

LE JOURNAL
DES AMIS COMTOIS
DES MISSIONS CENTRAFRICAINES



N°25
Septembre 2006

Les amis comtois des missions Centrafricaines
6 rue du Palais
25 000 Besançon

Edito :

Encore une rentrée ! Nous espérons que vous avez profité de vos vacances au mieux et que vous êtes en pleine forme pour affronter cette reprise. Quelles sont les nouvelles de notre association ?

Le 15 octobre aura lieu l'assemblée générale de notre association à Reugney. Ce sera l'occasion de nous retrouver et de pouvoir discuter des projets en cours. Nous espérons vous voir nombreux.

A part cela, nous avons ramené, de la dernière mission chirurgicale des articles, écrits par l'équipe, afin de vous faire partager leurs impressions.

Pour la première fois confrontée à un enfant complètement dénutri, Stéphanie, notre anesthésiste secrétaire, nous relate le choc ressenti et les solutions mises en place en Centrafrique, pour lutter contre la malnutrition.

Pour rester dans le domaine de l'enfance, le Dr F. Lassaue nous a fourni les protocoles anti-douleur tant attendus ! Même si les explications sont très techniques, cela aidera grandement les futurs anesthésistes qui partiront en mission avec le Pr. Onimus. Nous tenons à la remercier pour le temps qu'elle nous a consacré.

Ensuite, nous avons rencontré des gens formidables, comme Rosa, laïque Combonienne, qui nous explique son engagement, ses envies, sa vie en Centrafrique, et sa mission à Mongoumba. Ainsi que Zophia, médecin polonaise, qui fait partie du mouvement charismatique, et qui nous a suivi pendant plusieurs jours, pour se former auprès du Pr. Onimus. Cette femme nous a insufflé son énergie, sa bonne humeur et sa foi inébranlable tout au long du parcours. Nous tenons à tous les remercier pour nous avoir donné tant de joie durant cette mission.

Quant à Michelle Onimus, elle a beaucoup travaillé avec les associations locales : « La Voix du Cœur » ou « Les Enfants de la Rue » à Bangui ou encore les usagers du Centre Culturel Catholique de Berbérati. Elle nous a ramené ses impressions, lors de ses visites. Elle a aussi travaillé sur l'histoire de Centrafrique. Vous pourrez ainsi retrouver dans ce journal, la vie de Barthélemy Boganda et son parcours politique, ainsi que les paroles de l'hymne officiel de Centrafrique.

Espérant que vous apprécierez votre lecture,

Bonne rentrée à tous !

Photo : hôpital de Berbérati.



La malnutrition en Centrafrique:

En France, on pense souvent que les photos d'enfants squelettiques proviennent de pays en guerre ou de camps de réfugiés. Pourtant en Centrafrique, pays au climat politique parfois tendu, on peut toujours trouver de la nourriture. La saison sèche, cette année, ne l'a pas vraiment été, et il a plu régulièrement. Les mangues, les avocats, les papayes et les bananes se cueillent par dizaines. Malgré tout la dénutrition existe vraiment.

Nous avons croisé à Berbérati, lors de notre dernière mission, un bébé de 8 mois, dans un état plus que critique. Dire qu'il n'avait que la peau sur les os est insuffisant. Les yeux fixes, vides, qui ne nous suivent pas du regard ; la peau fripée, pendante autour des os des bras et des jambes ; un visage de prématuré, comme vieilli... Ce bébé pesait à peine 3 Kg avant que sœur Bénédicte ne le prenne en charge. Après quelques heures de réhydratation en intraveineux (dans la veine sous Clavière, car les autres veines périphériques étaient introuvables), le bébé a commencé à revivre sous nos yeux ; On pouvait capter une étincelle dans son regard... Evidemment, nous ne connaissons pas le contexte familial de cet enfant, et heureusement, rencontrer de tels enfants est rare.



Néanmoins, la nourriture principale en Centrafrique est le manioc. Or, celui-ci a peu de valeur nutritive. Les enfants sont donc souvent carencés en protéines, vitamines et oligoéléments. Les écoles ou les centres de rééducation tenus par les Sœurs, offrent souvent aux petits (et aux plus grands) une sardine à l'huile, dès leur arrivée. Sœur Stephania, de la congrégation des Sœurs de la Charité, est devenue une spécialiste. Avant chaque rééducation, l'enfant commence à manger sa sardine, parfois accompagné de légumes verts.

A la Safa locko, Sœur Thérèse préfère...les crevettes ! Elles prolifèrent dans l'Oubangui, elles ont la taille d'un pouce et on en trouve de pleines bassines au marché. Notre équipe a d'ailleurs eu l'honneur, cette année, de ramener une bassine de crevettes séchées de Berbérati à Bangui, où Soeur Thérèse devait les récupérer. Auparavant, les crevettes nous avaient attendu 2 jours, à l'abri au centre de rééducation, mais parfumant « délicatement » les salles de consultations... Néanmoins, réduites en poudre, et ajoutées à l'alimentation courante, elles apportent beaucoup de protéines.

Autre méthode, encore plus traditionnelle, et centrafricaine.... Les chenilles!! Cuites, stockées pour l'année en tonneaux, elles sont encore énormément utilisées dans tout le pays. La saison des chenilles se situe plutôt en août, septembre, et elles sont grandement appréciées. Aucun de nous n'a encore eu le courage d'essayer...

A Bossembélé, Sœur Evelyne fournit aux enfants de la Spiruline. Cette algue est cultivée en bassin. Chaque mission peut s'équiper, bien sûr, mais cela revient cher, et les algues demandent une attention régulière. Mais les sœurs en sont assez contentes; réduites en poudre, ces algues constituent un complément appréciable.

Dernièrement, nous avons rencontré le Dr Ione Bertochi, responsable de l'ASSOMESCA (association des œuvres médicales pour la santé en Centrafrique). Elle nous a rapportée qu'il existe un nouveau protocole pour traiter les enfants dénutris. D'abord, donner des antibiotiques, car le processus commence souvent par une infection. Ensuite, apporter en petite quantité, mais régulièrement, les oligoéléments indispensables à la vie (cuivre, sélénium, lithum,...), mais peu trouvables dans l'alimentation centrafricaine. Ce traitement serait bientôt disponible à Bangui (grâce à l'UNICEF), sous forme de yaourt à boire.

A chacun sa méthode, « l'important, c'est que ça marche » !!

Stéphanie Moreau.

Malnutrition, les explications médicales :

Par MSF :

QU'EST-CE QUE LA MALNUTRITION ?

La faim est une alerte, elle apparaît dès le premier jour d'un jeûne, suite à des signaux (hormonaux et neuronaux) venant du corps, par exemple quand l'estomac est vide et que le niveau de sucre dans le sang baisse. La malnutrition est le résultat d'une adaptation.

Passé le temps de l'alerte, après une insuffisance en apport alimentaire sur une période prolongée, le corps modifie son fonctionnement pour consommer moins d'énergie. Cela entraîne un ralentissement du développement. La **malnutrition chronique** peut être modérée ou sévère selon la gravité des retards. L'indicateur le plus spécifique est alors la taille relative à l'âge. Des symptômes spécifiques liés à des déficiences, comme l'anémie (manque en fer ou d'autres micro nutriments), le goitre (manque d'iode) et la xérophtalmie (manque en vitamine A) mais aussi le scorbut, la pellagre (lésions cutanées, troubles digestifs et nerveux), le beri-beri (manques en vitamines B) et le rachitisme (manque en vitamine D) sont des syndromes cliniques associés à la malnutrition.



Niger, 2004 – Prise en charge d'un enfant atteint de marasme

© Julien Poublan

modérée. En dessous de 70% de la médiane, il s'agit de malnutrition sévère. Une autre mesure anthropométrique fréquemment utilisée chez les enfants dans des situations de crise est la circonférence du bras, à mi-chemin entre l'épaule et le coude (périmètre brachial). En dessous de 120 mm, l'enfant souffre de malnutrition aiguë.

Le **marasme** et le **kwashiorkor** sont les deux formes cliniques de la malnutrition aiguë. Les personnes souffrant de marasme sont extrêmement maigres. Celles qui souffrent de kwashiorkor sont, au contraire, couvertes d'œdèmes. Dans ce cas de figure, le fait que le corps consomme ses propres ressources modifie toutes les fonctions du corps, notamment l'équilibre cellulaire. L'eau, contenue dans les cellules, migre de façon différente dans le corps et crée des œdèmes, des poches d'eau. La peau qui est extrêmement déshydratée chez tous les malnutris, éclate sous la pression, et forme des ulcères caractéristiques. Parfois l'enfant présente les deux formes cliniques en même temps.



Niger, 2004 – Enfant souffrant de marasme, pris en charge au CNT de Maradi - © Julien Poublan



Thaïlande, 1979 – Enfant malnutri atteint de kwashiorkor - © MSF

» QUELLES SONT LES CAUSES DE LA MALNUTRITION ?

La malnutrition est **l'inadéquation de l'alimentation en quantité et/ou en qualité par rapport aux besoins nutritionnels d'un individu**. Malnutrition et maladies sont très souvent associées, la pauvreté de l'alimentation rendant plus vulnérables aux infections. Très souvent, petites quantités,

faible qualité de nourriture et maladies sont cumulées.

La découverte du rôle crucial des micronutriments, au début des années 1990, porte l'accent sur la qualité de l'alimentation, parallèlement à la quantité. Les carences en micronutriments tels que les sels minéraux, les métaux en traces (magnésium, zinc, etc.) et les vitamines sont fréquentes dans les alimentations peu diversifiées (régime céréales-tubercules) d'une grande partie de la population mondiale.

L'absence de ces nutriments essentiels au bon fonctionnement de l'organisme dans les aliments à disposition, quelles que soient les quantités consommées, est particulièrement néfaste pour les enfants en pleine croissance. Certains micronutriments, même s'ils n'entraînent pas de signes cliniques spécifiques en cas de carences (ce qui a parfois été appelé « la faim cachée »), sont néanmoins cruciaux. Toute tentative de soigner la malnutrition par un régime dans lequel un des nutriments est limitant sera compromise, quelle que soit la teneur en calories et en protéines. Par exemple, les céréales manquent de plusieurs traces de métaux ainsi que de soufre.

Cette différence entre la faim et la malnutrition explique pourquoi, dans un contexte de crise alimentaire, les enfants sont les premières victimes. En phase de croissance, ils sont particulièrement sensibles à une baisse de la qualité et de la quantité des aliments. Ensuite, les enfants sont les plus sensibles aux infections (système immunitaire en développement, corps et organes moins développés). Enfin, leurs réserves (gras du corps et muscles) sont beaucoup plus réduites que celles d'un adulte.

» QUELLE EST LA SOUFFRANCE LIÉE À LA MALNUTRITION ?

Le manque d'aliments entraîne une perte importante d'énergie, une grande fatigue. Petit à petit, la personne devient apathique, elle ne réagit plus. À force de privations, l'estomac s'atrophie et n'accepte plus que des quantités de nourriture de plus en plus faibles. Tous les mécanismes liés aux sensations comme l'envie de manger ou au contraire l'impression de satiété, qui sont gérés par le volume gastrique, s'émeussent. Les personnes souffrant de malnutrition sont si faibles qu'elles ne ressentent plus les sensations de faim ou de soif et sont souvent déshydratées.

Mais **cette extrême faiblesse n'anesthésie pas pour autant la capacité de souffrir**. Chaque mouvement est douloureux car les muscles sont atrophiés. La douleur est également liée à la peau qui craquèle sous l'effet de l'intense déshydratation des tissus. Sans compter les souffrances liées aux infections. Davantage fragilisées, les personnes souffrant de malnutrition sont susceptibles d'attraper toutes



Niger, 2003 - Enfant pris en charge au CRENI MSF de Maradi - © J.M Giboux

sortes de maladies. Des champignons, par exemple, se développent très souvent sur les parois du tube digestif. Déglutir devient alors une épreuve très douloureuse.

» COMMENT SOIGNE-T-ON LA MALNUTRITION AIGUË ?

Il ne faut surtout pas chercher à ce que l'enfant mange le plus possible mais **apporter à l'organisme un maximum d'éléments énergétiques dans un minimum de volume**. Dans tous les cas, il est essentiel également de **traiter rapidement et efficacement les infections associées** à la malnutrition (paludisme, infection respiratoire et diarrhées).



Ethiopie, 2003 - Distribution de lait thérapeutique au CNT de Boditi
© Kurt Tonini

Pour les cas les plus graves, il est essentiel de passer par une première phase de stabilisation avec un apport en aliments spécialisés réduit. L'important est que le poids cesse de chuter et que les perturbations métaboliques soient corrigées. La diète est adaptée à ce que l'enfant peut tolérer : de petites quantités d'aliments thérapeutiques entre six et huit fois par jour. L'enfant est hospitalisé dans un centre de nutrition intensive.

Pour la majorité des enfants malnutris, qui ont conservé de l'appétit malgré leur état de dénutrition, il est possible d'entamer immédiatement la phase de croissance rapide. L'objectif est de leur faire prendre

du poids, grâce à une alimentation équilibrée en énergie et en micronutriments. L'enfant suit le traitement à domicile. Les nouveaux produits conçus à cet effet offrent une présentation idéale, en sachets individuels et ne requièrent aucune cuisson ni ajout d'eau, ce qui limite les possibilités de contamination.

» MOURIR DE FAIM, UNE EXPRESSION OU UNE RÉALITÉ ?

Théoriquement, il est possible de mourir de faim quand la consommation de ses propres tissus ne permet plus d'apporter l'énergie ou les composants nutritionnels spécifiques essentiels à la survie. En réalité, **la plupart des décès associés à la malnutrition sévère** surviennent avant ce stade, et **sont causés par des maladies ou des complications métaboliques** (insuffisance rénale ou cardiaque, dysfonctionnement du foie, etc.).

Mais **s'il reçoit un produit thérapeutique efficace, un enfant souffrant de malnutrition aiguë a de très grandes chances de guérir**. Et contrairement à la malnutrition chronique, il n'est pas prouvé que la malnutrition aiguë entraîne des séquelles, si l'enfant n'est pas victime de complications avant ou pendant son parcours de réhabilitation.

UN PRODUIT À L'EFFICACITÉ PROUVÉE

Ce produit existe ! Facile à utiliser, efficace et permettant le rétablissement des enfants dénutris sans hospitalisation, c'est lui qui a permis à MSF d'admettre un nombre record de patients dans ses programmes alimentaires au Niger en 2005. L'introduction des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF) il y a plus de 5 ans ouvre des perspectives plus que prometteuses dans le traitement de la malnutrition à très grande échelle. Ces produits riches en nutriments se présentant sous la forme d'une pâte énergétique prête à l'emploi n'exigent ni préparation ni addition d'eau, ne peuvent être contaminés et sont élaborés pour permettre un gain rapide de poids. Ils sont adaptés aux enfants dénutris qui ont perdu l'appétit et dont les petits estomacs ont besoin de consommer de grandes quantités de calories. Ces différentes vertus font que les RUTF se prêtent à un suivi médical considérablement allégé et permettent, dans la plupart des cas, d'éviter l'hospitalisation. Les mères comprennent immédiatement la nature thérapeutique du produit et leurs enfants gravement dénutris peuvent prendre 1 à 2 kilos en quelques semaines.

Les résultats médicaux que nous avons obtenus au Niger en 2005 auprès d'un très grand nombre d'enfants sont exceptionnels. Plus de 91% des patients (soit 34247 enfants) souffrant de malnutrition sévère admis dans notre programme de Maradi ont été guéris, dans une durée moyenne d'un mois. Plus de 65% ont été suivis directement en ambulatoire, à raison d'une consultation par semaine, et la majorité n'a jamais eu à subir d'hospitalisation. Près de 85% des patients ont finalement terminé leur traitement en tant que patients externes. Seuls les enfants souffrant de complications telles que l'anorexie, la perte de poids, une infection grave ou l'anémie ont été admis dans nos centres hospitaliers de Maradi. Parmi eux, nous avons eu à déplorer un millier de décès. Toutefois, plus de 6.200 patients en sont sortis guéris ou ont réintégré un programme de soins externes après avoir passé moins de 2 semaines à l'hôpital.

» APPORTER UNE RÉPONSE MÉDICALE DÈS AUJOURD'HUI

A l'évidence, les initiatives d'éradication des causes sous-jacentes de malnutrition sont essentielles et doivent être soutenues. Toutefois, les nouveaux produits thérapeutiques et les stratégies de traitement sans hospitalisation permettent d'offrir un traitement efficace DÈS AUJOURD'HUI à beaucoup plus de patients, y compris dans les situations de faim chronique qui génèrent le plus grand nombre de cas de malnutrition aiguë et de décès liés à celle-ci. A cette fin, les RUTF doivent être largement diffusés et plus accessibles, à un prix beaucoup moins élevé. Il n'y a aucune raison que cela ne puisse se faire. La malnutrition aiguë ne peut plus être perçue exclusivement comme une fatalité tragique exigeant des initiatives à long terme et des solutions durables. Elle peut désormais être traitée de manière simple, efficace et moins coûteuse, et doit donc être considérée comme une maladie négligée, très répandue, souvent fatale appelant une réponse médicale immédiate.

Docteur Milton Tectonidis, MSF.

Articles tirés du dossier spécial « Malnutrition », site de MSF, newsletter de juillet 2006.

Les « remèdes de Grand-mère » centrafricains :

Après s'être renseigné sur les traitements traditionnels pour les enfants dénutris, nous avons recherché quels étaient les autres traitements, pratiques, futés, efficaces, utilisés en Centrafrique, et qui, parfois, peuvent remplacer les médicaments trop chers pour ce pays. A cette fin, nous avons feuilleté le livre du Dr Pierre SAULNIER, prêtre des Missions Africaines de Lyon et docteur en ethnologie, qui réside en Centrafrique depuis 1977. Son livre : « **Plantes Médicinales et Soins en Afrique** » réédité aux éditions SEPIA est une mine d'or. Il permet de traiter du simple mal de tête, à la méningite ou la crise de drépanocytose (malformation des globules rouges, entraînant des douleurs insupportables).

Le plus étonnant dans ce livre, c'est l'utilisation extraordinaire que l'on peut faire de la papaye. Fraîche, bien mûre, elle soigne la constipation. Pour faire passer les maux de tête, il faut : « *faire sécher les feuilles de papayer au dessus du feu. Réunir les feuilles en couronne épaisse que l'on porte sur la tête dans un foulard durant la journée.* » Autre utilisation, pour faire cicatriser les blessures, il suffit de prendre une feuille propre et l'appliquer directement sur la plaie, et de la renouveler régulièrement. Contre les maux de ventre et les affections uro-génitales, il faut faire bouillir de l'écorce de papaye dans un litre d'eau et boire cette décoction matin et soir. Enfin, la papaye peut soigner la jaunisse, la toux, les dermatoses, le paludisme, les ascaris,...

Autre pathologie, autre traitement :

-Pour réhydrater un patient après une forte diarrhée : « *prendre du charbon de bois cassé en petit morceaux. Le laver, le réduire en poudre et le laisser sécher au soleil. Conserver la poudre dans une boîte bien fermée. Enfant : 1 càc 2 fois par jour. Adulte : 1 càc 4 fois par jour.* »

-Contre les vomissements : « *prendre une càc de cendre blanche du foyer. Mélanger dans un demi verre d'eau. Laisser macérer une demi heure. Filtrer dans un linge et tout boire doucement avec une petite cuillère. Traitement valable pour tous, y compris femmes enceintes et nourrissons.* »

-Contre les escarres ou ulcères cutanés : « *nettoyer la plaie, saupoudrer la totalité de la plaie avec du sucre ou du miel et mettre un pansement protecteur (feuille de papayer).* » Ce traitement a, aussi, été utilisé dans les hôpitaux français.

-Contre la toux : « *prendre 3 oignons, 3 cuillères à soupe de miel. Trancher les oignons et les faire bouillir doucement avec le miel dans un demi-litre d'eau durant une heure. Filtrer et conserver dans une bouteille. Enfants (6 mois à 3 ans) : 1 càs 3 fois par jour. Enfants (3 à 10 ans) : 1 càs 3 fois par jour. Adultes : 1 càs 4 fois par jour. »*

-Contre l'hypertension artérielle : « *Prendre chaque matin une a deux gousses d'ail ».*

Bien sûr, toutes ces recettes sont à prendre avec précaution et ne nous empêche pas de consulter un médecin dès que la situation l'exige. Mais, il est vrai que certains traitements décrits dans le livre du Dr SAULNIER ont déjà été testés par des Sœurs missionnaires en Centrafrique, avec succès !

Stéphanie Moreau.

Photo : Papayer !



La douleur post opératoire et chronique chez l'enfant

Notions générales et état des lieux :

La douleur a été interprétée jusqu'au début du siècle dans nos sociétés comme une vengeance divine. Selon la religion chrétienne, il fallait la considérer avec abnégation, voire comme un phénomène positif en référence aux souffrances du Christ.

Le corps médical l'a souvent considérée comme utile. Sans la perception des douleurs, les blessures seraient fréquentes et la mort rapide. Qui plus est, faire disparaître la douleur peut masquer un signe indispensable au diagnostic tel la contracture des muscles abdominaux caractéristique de la péritonite. Mais la douleur effraie. Et depuis l'Antiquité, les hommes, pour atténuer ses douleurs, ont élaboré des drogues à partir des plantes en particulier dans les abbayes où l'on avait créé des jardins médicaux (jardin de simples). Ce n'est qu'après la Seconde guerre mondiale que les chirurgiens se sont rendus compte que la douleur pouvait aggraver l'état du patient. Ainsi, l'alitement augmente le risque de phlébite, les douleurs secondaires aux interventions abdominales et thoraciques diminuent l'ampliation des mouvements respiratoires et entraînent des surinfections, les douleurs suraiguës modifient les constantes biologiques et aggravent l'état de choc.

Les douleurs de l'enfant furent davantage minimisées. À ce stade, on peut parler d'un véritable déni du corps médical, déni aggravé par une croyance infondée en l'oubli et par la difficulté de quantifier la douleur. En 1980, on proposait encore comme mode d'anesthésie de l'enfant, une intubation vigile associée à des curares pour empêcher tout mouvement.

Ce n'est qu'en 1985, grâce aux travaux du Dr. Anand, que le corps médical s'est rendu compte que la douleur entraînait de nombreuses modifications du système endocrinien susceptibles d'affaiblir l'état de l'enfant. On sait aujourd'hui que l'enfant n'oublie pas les douleurs qu'il a subies pendant les premiers jours de sa vie.

La douleur a fini par préoccuper les décideurs politiques. En France, un décret de 2002, incite les infirmiers à participer à la lutte contre la douleur et une circulaire pose les objectifs d'un programme national. La douleur des enfants, la prise en compte des douleurs de fin de vie constitue désormais des priorités. Un nouveau plan (2006 - 2010) vient d'être édité.

Les enfants que nous opérons en Centrafrique souffrent comme tous les autres. Les douleurs consécutives à la chirurgie orthopédique sont particulièrement intenses car les tendons sont mis à rude épreuve et les mouvements, en post opératoire, sont limités.

Les enfants peuvent comme les adultes présenter des douleurs chroniques non liées à la chirurgie.

Les valeurs et les croyances africaines modifient encore l'évaluation de la douleur par les parents.

L'évaluation de la douleur aigue.

Cette évaluation est indispensable pour prescrire des médicaments et pour apprécier les résultats. Il existe plusieurs échelles de douleur. Toutes cotent de un à dix avec une douleur faible de 3 à 5, une douleur moyenne de 5 à 7, et une douleur forte supérieure à 7. On dispose actuellement d'échelles d'hétéro évaluation, ce n'est pas le petit patient qui évalue la douleur, mais le soignant. La plus connue est l'échelle de C.H.I.P.P.S

CRIS, PLEURS
0 : pas de pleurs
1 : gémissements
2 : hurlements
EXPRESSION FACIALE
0 : détendue, souriante
1 : bouche grimaçante
2 : grimace (bouche et yeux)
POSITION DU CORPS (tronc)
0 : normale, tranquille
1 : corps en mouvement, bouge
2 : corps arqué, en hyper extension
POSITION DES JAMBES
0 : sans particularité, relâchées
1 : donne des coups de pieds
2 : jambes tendues, raides
AGITATION MOTRICE
0 : aucune
1 : modérée
2 : très agité

Traduction Ch Ricard, A Gauvain-Piquard, Pédiadol 2002

Chez les plus grands, à partir de 6 ans, on peut utiliser des échelles visuelles analogiques. Sur une règlette, l'enfant montre du doigt où il situe la douleur. On peut utiliser une série de visages qui vont du plus souriant au plus grimaçant. Chez les plus grands, on peut utiliser une échelle verbale simple. L'enfant qualifie sa douleur par des termes simples, absente modérée ou intense, et l'adjectif est converti en variable numérique.

Lorsque les échelles ne sont pas adaptées à l'âge ou à la compréhension, on peut se rapporter aux tests de consolabilité. La douleur a toujours une composante psychologique qu'il ne faut pas sous-estimer. On étudie ainsi la cause des cris et des pleurs.

Besoin d'une présence : La douleur diminue lorsqu'on prend l'enfant dans ses bras ou lorsqu'on le berce.

Membres entravés : La douleur diminue lorsqu'on libère l'enfant.

Soif et Faim : La douleur diminue lorsqu'on donne à boire à l'enfant.

Besoin de succion : Le pouce et la sucette.

La propreté : Veiller à ce que sa couche soit propre.

La séparation parentale : Présence d'un doudou ou d'un objet ayant l'odeur caractéristique de la mère. Cette dernière composante n'a pas de sens en Afrique car la mère est toujours près de l'enfant. Lorsqu'il souffre beaucoup, elle ne cesse de le tenir dans ses bras. L'enfant se remet moins vite de l'intervention si il est orphelin de mère - bien qu'une cousine, une tante, etc. assume ce rôle¹.

L'évaluation de la douleur chronique (qui dure longtemps)

Pour juger la douleur chronique, on estime ses répercussions sur les activités de base.

Bouger

Jouer

Parler ou Communiquer

Apprendre

Manger

Dormir

L'usage des médicaments

Ce chapitre s'adresse surtout à nos ami(e)s anesthésistes. Nous espérons qu'ils pourront contacter, lors des prochaines missions chirurgicales, l'Unité Centrale du médicament à Bangui pour connaître la liste des produits disponibles et qu'ils pourront par la même nous renseigner sur leur prix.

On distingue parmi les médicaments trois paliers :

- palier 1 : effets secondaires très modérés et effet plafond (au-delà d'une dose donnée il n'y a plus d'effet supplémentaire)
- palier 2 : effets secondaires importants, effet plafond
- palier 3 : il n'y a plus d'effet plafond mais les effets secondaires sont très marqués. Le médicament de référence du palier 3 est la morphine, alcaloïde extrait de l'opium de pavot, synthétisée en 1952. Les effets secondaires, sont les nausées et vomissements, la constipation, les hallucinations, et les troubles respiratoires pouvant entraîner la mort.

¹ Merci à la Sœur Marie-Monique de Kouango pour ces informations.

Proposition de protocoles Antalgiques :

Enfant non perfusé

Palier 1 :

PARACETAMOL EN DOSE DE CHARGE:

Indications :

- urgences chirurgicales sans restriction d'emploi
- soins douloureux médicaux

Posologie :

30 mg/kg suivi de la posologie habituelle de 15mg kg/6h par voie orale ou rectale

Délai d'action de 15 à 30mn

NALBUPHINE:

0,4 mg/kg /4 à 6h par voie rectale, la voie orale aux mêmes doses n'a pas été testée

0, 2 mg/kg/4 à 6 h par voie sous-cutanée

CODEINE:

1mg/kg/8h par voie orale en sirop ou utiliser les paracétamol codéiné en sachant diviser les sachets effervescents (paracétamol 500 mg et codéine 30 mg) ou les comprimés (paracétamol 400mg et codéine 20 mg) en fonction du poids de l'enfant: se baser sur la dose de paracétamol habituelle et non sur la dose de codéine.

Sauf si dose de charge de paracétamol (30mg/kg), la dose suivante de paracétamol devra être de paracétamol simple puis reprendre le paracétamol-codéiné pour la dose suivante

TRAMADOL

1 à 2 mg/kg 3 à 4 X/24h

(tramadol gouttes, tramadol LI , tramadol LP , tramadol et paracétamol)

Efficacité douleurs nociceptives et douleurs neurogènes du fait de sa double action opioïde et mono-aminergique

MORPHINE ORALE A ACTION IMMEDIATE :

Les formes sirop sont disponibles en différents dosages

-sirop à 5 mg/ml

-ou préparer à partir d'une ampoule injectable une forme à 1 mg/ml

diluer une ampoule de 1 ml (10 mg) dans par exemple 10 ml de sérum glucosé, on obtient si un sirop à 1 mg/ml, tout à fait adaptée aux petits et permettant une titration

La posologie efficace habituelle per os en post-op :

-0,1 mg/kg en dose de charge soit en post-op immédiat

-suivi d'administration toutes les 4 heures de 0,04 mg/kg

MORPHINE SOUS-CUTANEE :

100 ug/kg (soit 0,1 mg/kg) en dose de titration, à renouveler toutes les 4 h, soit 600 ug /kg/24 h (0,6 mg/kg/24h)

On peut augmenter la posologie à 150 ug/kg (0, 15mg/kg) toutes les 4 h, soit 900 ug/kg/24 h (0,9 mg/kg/24h)
L'administration de morphine à heures fixes, n'entraîne pas de dépendance.

LES ANTI INFLAMATOIRES:

Efficacité certaine en post-op de chirurgie orthopédique en association avec paracétamol et morphinique.

La synergie d'action entre ces 3 médicaments est reconnue

Les produits les plus courants sont:

- l'acide niflumique (Nifluril*) à la posologie de 40 à 80 mg/kg et par 24h en 2 prises par voie rectale
 - l'ibuprofène (nombreuses spécialités) à la posologie de 20 à 30 mg/kg et par 24h en 3 prises par voie orale
 - le diclofénac (Voltarène*) à la posologie de 2-3 mg/kg/24h par voie orale
- Les anti inflammatoires sont des produits plus chers que les précédents.

EN CONCLUSION

Paracétamol + codéine

Ou paracétamol + nalbuphine

Ou paracétamol+ tramadol

Ou paracétamol + morphine

Les anti-inflammatoires peuvent être associés pendant 24-48h pour ces 4 propositions de protocoles car synergie d'action: palier 1 + palier 2 ou 3 + AINS

Proposition de protocoles antalgiques :

Enfant perfusé

PARACETAMOL EN DOSE

DE CHARGE:

30 mg/kg suivi de la posologie habituelle de 15 à 20mg/kg/6h

Délai d'action de 10 mn.

NALBUPHINE:

0,2 mg/kg /4 à 6h

MORPHINE:

10ug/kg (soit 0,01 mg/kg) (à renouveler si besoin toutes les 5 mn. (titration) jusqu'à 0,1 mg/kg maximum

Ne pas dépasser 1mg/kg/24h

KETOPROFENE:

1 à 2 mg/kg/24h en 2 injections IVD, 3 jours maximum

SI MORPHINE IV OU SC :

-surveillance de la sédation : l'enfant doit être réveillé ou répondre aux stimulations auditives

-échelle de sédation : .Score de sédation :

-0 : enfant réveillé

-1 : enfant réveillable par stimulations auditives

-2 : enfant réveillable par stimulations tactiles (surdosage)

-3 : enfant non réveillable (surdosage)

Il faut évaluer

-fréquence respiratoire:

> 20 par mn < 2ans

> 15 par mn < 5ans

> 10 par mn < 10 ans

-Saturation en oxygène si disponible

.Spo2 > 94%:

KETAMINE

Agent anesthésique et analgésique

Procure une anesthésie sans nécessité de ventiler l'enfant artificiellement

Pour un geste chirurgical:

-posologie IV : 1 à 2mg/kg/15 minutes

-posologie IM : 3 à 5 mg/kg/15 minutes

-posologie IR : 10 mg/kg/20 minutes

Pour un geste douloureux ponctuel (par ex : réfection de pansement) : 0.5 à 1 mg/kg

Pour éviter les effets dysphoriques de ce produit, l'idéal est d'associer dans tous les cas une benzodiazépine : diazépam (0.1 mg/kg) ou midazolam (0.05 à 0.1 mg/kg) en une seule injection, à renouveler si l'acte dure plus de 30 min.

Merci au Dr Frédérique LASSAUGE, médecin anesthésiste au CHU de Besançon, en pédiatrie pour toutes ces précisions. Nul doute que cela sera très utile aux infirmiers anesthésistes qui partiront pour les prochaines missions.

ROSA, Laïque Missionnaire Combonienne

Je m'appelle Rosa. Je suis née à St Jacques de Compostelle il y a un peu plus de 30 ans, et je vis à Mongoumba depuis Mai 2002. C'est un petit village au Sud de la République Centrafricaine. J'ai rejoint la communauté de Laïcs Missionnaires Comboniens espagnols, qui ont une vocation spécifiquement missionnaire. C'est un mouvement jeune, qui a 15 ans d'existence, et qui cherche la meilleure manière de vivre son identité. Le chemin qui m'a amenée à Mongoumba fut une longue recherche avec deux certitudes : ma vocation chrétienne comme laïque missionnaire et mon désir d'un pays d'Afrique subsaharienne comme lieu de mission. Après mes études pour être Professeur des écoles, j'ai rencontré les Laïcs Missionnaires Comboniens ; c'est ainsi que j'ai pris avec eux le chemin qui m'a menée ici.

Il y a eu d'abord un an de réflexion. En effet si on voit le Laïcat Missionnaire comme une vocation, on comprend que c'est pour toute la vie. Ce n'est pas un temps d'expérience dans un pays « pauvre », mais un appel à partager notre vie avec « les plus pauvres ». Un père Combonien nous accompagne et nous aide dans notre réflexion ; nous devons participer à trois rencontres dans l'année et à celles qui ont lieu un week-end par mois. Après ce temps de discernement, je suis entrée dans le Laïcat Missionnaire combonien pour deux nouvelles années de formation, de prière, de vie commune et de préparation à la mission. J'ai ensuite demandé à partir en Afrique ; il y avait deux communautés installées en Afrique, l'une au Mozambique, l'autre en Centrafrique. Dès que ma demande fut acceptée, j'ai commencé à vivre en communauté avec une autre laïque qui finalement est venue aussi en Centrafrique. Ces années de préparation sont importantes car maintenant que j'ai déjà passé 4 ans en mission, je connais tous les laïcs qui sont en Espagne et cela m'aide à suivre l'histoire du mouvement, les difficultés, les décisions, les nouvelles perspectives. En Espagne actuellement, le défi le plus urgent est d'accueillir ceux qui rentrent et de leur apporter un soutien minimum pour redémarrer, chercher du travail, un logement, un recyclage... surtout lorsque ce sont des couples avec des enfants.

A Mongoumba : la mission se caractérise par la présence de campements pygmées à la périphérie du village. Nous faisons le suivi sanitaire au centre de santé de la mission ; nous faisons également le suivi des élèves des 4 écoles intégrées. Mon travail consiste à superviser ces 4 écoles, avec chacune deux classes, Cours préparatoire I et cours préparatoire II. Dans chaque classe, il y a

un maître qui est un villageois, et un auxiliaire qui est un pygmée. Je prépare la formation des maîtres, j'assure le suivi des programmes, je procure du matériel scolaire et pédagogique, je coordonne le travail de sensibilisation. Ce qui complique le suivi, c'est le caractère semi-nomade de la population pygmée, qui se déplace assez souvent, même si ce n'est pas très loin. Cela gêne l'assiduité des enfants à l'école. Nous comptons sur les maîtres auxiliaires pour tenter d'accompagner ces enfants dans leur scolarisation, en espérant que ces maîtres assurent la continuité des apprentissages. Nous travaillons aussi avec les femmes, surtout au niveau de l'alphabétisation des adultes et de la mise en place d'associations agricoles. Nous n'oublions pas que nous sommes envoyées ici par notre Eglise locale ; c'est pourquoi en plus de ce travail social, nous sommes intégrées dans les différents groupes de la paroisse. Pour ma part, je coordonne les groupes d'enfants et de jeunes, qui sont nombreux, et qui ont toujours envie de faire mille activités !

Mais le plus important pour moi ici, c'est jour après jour de partager ce que je suis avec cette population, apprendre à découvrir cette réalité tellement différente, et surtout à croire à ma vocation missionnaire.

Rosa.

Photo : Carmen, Michelle Onimus, Rosa, Térésa et Zofia (médecin polonaise)



Qui sont les Comboniens ?

En Centrafrique, nous rencontrons de très nombreuses familles religieuses. L'une d'elles, peu connue en France est la famille Combonienne. Lors de notre dernier passage à Mongoumba, fin mars 2006, nous avons vécu près d'une communauté de trois femmes laïques missionnaires Comboniennes, Carmen, Teresa et Rosa. Rosa a bien voulu écrire quelques mots pour dire ce qu'est leur vocation.

De retour à Bangui, le père Euro Casale, procureur Combonien nous a fait connaître sa congrégation à travers une brochure intitulée : *Mille Vies pour la Mission, Saint Daniel Comboni*. Nous en extrayons quelques repères de l'aventure de cet Italien du XIX^e siècle et de sa « descendance » nombreuse.

Daniel Comboni est né en Italie en 1831 et il est mort à Khartoum (Soudan) en 1881. Devenu dans l'institut où il fut scolarisé, ami d'un esclave soudanais acheté dans un marché d'esclaves en Egypte, et éduqué dans le même institut, Daniel Comboni développa très tôt le désir de consacrer sa vie au Christ en faveur des populations Africaines.

Il fut ordonné prêtre en 1854, fit son premier voyage en Afrique en 1857, puis en 1864, il conçut et écrivit un « Plan pour la Régénération de l'Afrique ». Il fonde à Vérone en 1867, l'Institut pour les Missions de l'Afrique dans le cadre de l'œuvre du Bon Pasteur. En 1877, il deviendra le premier évêque de l'Afrique Centrale. Il meurt à Khartoum en 1881, sera béatifié en 1996, puis très rapidement canonisé en 2003.

Daniel Comboni est l'un des apôtres de l'Eglise dans l'Afrique moderne. Il engagea un mouvement missionnaire où se retrouvaient des évêques, des prêtres, des religieux et des laïcs consacrés ou mariés. Il voulut aussi que les femmes soient consacrées missionnaires sur les terres d'Afrique. Il regrettait de n'avoir qu'une vie à donner au salut des âmes des Africains, il aurait voulu avoir *Mille Vies pour la Mission*.

Il avait appris de son éducateur, Don Nicola Mazza, de Vérone, à « tenir les yeux fixés sur le christ Jésus ». Il voulait apprendre à « juger les choses et le monde Africain, non avec la sagesse qui vient du monde, mais du pur rayon de la foi ».

Nommé évêque de l'Afrique Centrale, il disait ceci à ses fidèles : « Le jour et la nuit, le soleil et la pluie me trouveront pareillement toujours prêt à vos besoins spirituels : le riche comme le pauvre, le bien portant comme le malade, le jeune comme le vieillard, le patron comme le serviteur, auront toujours le même accès dans mon cœur. »

Cette mission de l'Afrique Centrale, à la mort de Daniel Comboni connut une véritable hécatombe avec la révolte du Madhi au Soudan en 1882. Les missions furent détruites, les missionnaires amenés en captivité. Plus tard, d'autres missionnaires furent assassinés au Mozambique, en Ouganda, au Congo. Mais cette mission continue aujourd'hui de plus belle, dans de très nombreux pays.

Terminons avec un mot de Daniel Comboni :

« Le missionnaire doit être prêt à tout : à la joie et à la tristesse, à la vie et à la mort, à la rencontre comme à l'abandon...notre vie est un mélange de douleur et de joie, de soucis et d'espérance, de sacrifices et de consolations. »

Michelle Onimus.



Barthélemy BOGANDA :

Ancien administrateur de la France d'Outre Mer, auteur de nombreux ouvrages sur la Centrafrique, Pierre Kalck, qui fut l'ami de Barthélemy Boganda, retrace dans leur cadre historique, la vie et l'œuvre de ce grand Oubanguien, dans un livre intitulé : Barthélemy Boganda, élu de Dieu et des Centrafricains. Edition Sépia. En voici quelques extraits :

Barthélemy Boganda est né en 1910, année de la création de l'Afrique Equatoriale Française (AEF), dans la région de la Lobaye, au Sud de l'actuelle Centrafrique.

Il fut le premier prêtre catholique de l'Oubangui, député de l'Oubangui-Chari à l'Assemblée Nationale française, président du Grand Conseil de l'Afrique Equatoriale Française, président du gouvernement de la République Centrafricaine et membre du conseil exécutif de la communauté.

Il était le plus prestigieux et le plus compétent des hommes politiques équatoriaux.

Disparu dans un accident d'avion en 1959 avant même que son pays n'accède à la souveraineté internationale en 1960, Boganda s'était fait le champion d'une Afrique centrale unie. C'est lui qui fit donner au territoire de l'Oubangui-Chari le nom de république Centrafricaine, nom qu'il destinait en fait à l'AEF tout entière.

Il conçut pour la Centrafrique le drapeau associant les couleurs du drapeau français et les couleurs traditionnelles des Etats du continent Africain, le vert et le jaune. Il donna sa devise à l'Etat : « Unité, Dignité, Travail » ainsi qu'un principe : « Zo Kwé Zo » ce qui se traduit par « tout homme est une personne ». Il composa même les paroles de l'hymne national « La Renaissance », évoquant la misère de la population et sa conquête du droit à la vie.

Il reste l'homme qui a « fait » la Centrafrique.

Michelle Onimus.



Hymne National Centrafricain :

O Centrafrique, ô berceau des Bantous
Reprends ton droit, au respect de la vie
Longtemps soumis, longtemps brimé par tous
Mais de ce jour brisant la tyrannie
Dans le travail, l'ordre et la dignité
Tu reconquères ton droit, ton unité
Et pour franchir cette étape nouvelle
De nos ancêtres la voix nous appelle

Refrain : Au travail, dans l'ordre et la dignité,
Dans le respect du droit, dans l'unité
Brisant la misère et la tyrannie
Brandissant l'étendard de la patrie.

Photo : Monument du 4^{ème} parallèle.



Rapides Rencontres...

Chaque mission chirurgicale est une occasion de rencontres. Elles sont souvent rapides, le temps d'un pique nique improvisé chez Sœur Juliette à Boda, ou le temps d'un orage sur Bangui en attendant que les routes soient moins glissantes pour rentrer chez les Sœurs de St François ! Elles sont plus longues quand quelqu'un est pris en charge pour une intervention chirurgicale. Il y a donc d'abord les rencontres avec les patients. Les « anciens » sont fiers de montrer comment ils marchent maintenant, ou bien désignent leur pied devenu valide, puis l'autre qui attend depuis des mois pour être réparé.

Il y a les « nouveaux » dont les demandes sont émouvantes. Un homme adulte voudrait pouvoir porter des tongs et la malformation des orteils l'en empêche. Des parents reviennent avec leur petite fille de 2 ans qui présente une fente labio-palatine. Michel avait promis de chercher à fermer la fissure labiale et il décide de s'exécuter. Esther est devenue très jolie et très gourmande.



Il y a les rencontres avec les religieux, les religieuses, les laïcs qui travaillent en Centrafrique. Nombreux, variés,... Chacun, chacune, nous dit sa vie, par « touches » minuscules, un souci, un projet, une tentation de découragement...

Sœur Elvira à Berbérati déteste les orphelinats. Aussi recherche t elle des couples heureux pour accueillir, en plus de leur enfants, un ou deux (ou plus !) enfants jetés à la rue par la mort de leurs parents ou des conflits graves. Elle aide ces familles en cherchant du travail, au moins pour le père de famille.

A Bangui, le père Euro, Combonien, nous aide pour les dossiers de visas...Mais on bavarde et finalement, il me demande de dire en France de prier pour eux, ce que je fais donc ici : Demandez dans votre prière que les missionnaires religieux et laïcs, en Centrafrique, gardent en eux un peu de paix et de joie. Un autre missionnaire à la Safa commentait l'action menée RCA par les Eglises et les volontaires. Finalement, il nous a dit que ce n'était que des gouttes, mais qu'elles sont des petits signes d'espérance. C'est toujours ça !

Rencontre encore des usagers du Centre Culturel Catholique de Berbérati. Il y a là, des bâtiments tout autour d'une grande cour. Une bibliothèque, des salles pour le soutien scolaire, une grande salle de spectacles, concerts, et un espace cyber avec plusieurs postes Internet, où j'ai pu ouvrir ma boîte, interrompu seulement un moment par ... un voile nuageux gênant la connexion. Les jeunes et les adultes viennent par centaines ici, jouer aux dames ou surfer sur le Web, chanter, regarder un film, écouter des conférences, ou le conte peut « Petite Bûche » !

Ce sont aussi, à Bangui, les « Enfants de la Rue » qui m'ont accueillie dans la concession qui a été conçue pour eux. De très nombreuses associations à Bangui se sont mises en réseau : le RFERC (Réseau en Faveur des Enfants de la Rue de Centrafrique). Ainsi, on retrouve l'UNICEF, le Centre Don Basco, la Fondation Voie du Cœur, l'Union des Techniciens en faveur des jeunes désoeuivrés, etc....

La fondation « la Voie du Cœur » accueille les enfants et les jeunes pour des soins, les repas, les nuits pour une partie d'entres eux, un travail de scolarisation, mais surtout une présence et une écoute, dans le but de les sortir de l'isolement et de la violence. Sœur Thérèse Blarre (Ste Famille) travaille dans ce cadre. Certains retrouvent le désir et la possibilité de vivre dans leur famille d'origine, ou une autre famille accueillante. Une jeune fille parisienne, cinéaste, était là quelques semaines, envoyée par le CCFD pour tenter de faire un film de sensibilisation à ce problème des enfants vivant dans la rue. Peut-être ce document sera-t-il un jour, diffusé en France.

Il y a aussi eu la rencontre d'une femme chirurgien, polonaise, laïque missionnaire envoyée par son évêque, Zophia ! Elle a « aidé » et aussi « pratiqué » lors des sessions chirurgicales. Elle conduit vraiment très mal sa voiture (disons qu'elle adore la vitesse sur les pistes défoncées !),



Zophia et Daniel Blessig !

mais elle opère avec beaucoup de sûreté et la joie rayonne d'elle sans qu'elle le sache. Femme volontaire, elle nous a régalié de chants charismatiques durant tout notre trajet entre Mongomba et la Safa. Et à Bangui, elle nous a volontiers véhiculé tous les jours pour aller à l'hôpital, avec les caisses de matériel. Certes, sa conduite est quelque peu... tonique, mais elle a résisté aux longues journées opératoires avec Michel, et elle a promis de mettre en œuvre dans son hôpital de Bagandou, tout ce que Michel avait pu lui enseigner. Nous sommes allés avec elle visiter la communauté des Missionnaires de la Charité

(les sœurs de Mère Térésa de Calcutta) à M'Baïki. Moment merveilleux au milieu de ces petits enfants, adultes et vieillards, tous un peu en marge de la société normale pour différentes raisons.



Nous ne pouvons que remercier pour toutes ces rencontres.

Michelle Onimus.

Les PYGMEES AKA :

Lors de notre dernière mission en Avril 2006, nous avons eu la chance de pouvoir rencontrer quelques pygmées Aka. A Mongomba, et à M’Baiki, nous avons opéré des enfants pygmées. Très résistant à la douleur, ils nous ont impressionnés par leur sagesse et leur courage. Malgré leurs dents taillées en pointe, ils ont un sourire plein de douceur. Cela nous a donné envie de connaître un peu plus profondément leur mode de vie, et leurs coutumes.

Les pygmées sont appelés les Maîtres de la forêt. En effet, ils vivent en véritable symbiose avec leur environnement. Semi-nomades, ils ne sortent de la forêt qu’en cas de réelle nécessité. Ils entretiennent de bonnes relations avec les « grands noirs », avec qui ils font du troc : fer, sel contre viande, chenilles et plantes médicinales. Ainsi, ils connaissent parfaitement leur milieu naturel et exploitent en bonne intelligence ces ressources. Les femmes s’occupent surtout de la cueillette des fruits, champignons, feuilles, racines, et des petits animaux : mulots, reptiles, insectes. Les hommes, eux, préfèrent la chasse ou la récolte du miel, car ils doivent prouver leur habilité, afin de pouvoir trouver une femme.

Les campements sont faits de huttes hémisphériques. Ils sont établis en quelques heures par les femmes. Elles enfoncent dans le sol des branches flexibles, qu’elles entrecroisent pour former une charpente. Il suffit ensuite de recouvrir le tout de grandes feuilles, résistantes et imperméables. Ces huttes peuvent tenir plusieurs jours, jusqu’à la migration suivante.

Stéphanie Moreau.



Conte Pygmée : Le crocodile et le python :

Kôkélé, le crocodile, et Ngouma, le python, voulaient se marier. Alors, comme tous les jeunes gens de leur âge, ils allèrent se faire tailler les dents. S'ils ne le faisaient pas, aucune fille ne voudrait d'eux.

Après de longues et terribles heures passées à souffrir sans bouger, Ngouma sourit. Quel sourire magnifique ! Ses dents étaient remarquablement régulières et effilées. Tout le monde le félicita. Kôkélé, lui, avait passé son temps à gigoter et à gémir de douleur, tant et si bien que la taille n'avait pas été bien faite. Le résultat était un échec. Ses dents étaient pointues mais massives, sans élégance.

Quand les deux amis se rendirent au campement voisin, les filles n'avaient d'yeux que pour Ngouma. Les cinq plus belles acceptèrent aussitôt de se marier avec lui. Il était si séduisant ! Quant à Kôkélé, le crocodile, aucune n'en voulut. Horriblement vexé, il alla se cacher dans le marécage et plus jamais n'en sortit.

*Tiré du livre « Aux origines du monde : contes et histoires pygmées »
Ecrits par Elizabeth Motte-Florac
Édition Flies France.*



Photo : maman pygmée
et son bébé.

AMIS COMTOIS DES MISSIONS CENTRAFRICAINES

**Faites connaître notre association à des amis,
Ou soutenez notre action en faisant un don exceptionnel !**

Je soutiens l'Association des Amis Comtois des Missions Centrafricaines :

Cotisation: 20 Euros **Don : Euros.**

J'ai bien noté que cette adhésion me permet de bénéficier
D'un abonnement gratuit au journal de l'association que vous enverrez
A l'adresse suivante :

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :COMMUNE :

Je vous adresse mon règlement par :

Chèque bancaire Autre :

A retourner sous pli affranchi à l'adresse suivante :

**Amis Comtois des Missions Centrafricaine
6, rue du Palais – 25 000 Besançon
C.C.P : A.C.M.C 4006 22 X DIJON**

Les AMIS COMTOIS des MISSIONS
CENTRAFRICAINES,

Vous invitent,

A l'ASSEMBLEE GENERALE de l'association

Le Dimanche 15 octobre 2006, à partir de 12H

A la salle des fêtes de REUGNEY

Le prix du repas est fixé a **15 €**
Gratuit pour les enfants de – de 12 ans.

Les inscriptions sont à envoyer à :
Sœur Alice Marie GUYON
Communauté de la Sainte Famille
33 rue Brulard
25000 BESANCON

ASSEMBLEE GENERALE à Reugney :
Dimanche 15 octobre

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

NOMBRE DE PERSONNES (de + de 12 ans) : × 15 euros =

NOMBRE D'ENFANTS :