D. ANDRIANARIMANANA⁽³⁾

Adresses : (1) Service de Rééducation Fonctionnelle, CHU de Mahajanga
(2) Complexe Mère-Enfant, CHU de Mahajanga (Unité Néonatalogie, Unité Gynéco-obstétrique, Unité Mère)
(3) Service de Pédiatrie, CHU de Mahajanga

Introduction

L'IMC ou paralysie cérébrale est l'une des causes les plus courantes de multiples déficiences chez l'enfant. L'incidence de cette affection en fait un réel problème de santé publique.

Nous nous proposons d'évaluer les facteurs de risque prénatals et d'anoxie néonatale, chez des enfants et adolescents paralysés cérébraux consultés dans le Service de Rééducation du CHU de Mahajanga pour pouvoir en tirer des recommandations sur la prévention.

Matériels et méthodes

Une revue des dossiers des patients paralysés cérébraux vus en consultation de 2011 à 2013 a été effectuée.

Résultats

Parmi nos 154 consultations, 57,15% étaient des garçons, l'âge de la première consultation variait de 6 mois à 13 ans avec une moyenne de 3,5 ans. L'âge de la mère variait entre 14 à 51 ans (moyenne 21,5 ans), et 63,63% étaient des primipares. La **CPN était non faite chez 38,32% des mères, 29,97% accouchaient au CSB et 1,30% au CME**. Concernant l'antécédent à la naissance de l'enfant, 28,57% étaient des prématurés, 24,67% de faible poids de naissance et 26,63% étaient nés avec dystocie.

Discussion

Les grossesses précoces, l'absence de CPN (Consultation pré-natale), la prématurité, **les accouchements en dehors des formations sanitaires et/ou non assistés par un personnel formé**, les accouchements dystociques, sont autant de facteurs de risque encore malheureusement trop souvent rencontrés à Madagascar. En effet, les données de l'EDSMD-IV 2008-2009 confirment cette situation ; dans seulement un peu plus d'un tiers des cas (35%), les femmes Malagasy ont accouché dans un établissement de santé, et le **taux de naissances ayant bénéficié d'une assistance par un personnel de santé formé n'est que de 44%**.

Conclusion

La prévention de la paralysie cérébrale est primordiale pour en réduire l'incidence. Une conscientisation de la population, des accoucheuses traditionnelles et des prestataires des maternités sur cette problématique est nécessaire. La prévention chez l'enfant est axée sur la surveillance de la santé de la mère et de l'enfant depuis la grossesse, pendant l'accouchement, jusqu'aux soins post-natals et continue encore après, chez l'enfant en bas âge.

L'absence de suivi des nouveau-nés à risque retarde le dépistage et le diagnostic. Il est nécessaire de renforcer la collaboration entre les médecins assurant les soins des nouveau-nés à risque de paralysie cérébrale et ceux de la Rééducation Fonctionnelle.

Annexe 3

Source AMPR Mada (Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar)

Aspect épidémiologique-clinique de l'infirmité cérébrale vue dans le service de rééducation fonctionnelle HJRA

Auteurs : Rumaux Pagathe FS, Ranaivondrambola M, Rakotovao ER, Rajaonarison BH, Tehindrazanarivelo AD

Adresse : Service de Rééducation Fonctionnelle HJRA (Antananarivo)

Introduction

L'infirmité cérébrale motrice est un trouble moteur non progressif secondaire à un défaut ou à une lésion sur un cerveau en maturation. L'objectif de ce travail est de décrire l'aspect épidémiologique-clinique de l'IMC afin d'améliorer sa prise en charge.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective en 5 ans allant du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2012, sur les enfants de 0 à 15 ans vus en consultation dans le service de Rééducation Fonctionnelle HJRA pour IMC.

Résultats

Sur les 5429 patients vus en consultation, nous avons pu recenser 412 enfants IMC (7,59%), elle constitue 32,26% des consultations des enfants de 0 à 15ans. Les étiologies en période péri-natale et post natale sont les plus évoquées dont **43% ont présenté une anoxie néonatale**, 39,3% ont un antécédent de crise convulsive, **10,2% d'antécédent d'ictère néonatal**, 6,6% de méningites, la prématurité ne concerne que 12,9% des enfants IMC. Le sexe ratio est de 1,36 en faveur des garçons, avec une fréquence d'âge de 1 mois à 13 ans. L'âge de découverte de l'IMC est essentiellement vers l'âge de 1 mois. Les premiers nés sont les plus touchés (66,3%). De nombreuses pertes de vue ont été répertoriées (45,9%).

Discussion

La prévention et le dépistage précoce de l'IMC chez les enfants à risque s'avèrent nécessaires pour pouvoir prendre en charge plus précocement l'enfant.