

**LA FISTULE
OBSTÉTRICALE**

**RAPPORT D'ÉVALUATION DES BESOINS :
LEÇONS TIRÉES DE NEUF PAYS
AFRICAINS**



Remerciements

L'évaluation des besoins a été conduite à l'aide de contributions financières de l'UNFPA et d'EngenderHealth. Les organisations sont redevables aux nombreuses personnes qui ont contribué à la composition de ce rapport.

Comme il s'agit d'une évaluation des besoins fondée sur la visite d'établissements, les administrateurs et les prestataires ont fourni dans chacun des établissements visités une contribution inappréciable à notre compréhension du problème de la fistule tel qu'il se présente là où ils travaillent et dans les pays où ils vivent : Bénin, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Tchad et Zambie. Ces personnes (dont les noms figurent à la fin des sections du rapport consacrées chacune à un pays) ont donné sans compter de leur temps, communiqué leurs vues, fait souvent fonction de traducteurs et nous ont accueillis alors qu'elles ont de nombreuses autres responsabilités à assumer.

En outre, nous sommes extrêmement obligés aux membres du personnel des bureaux régionaux et nationaux de l'UNFPA et d'EngenderHealth (dont les noms figurent aussi à la fin des sections du rapport consacrées chacune à un pays), qui tous ont investi beaucoup de temps et d'efforts dans le projet. En aidant à prendre les dispositions logistiques et en facilitant les communications, ils nous ont permis de mener à bien ce travail.

Sans le soutien et les conseils des personnes qui jouent un rôle capital dans le traitement de la fistule obstétricale – Maggie Bangser, Brian Hancock, Festus Ilako, John Kelly, Julius Kiiru, Maura Lynch et Tom Raassen –, cette évaluation n'aurait pu progresser. Elles nous ont fourni un encouragement important et des détails essentiels à chaque pas de notre chemin.

Nous reconnaissons la contribution inappréciable des fonctionnaires de l'UNFPA qui ont aidé à établir ce rapport, notamment France Donnay, Micol Zarb et Anuradha Naidu. En outre, Joseph Ruminjo, Erika Sinclair, Josephine Ventunelli et Mary Nell Wegner, membres du personnel d'EngenderHealth, ainsi que Charlotte Bacon, consultante, nous ont apporté des contributions majeures.

Enfin, et c'est le plus important, nous exprimons notre très profonde gratitude aux nombreuses femmes qui ont souffert de la fistule obstétricale et se sont montrées disposées à nous faire part de leur expérience personnelle. D'elles, nous avons appris beaucoup plus que ce qu'on trouvera dans ce rapport.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (**FNUAP**) est la première source multilatérale dans le monde d'assistance aux problèmes de population. Depuis le début de ses activités, en 1969, le Fonds a fourni près de six milliards de dollars aux pays en développement pour qu'ils puissent couvrir leurs besoins de santé en matière de reproduction et faciliter la solution des problèmes de développement durable. L'UNFPA aide les femmes, les hommes et les jeunes à planifier leur famille et à éviter les grossesses accidentelles; à traverser sans danger la grossesse et l'accouchement; à éviter les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida; et à combattre la discrimination et la violence contre les femmes.

EngenderHealth s'efforce dans le monde entier d'améliorer la vie de tous en rendant les services de santé en matière de reproduction sans danger, facilement accessibles et durables. Nous dispensons assistance technique, formation et information, en mettant l'accent sur les solutions pratiques qui améliorent les services là où les ressources sont très limitées. Nous croyons que chaque individu a le droit de prendre des décisions informées concernant sa santé en matière de reproduction et de recevoir des soins qui répondent à ses besoins. Nous travaillons en partenariat avec les gouvernements, les institutions et les professionnels de la santé pour faire de ce droit une réalité.

Les vues exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'UNFPA, de l'Organisation des Nations Unies ou de l'une quelconque de ses organisations affiliées.

La fistule obstétricale – Rapport d'évaluation des besoins : Leçons tirées de neuf pays africains

© 2003 UNFPA and EngenderHealth

ISBN: 0-89714-661-1



220 East 42nd Street
New York, NY 10017 (États-Unis d'Amérique)
Tél.: (212) 297-5000
Fax: (212) 557-6416
www.unfpa.org



440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 (États-Unis d'Amérique)
Tél.: (212) 561-8000
Fax: (212) 561-8067
e-mail: info@engenderhealth.org
www.engenderhealth.org

Rédactrice en chef : Charlotte Bacon
Couverture et réalisation : Mary Zehngut
Impression : Kay Printing

Imprimé aux États-Unis d'Amérique sur papier recyclé.

Table des Matières

Liste des Sigles	3	Nigéria	
Résumé	4	Résumé des constatations	60
		Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	65
		Principaux contacts	83
Rapport d'évaluation sur la fistule : les besoins à satisfaire	9	Ouganda	
Bénin		Résumé des constatations	85
Résumé des constatations	11	Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	91
Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	15	Principaux contacts	96
Principaux contacts	18	Tchad	
Malawi		Résumé des constatations	97
Résumé des constatations	19	Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	101
Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	25	Principaux contacts	103
Principaux contacts	30	Zambie	
Mali		Résumé des constatations	104
Résumé des constatations	31	Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	109
Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	35	Principaux contacts	112
Principaux contacts	38	Appendice	113
Mozambique		Questionnaire/grandes lignes de l'enquête sur la fistule obstétricale	
Résumé des constatations	39	Notes	115
Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	43		
Principaux contacts	46		
Niger			
Résumé des constatations	47		
Fiches récapitulatives sur les visites effectuées	52		
Principaux contacts	59		

Liste des sigles

ACDI	Agence canadienne de développement international	JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education on Gynecology and Obstetrics (États-Unis)
AMREF	Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique	KNARDA	Kano Agricultural and Rural Development Agency (Nigéria)
AT	Accoucheuse traditionnelle	MGF	Mutilation génitale féminine
AZT	Azidothymidine	MTCT	Transmission mère-enfant
CFA	Franc des ex-colonies françaises d'Afrique	NAPEP	Programme national d'élimination de la pauvreté
CHC	Comité de santé communautaire	OB/GYN	Obstétricien/Gynécologue
CHU	Centre hospitalier et universitaire	OMS	Organisation mondiale de la santé
CNHU	Centre national hospitalier et universitaire	ONG	Organisation non gouvernementale
CONGAFEN	Coordination des ONG et des associations féminines du Niger	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
CONIPRAT	Comité nigérien des pratiques traditionnelles	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
DfID	Department for International Development (Royaume-Uni)	RMM	Ratio de mortalité maternelle
ECWA	Église évangélique d'Afrique de l'Ouest	Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
EDS	Enquête démographique et sanitaire	SMI	Santé maternelle et infantile
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique	TPC	Taux de prévalence des contraceptifs
FORWARD	Foundation for Women's Health Research and Development (Royaume-Uni)	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
FRV	Fistule entre le rectum et le vagin	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
FVV	Fistule entre la vessie et le-vagin	USAID	United States Agency pour le développement international
GHON	Grass Roots Health Organization of Nigeria	VCT	Conseils et tests sans obligation
Project HOPE	Project Health Opportunity for Everyone	VIH	Virus d'immunodéficience humaine
IST	Infection sexuellement transmissible		

Résumé

**“Le soleil ne doit pas se lever ou se coucher
deux fois sur une femme en train d'accoucher”**

Proverbe africain

Quand on entend parler pour la première fois de la fistule obstétricale, la réaction est souvent de ne pas vouloir en savoir davantage. Le sujet est vraiment trop déplaisant. C'est exactement ce qui arrive aux femmes atteintes de la fistule. On ne veut plus rien savoir d'elles.

La fistule obstétricale est une infirmité dévastatrice liée à la grossesse, qui touche environ de 50 000 à 100 000 femmes par an¹. La fistule est un problème mondial, mais elle est surtout commune en Afrique. Elle survient d'ordinaire pendant un accouchement prolongé, quand une femme n'obtient pas la césarienne qui serait nécessaire. Cet arrêt peut avoir pour cause la malnutrition et une grossesse précoce (l'un et l'autre facteurs sont responsables de l'étroitesse du bassin, et ainsi d'une disproportion marquée entre la tête du bébé et le bassin). L'accouchement peut durer cinq jours ou davantage sans que la femme reçoive d'aide médicale, bien que tout arrêt, même d'un seul jour, puisse avoir des effets dévastateurs. Si l'arrêt ne prend fin en temps voulu, la pression prolongée qu'exerce la tête du bébé contre le bassin de la mère interrompt l'afflux du sang dans les tissus mous qui entourent la vessie, le rectum et le vagin, entraînant la nécrose du tissu. D'ordinaire le bébé meurt, et la fistule est le résultat de ce processus.

Si la fistule est située entre le vagin et la vessie (vésico-vaginale), l'urine s'écoule en permanence; et si elle est située entre le vagin et le rectum (recto-vaginale), la femme ne peut plus contrôler

le mouvement de ses intestins. Dans la plupart des cas, une incontinence permanente en résulte tant que la fistule n'est pas opérée. En outre, la plupart des femmes ou bien ignorent qu'il existe un traitement, ou bien n'y ont pas accès, entre autres raisons parce qu'elles sont trop pauvres.

Incapables de rester sèches, beaucoup de femmes souffrent l'humiliation constante de dégager une odeur d'urine et/ou d'excréments. Il peut aussi leur être difficile de marcher parce que les nerfs des membres inférieurs sont atteints. Elles sont souvent rejetées par leur époux ou leur partenaire, évitées par leur communauté et blâmées de leur état. Les femmes non soignées non seulement peuvent s'attendre à une vie de honte et d'isolement, mais risquent aussi de connaître une mort lente et prématurée pour cause d'infection et d'insuffisance rénale. Parce qu'elles sont pauvres et ne comptent pas sur le plan politique, sans oublier l'opprobre attaché à leur condition, ces femmes sont restées dans une large mesure invisibles aux responsables tant à l'intérieur qu'en dehors de leur pays.

Prévenir la tragédie

La fistule obstétricale peut être prévenue et soignée, et aucune femme ne devrait avoir à l'endurer. Une grossesse précoce, la malnutrition, un accès limité aux soins obstétricaux d'urgence en sont les causes directes. Certaines causes indirectes, comme la pauvreté et le manque d'éducation, empêchent les femmes d'avoir accès aux services qui pourraient en prévenir l'apparition. La prévalence de la fistule est la plus élevée dans les communautés pauvres d'Afrique et d'Asie.

L'Organisation mondiale de la santé évalue à plus de deux millions le nombre actuel de femmes atteintes d'une fistule obstétricale. Les évaluations

sont basées sur le nombre de celles qui cherchent un traitement dans les hôpitaux et les dispensaires, de sorte qu'elles risquent d'être de beaucoup inférieures à la réalité, car de nombreuses femmes n'ont jamais recours aux soins.

Heureusement, il est possible d'opérer la fistule dans la majorité des cas, même après plusieurs années. Le coût de l'opération varie entre 100 et 400 dollars, mais ce montant est très supérieur aux moyens de la plupart des patientes. Si l'opération est correctement pratiquée, le taux de succès peut aller jusqu'à 90 % et la femme peut généralement avoir d'autres enfants. Des soins postopératoires attentifs, étendus sur 10 à 14 jours au minimum, sont essentiels pour prévenir durant la guérison une infection, le blocage du cathéter et une nouvelle déchirure des tissus réparés. Il est également nécessaire de dispenser éducation et conseils pour aider la jeune femme à retrouver confiance en soi et lui permettre de se réinsérer dans sa communauté une fois guérie.

La fistule était jadis une affection courante dans le monde entier, mais elle a été éliminée de régions comme l'Europe et l'Amérique du Nord grâce à l'amélioration des soins obstétricaux. Elle est à peu près inconnue là où le mariage précoce est découragé, où l'on enseigne aux jeunes femmes à connaître leur corps et où des soins médicaux qualifiés sont dispensés lors de l'accouchement.

Les stratégies utilisées comprennent des méthodes préventives (retarder l'âge du mariage et de la première grossesse pour les jeunes adolescentes et élargir l'accès à l'éducation et aux services de planification familiale pour les deux sexes; assurer l'accès à des soins médicaux de qualité pour toutes les femmes enceintes, afin d'éviter les complications), des méthodes curatives (réparer le dommage physique par une intervention chirurgicale), et des méthodes rééducatives (réparer le dommage affectif par des conseils, la réinsertion sociale et la formation professionnelle).

Reconnaître le problème : Une nouvelle étude

On dispose de peu de données fiables sur la fistule obstétricale. L'étendue réelle du problème n'a jamais été mesurée. Pour répondre à ce besoin d'information, L'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population, a conduit, en partenariat avec EngenderHealth, une étude sans précédent sur l'incidence de la fistule dans l'Afrique subsaharienne et sur la capacité des hôpitaux de traiter les patientes. Une équipe d'experts a effectué un séjour total de six mois dans neuf pays, visitant les hôpitaux des secteurs public et privé qui assurent l'opération de la fistule et rencontrant des médecins, infirmières, sages-femmes et patientes. Plus de 35 centres médicaux ont été visités durant ce rapide processus d'évaluation. L'équipe a aussi rencontré des représentants des gouvernements et de l'ONU. Les pays visités sont les suivants : Bénin, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Tchad et Zambie. Les résultats de cette étude sur neuf pays poseront les fondements de toute action future visant à prévenir et traiter la fistule dans la région.

Dans les neuf pays où ont été conduites les évaluations fondées sur la visite de centres médicaux, il s'est avéré que beaucoup de femmes atteintes de la fistule sont jeunes, âgées de moins de 20 ans (parfois de 13 seulement); elles sont aussi pauvres et analphabètes. Beaucoup ont été abandonnées par leur mari ou partenaire, chassées de leur foyer, mises à l'écart par leur famille et leurs amis, et même ignorées par les agents sanitaires. Généralement dépourvues d'aptitudes pratiques pour gagner leur vie, elles n'ont parfois pas d'autres choix que de se prostituer pour s'assurer un revenu, aggravant ainsi leur vulnérabilité sociale et physique. Malgré ces lourdes épreuves, les femmes rencontrées ont manifesté un autre trait commun : elles possèdent un courage et une force de caractère prodigieux.

Comprendre le contexte

INDICATEURS	Taux de fécondité (2000-2005)	Ratio de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)	Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	% de naissances avec l'aide d'accoucheuses qualifiées	Taux de prévalence des contraceptifs (toutes méthodes)	Taux de prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 24 ans
PAYS						
Bénin	5,68	880	81	60	16	3,72
Malawi	6,34	580	130	56	31	14,89
Mali	7,0	630	120	24	8	2,08
Mozambique	5,86	980	128	44	6	14,67
Niger	8,0	920	126	16	14	Non connu
Nigéria	5,42	1100	79	42	15	5,83
Ouganda	7,10	1100	94	38	23	4,63
Tchad	6,65	1500	116	16	8	4,28
Zambie	5,66	870	80	47	25	20,98

L'Afrique subsaharienne est une région ravagée par le sida, le paludisme, la famine, une pauvreté endémique et des années d'instabilité politique. Ce tableau d'ensemble rend bien difficile, pour de nombreuses raisons, d'assurer la qualité des soins de santé. Comme l'infrastructure sanitaire est fragile et le devient sans cesse davantage dans la plupart des pays visités, il est de plus en plus difficile aux prestataires de soins de maintenir leur degré de compétence et d'opérer avec succès la fistule. Beaucoup d'hôpitaux publics connaissent une pénurie chronique de fonds, de personnel, d'équipement et de fournitures chirurgicales. En conséquence, l'absence des différents traitements obstétricaux possibles, tant essentiels que d'urgence, a pour effet que les services offerts par les centres médicaux capables d'effectuer des césariennes d'urgence sont encore hors de portée des femmes qui veulent avoir accès à un traitement et seraient en mesure d'y avoir accès.

Des besoins critiques

Du fait de leur pauvreté et de l'opprobre attachée à leur état, la plupart des femmes atteintes d'une fistule demeurent invisibles aux décideurs, tant dans

leur pays qu'à l'étranger. La présente évaluation met en relief les points critiques ci-après, dont il est nécessaire de s'occuper afin de faire baisser l'incidence de la fistule dans la région :

• INFORMATION ET PRISE DE CONSCIENCE

En de nombreuses zones rurales, les filles sont données en mariage dès leurs premières règles – entre 10 et 15 ans ; dans certains cas, le mariage précoce a lieu avant le début du cycle menstruel, dans le but de garantir la virginité des filles. En retardant l'âge du mariage et de la première naissance, on peut réduire sensiblement le risque d'accouchement prolongé. Il est essentiel de mieux informer les femmes et leurs familles concernant les dangers de la grossesse et de l'accouchement et l'importance des soins obstétricaux d'urgence. Il faut aussi dispenser des informations sur la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida. Des campagnes de plaidoyer attentives aux valeurs culturelles et portant sur la santé maternelle et la fistule obstétricale pourraient instruire les communautés des signes de complication de la grossesse et de la nécessité d'obtenir sans délai une attention

médicale. Les femmes qui ont été traitées avec succès pourraient aussi être formées à assister la campagne d'information communautaire. Le soutien des responsables locaux et nationaux est nécessaire à toutes les activités d'éducation.

• ACCÈS DES FEMMES À L'AUTONOMIE

Les femmes ont le droit de recevoir une éducation et des soins de santé. Cependant, l'accès à l'enseignement secondaire, qui généralement retarde l'âge du mariage et confère les aptitudes indispensables pour s'assurer un revenu, est souvent refusé aux filles. Des obstacles sociaux et culturels contribuent aussi à mettre une femme moins à même de rechercher des soins médicaux quand ils lui sont nécessaires. En de nombreux pays, les femmes enceintes doivent obtenir la permission de leur mari ou de parents de sexe masculin pour voir un médecin. Les croyances culturelles relatives aux causes de l'accouchement prolongé – par exemple, une infidélité passée ou une malédiction jetée sur la femme – rendent encore plus difficile de chercher un traitement. Il faut changer les lois et la société pour améliorer la condition féminine et offrir aux filles l'accès à une nutrition adéquate, aux soins de santé et à l'éducation. La participation des hommes est essentielle pour réaliser ce changement et donner aux jeunes femmes d'autres options dans la vie que de porter des enfants.

• FORMATION

La chirurgie réparatrice exige un chirurgien ayant reçu une formation spéciale et des infirmières bien formées. Des soins postopératoires strictement contrôlés sont non moins indispensables au rétablissement de la patiente. Dans chacun des neuf pays visités a été constaté un besoin urgent de médecins et de personnel d'appui pour répondre à la demande de traitements. Beaucoup d'hôpitaux y font un large appel à l'assistance de médecins expatriés. Les chirurgiens et infirmières du pays devraient être formés à l'opération de la fistule, et leurs compétences régulièrement mises à jour. Les sages-femmes devraient aiguiller immédiatement

les patientes vers les soins obstétricaux d'urgence quand elles déclinent un accouchement prolongé. Il faut mettre en place et entretenir les systèmes d'aiguillage et les moyens de transport. Comme les soins obstétricaux d'urgence sont particulièrement rares dans les zones rurales, il faut offrir des incitations afin d'attirer un personnel médical qualifié dans les zones où les besoins sont les plus grands.

• ÉQUIPEMENT

L'équipement et les fournitures de base doivent être mis en place afin de pratiquer avec succès l'opération de la fistule. Dans la plupart des hôpitaux visités, le manque de fournitures – du matériel pour sutures à une réserve suffisante de sang – constituait un problème majeur. Un soutien financier est nécessaire d'urgence pour fournir aux hôpitaux l'équipement approprié et aider les femmes qui ont besoin de l'être.

• TRANSPORTS

Beaucoup de femmes atteintes d'une fistule vivent dans des zones rurales, loin de toute aide médicale. Un moyen de transport sans danger et fiable à destination de l'hôpital est souvent rare ou trop coûteux pour les femmes pauvres et leurs familles. Beaucoup parmi les femmes rencontrées avaient voyagé pendant des mois à pied, à dos d'âne ou par tout autre moyen disponible à la recherche d'un hôpital qui puisse les traiter. L'établissement de meilleurs réseaux de transport et communication entre les villages écartés et les hôpitaux devrait être prioritaire. Les sages-femmes peuvent jouer un rôle clef dans le processus d'aiguillage, mais il faut d'abord mettre en place des mesures permettant l'acheminement rapide des femmes vers les hôpitaux. Il faut remédier à trois retards classiques (retard dans la décision de rechercher une attention médicale; retard dans l'arrivée au centre de santé; et retard dans les soins obstétricaux d'urgence au centre) afin d'améliorer les chances qu'une femme reçoive les soins de haute qualité dont elle a besoin.

• SOINS SUBVENTIONNÉS

Il faut que l'opération de la fistule soit accessible et de prix abordable pour les femmes pauvres. Certaines patientes arrivent à l'hôpital accompagnées de membres de leur famille après avoir parcouru de longues distances et épuisé jusqu'à leurs dernières ressources. Elles peuvent ensuite avoir besoin de trouver des fonds pour l'opération, la nourriture à l'hôpital et le logement des membres de leur famille. Leur pauvreté rend encore plus difficile de couvrir des charges même modérées. Dans chaque pays, il faut créer un ou deux centres de chirurgie de la fistule qui puissent fournir des soins gratuits ou subventionnés. Ils devraient être situés dans des zones qui desservent le plus grand nombre possible de clientes et soient d'accès facile.

• SERVICES D'APPUI

Les femmes qui, ayant survécu à la fistule, ont été évitées par leur entourage et isolées, éprouvent ordinairement un sentiment intense de honte et de dégoût de soi, ainsi qu'une profonde dépression. Parfois, elles se blâment de leur état. L'éducation et les conseils peuvent les aider à retrouver confiance en elles-mêmes après l'opération. Il est également essentiel de leur donner des informations sur la planification familiale, la nécessité d'une césarienne pour leurs futures grossesses et la prévention du VIH. Des programmes de reclassement social peuvent aider les femmes à se réinsérer dans leur communauté et à rétablir des liens avec leur famille. La formation à des savoir-faire pratiques peut leur donner les moyens de s'assurer un revenu après leur guérison et les empêcher de recourir à des expédients désespérés, tels que la prostitution,

pour survivre. Les services sociaux d'appui, offerts en liaison avec les soins hospitaliers, amélioreront sensiblement le bien-être physique et mental de ces femmes.

Les besoins critiques définis ci-dessus à grands traits doivent aussi englober les interventions fondamentales de caractère préventif, curatif et reconstructif, qui contribuent à réduire l'incidence de la fistule obstétricale. La formation des prestataires de soins comprend le large éventail des soins obstétricaux d'urgence, auxquels on peut adjoindre la formation à la chirurgie de la fistule, afin de dispenser des soins de la plus haute qualité possible. Cela inclut l'établissement de liens avec la communauté pour faciliter l'accès des femmes aux services en temps voulu, le diagnostic de complications effectives ou potentielles avant qu'elles ne surviennent, et le suivi du progrès de l'accouchement pour aiguiller les patientes sans retard dès qu'un problème se présente. Les centres médicaux doivent aussi disposer de l'éventail nécessaire de fournitures et d'équipements pour effectuer les procédures chirurgicales d'urgence (comme les césariennes) afin de réduire l'incidence d'états morbides comme la fistule. Les problèmes de transport doivent être abordés avec des réseaux d'ambulances en état de fonctionnement et des réseaux radio qui permettent aux centres médicaux de communiquer les uns avec les autres pour les cas d'urgence. Et, enfin, des soins subventionnés doivent être offerts aux femmes qui ne peuvent pas acquitter les redevances fixées, de telle sorte que le traitement qu'appellent les complications de la maternité soit largement accessible.

Rapport d'évaluation sur la fistule : les besoins à satisfaire

Introduction

La fistule obstétricale, terme qui recouvre tant la fistule vésico-vaginale (FVV) que la fistule recto-vaginale (FRV) *, représente un problème d'importance critique et largement négligé dans le domaine de la santé en matière de reproduction. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue à deux millions au moins le nombre actuel de filles et de femmes atteintes de la fistule et à un chiffre compris entre 50 000 et 100 000 le nombre de celles qui s'y ajoutent chaque année¹. Pour la grande majorité de ces filles et femmes, les services permettant de remédier à leur état demeurent inaccessibles pour diverses raisons : ignorance du fait qu'il est possible de remédier à leur état; distance à parcourir pour atteindre un centre médical assurant le traitement; faible probabilité que, même si elles peuvent parvenir à un centre médical, celui-ci comptera la chirurgie de la fistule dans son éventail de services; incapacité d'acquitter le prix des services s'ils sont disponibles; et arriéré de la demande à laquelle doivent satisfaire les centres médicaux qui assurent cette chirurgie.

Si la composante clinique des soins offre bien des difficultés, le contexte dans lequel se situent les centres et le faible degré auquel les communautés sont équipées pour réinsérer les femmes après l'opération peuvent aussi se révéler des obstacles au traitement. La réinsertion sociale des femmes après une opération réussie pose des difficultés redoutables, car ces patientes sont souvent extrêmement pauvres, abandonnées par leur mari ou partenaire et dépourvues des savoir-faire qui seraient nécessaires pour gagner elles-mêmes leur vie. Cette situation d'ensemble peut les rendre particulièrement vulnérables quand elles retournent dans leur communauté.

Données générales sur la fistule obstétricale

En général, partout où les ressources sont faibles, les fistules résultent d'un accouchement prolongé. La tête du bébé reste alors comprimée contre la paroi du vagin et de la vessie pendant une longue période, ce qui entraîne une nécrose et, en fin de compte, l'apparition d'une fistule². Si la fistule apparaît quelquefois à la suite d'une hystérectomie ou d'une césarienne, dans les pays où l'évaluation des besoins a été menée, la majorité des femmes en sont manifestement atteintes à un jeune âge, le plus souvent en liaison avec le premier accouchement par voie vaginale³.

Dans les neuf pays visités, l'une des causes sous-jacentes probables est la malnutrition (et peut-être des infections répétées), qui elle-même limite la croissance; en cas de grossesse précoce, il en résulte une disproportion marquée entre la tête du bébé et le bassin de la mère. En outre, un accès insuffisant aux soins obstétricaux d'urgence, aggravé par le désir des femmes d'accoucher à leur domicile (souvent hors de la présence d'aide qualifiée), conduit à une situation où les femmes, surtout les jeunes femmes, courent un risque élevé. Outre ces causes bien connues, les médecins de la région signalent aussi des fistules qui résultent de césariennes et d'accouchements maladroitement conduits dans les centres de santé⁴.

Les taux exacts de prévalence dans la région (et, en fait, dans le monde) ne sont pas connus, mais le Dr. Tom Raassen et le Dr. Festus Ilako proposent par extrapolation un chiffre de 6 000 à 15 000 nouvelles fistules chaque année en Afrique de l'Est. Ce chiffre est basé sur le fait que, chaque année, trois millions de femmes survivent à un accouchement dans la région; et que, pour chaque groupe de 1 000 mères, on compte environ de deux à cinq cas de fistule⁵. Si 1 000 interventions environ sont pratiquées chaque année

* Il faut noter que, dans ce rapport, le sigle FVV se réfère à toutes les variétés de fistule qui entraînent une incontinence d'urine. Jusqu'à 85 % des fistules de cette catégorie seront vésico-vaginales, mais d'autres peuvent être uréthro-vaginales ou dues au stress. Le sigle FRV se réfère aux fistules qui provoquent l'incontinence fécale, bien que celle-ci procède dans quelques cas de déchirures du périnée au troisième degré.

dans la région, il en résulte qu'au moins 80 % des femmes atteintes d'une fistule ne sont pas traitées.

Appliquer le même calcul à tous les pays visités reviendrait à masquer des différences considérables entre eux et à risquer de dresser un tableau trop général d'un état sensible à toutes sortes de facteurs, de l'infrastructure sanitaire aux attitudes culturelles face à l'accouchement. Cependant, étant donné que les conditions qui débouchent sur l'apparition d'une fistule sont endémiques dans chaque pays, on peut affirmer sans crainte d'erreur que beaucoup de femmes vivent dans ces mêmes pays avec la fistule et que la grande majorité d'entre elles ne sont pas en mesure d'avoir recours à une intervention.

Évaluation des besoins

Pour commencer à discerner le meilleur moyen d'aborder l'éventail des interventions stratégiques possibles, il importe de savoir quels centres existent, comment ils fonctionnent et s'ils sont convenablement situés pour améliorer et/ou étendre leurs services. Cette évaluation des besoins est destinée à offrir un aperçu rapide de la manière dont certains services cliniques ont été organisés pour les patientes de la fistule. Elle n'inclut pas les données de l'enquête et ne couvre pas nécessairement tous les centres qui, dans chaque pays, offrent des services. Bien plutôt, il s'agit d'un rapide regard jeté sur le problème, tel qu'on le voit par les yeux des clientes qui recherchent des services, sur l'infrastructure sanitaire qui sous-tend les services et sur le personnel médical qui assure les interventions chirurgicales et prend soin des femmes durant leur rétablissement.

Il importe de noter que les données rassemblées par les personnes qui ont conduit la recherche sont avant tout qualitatives et ne s'appliquent qu'à un certain moment. Ces données ont été rassemblées au moyen d'une série d'évaluations rapides des besoins durant une période de six mois et n'ont pas été mises à jour, car l'intention était de dresser un tableau de la situation en différents sites afin de marquer les problèmes qui feront l'objet d'une enquête plus approfondie. Si des données additionnelles ont été communiquées en certains sites depuis la recherche,

cette information complémentaire ne figure pas dans le présent rapport, car les informations qu'il contient se réfèrent à un moment précis.

Méthodologie

L'évaluation des besoins a été conduite durant une série de visites sur place effectuées entre mai et octobre 2002 par deux membres du personnel d'EngenderHealth, représentant l'un le groupe médical et l'autre, le groupe de l'établissement des programmes. Dans chaque pays, deux à 12 hôpitaux du secteur public (généralement, au niveau du district) et du secteur privé (généralement, des hôpitaux de mission) ont été visités. Dans tous les cas possibles, des administrateurs et des membres du personnel médical (médecins, infirmières et sages-femmes) ont été interviewés, aussi bien que des patientes de la fistule. Ces dernières appartenaient à diverses catégories : a) en attente d'une opération; b) venant de subir l'opération et en cours de convalescence dans l'aile postopératoire; c) ayant subi l'opération depuis assez longtemps (plus de six mois); et d) ayant connu depuis l'opération une grossesse et un accouchement par césarienne.

En outre, la visite a compris dans chaque pays des rencontres avec les représentants du Ministère de la santé et des décideurs locaux, ainsi qu'avec les bureaux de pays de l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), qui tous sont soucieux d'apporter leur appui dans le domaine de la fistule.

Un questionnaire simple composé de neuf entrées (voir appendice) a été utilisé pour chaque interview. Les enquêteurs ont visité les installations médicales et observé chaque fois que possible les ailes, salles d'attente et salles d'opération. Chaque fois qu'il leur était possible d'inspecter les registres des salles d'opération, les membres de l'équipe en ont saisi l'occasion.

Conclusions propres à chaque pays

On trouvera ci-après une analyse et un résumé des conclusions tirées pour chaque pays, puis des fiches récapitulatives sur chaque visite effectuée.

BÉNIN

Données générales

Au Bénin, certains des indicateurs relatifs à la santé en matière de reproduction sont tout à fait positifs. Plus de 70 % des femmes ont recours aux soins prénatals, et 62 % de celles-ci ont effectué quatre visites au moins par grossesse. À Cotonou, capitale du pays, 98 % des naissances sont assistées. Néanmoins, 23 % des femmes donnent encore naissance à leur domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles non qualifiées. **Le taux total de fécondité est de 5,68** et les données de l'UNFPA indiquent **un taux de prévalence de 3 % des contraceptifs ("méthodes modernes"), contre 16 % pour toutes méthodes**⁶. Avec un taux de césariennes de 3 %, **le ratio de mortalité maternelle est, comme il faut s'y attendre, fort élevé avec 880 décès pour 100 000 naissances vivantes**⁷.

Depuis les élections démocratiques tenues en 1996 au Bénin, un intérêt s'est affirmé pour la politique relative à la santé en matière de reproduction. Par exemple, certains législateurs s'efforcent de faire adopter une loi qui interdit la mutilation génitale féminine (MGF) et encourage à former à d'autres savoir-faire les femmes qui pratiquent l'excision. Leurs propositions portent en outre sur une amélioration de la prise en charge des femmes violées et de la conduite des interruptions thérapeutiques de grossesse. Si aucun de ces problèmes n'a une incidence directe sur la fistule au plan de la définition des politiques, l'intérêt naissant pour la santé en matière de reproduction est la preuve d'un environnement favorable où trouve place le traitement de la fistule.

L'UNFPA envisage de travailler avec les chirurgiens pratiquant l'opération de la fistule des deux manières suivantes : 1) prévention visant à améliorer la gestion des accouchements longs

et complexes grâce à un diagnostic rapide, à un meilleur accès aux soins hospitaliers et aux césariennes; et 2) identification des cas existants, mesures destinées à réinsérer les femmes dans les communautés et inclusion de la chirurgie de la fistule dans les internats d'OB/GYN et d'urologie.

Le Ministère de la santé se déclare prêt à soutenir toute action qui conduirait à réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

La programmation de la gestion de la fistule obstétricale figure dans le plan national couvrant la période 2002-2005.

Le Bénin a déclaré **prioritaire la lutte contre le VIH/sida**, bien que la prévalence soit passée de moins de 1 % à 4,1 % au cours des 10 dernières années. Le VIH/sida et le paludisme ont été les problèmes sanitaires qui ont reçu le plus d'attention au Bénin, car ils sont la source du plus grand nombre de maladies et de décès et exigent des interventions fréquentes. **La fistule n'y a pas encore été reconnue comme une préoccupation urgente.**

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins s'est rendue dans quatre hôpitaux, dont trois offrent la chirurgie de la fistule : Centre national hospitalier et universitaire (CNHU); Hôpital évangélique de Bemberéké (où une femme a été récemment opérée et recevait des soins postopératoires); Frères de l'Hôpital St. Jean de Dieu; et Hôpital de Zone de Natitingou (où la chirurgie de la fistule n'est pas pratiquée actuellement, bien que des cas y aient été présentés et aiguillés ailleurs). Deux de ceux-ci sont des hôpitaux privés, deux sont publics. En outre, l'équipe a rencontré les Directeurs de la santé publique des départements d'Atacora et Borgou, ainsi que la Direction de la Division de la santé familiale au Ministère de la santé. Les membres

du bureau de pays de l'UNFPA ont d'autre part fourni des informations générales.

Les entretiens avec le personnel de l' UNFPA, les administrateurs de district et les agents sanitaires indiquent que **la fistule n'est pas encore reconnue au Bénin comme un problème critique**. Des quatre sites visités, trois seulement offrent l'opération de la fistule. **La fistule est rarement consignée dans les registres des prestataires; et aucune information n'a jamais été recueillie sur sa prévalence ou son incidence**. De nombreuses femmes aiment mieux être traitées au Togo, au Niger ou au Nigéria afin de préserver leur anonymat. La majorité des cas survenant au Bénin sont situés dans le nord, où peu d'hôpitaux existent. Il faut noter que la fistule apparaît chez certaines femmes dès leur prime jeunesse; ou bien chez des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, tandis que d'autres femmes ont peut-être une fistule depuis leur première grossesse et la supportent pendant des années.

Cependant, les prestataires ne signalent encore que 80 cas par an, chiffre qu'ils reconnaissent pour probablement inférieur à la réalité. Il faut noter que les conclusions n'ont pas un caractère exhaustif et ne servent qu'à donner une idée très générale de la situation nationale d'ensemble, mais il est aussi probablement vrai que grâce aux initiatives prises pour améliorer la santé des femmes, l'incidence de la fistule a baissé. D'autre part, dans le nord, où la fistule est la plus courante, la MGF est aussi très répandue, facteur qui peut exposer les femmes non seulement à contracter une fistule, mais aussi à mourir durant l'accouchement. Il est donc possible que les femmes qui souffrent d'un accouchement prolongé meurent avant de pouvoir atteindre les soins d'urgence.

En général, néanmoins, **la fistule a été jugée par certains prestataires de soins au Bénin comme une chirurgie « de luxe »**, car les femmes en meurent rarement, bien qu'elles soient souvent réduites à l'état de paria dans leur communauté. Ainsi, la fistule est perçue comme une crise sociale

plus que médicale. De fait, beaucoup d'hommes et de femmes ignorent que la fistule peut être guérie.

D'autres traditions pratiquées au Bénin peuvent influencer sur la décision des femmes d'avoir recours à un traitement. Certaines femmes, craignant de parler de leurs symptômes dans un hôpital, cherchent de l'aide auprès des guérisseurs locaux. Ceux-ci, qui ignorent parfois que la fistule est curable, peuvent essayer d'aider les femmes à surmonter leur « malédiction ». Le résultat est que les femmes viennent à croire qu'il n'y a aucun espoir de guérison et, du même coup, épuisent leurs ressources financières limitées.

Si les femmes décident de rechercher une intervention, il n'y a sur place qu'un petit nombre de praticiens qualifiés pour la pratiquer et **la plupart des centres visités sont tributaires des services de médecins expatriés**. Certains de ces nationaux étrangers prêtent leurs services en permanence, mais d'autres ne font que des visites occasionnelles. Bien que ce système ait suffi à répondre aux besoins actuels, ce n'est pas un arrangement viable à long terme, ni le meilleur. Le maintien permanent d'une réserve adéquate de fournitures pose aussi des problèmes. Les prestataires ont indiqué qu'il était souvent difficile de trouver les articles indispensables à la chirurgie, comme le matériel pour sutures. Au CNHU de Cotonou, le problème concernait tant les opérations de la fistule que la chirurgie générale.

Cependant, **d'autres traits de la situation au Bénin pourraient créer une excellente atmosphère pour les soins et la prévention de la fistule**. Par exemple, **le pays dispose déjà de ressources considérables en matière de formation à la chirurgie et à la santé publique**. L'école de médecine a introduit des modules de formation à la santé en matière de reproduction que les professeurs utilisent durant leurs cours aux étudiants en médecine qui préparent le Certificat d'études spéciales. En outre, **deux centres susceptibles de former prestataires et administrateurs aux aspects de la santé en matière de reproduction ont récemment ouvert leurs portes**. Le

premier est l'Institut régional de santé publique situé à Ouidah, qui offre des maîtrises dans des domaines tels que l'épidémiologie et la formation à la communication sociale et aux activités de plaidoyer; les systèmes d'information sanitaire; la vaccino-thérapie; et la prévention des infections. Des programmes relatifs à la qualité des soins et à la santé en matière de reproduction ont été d'autre part récemment introduits. Ce centre est spécialisé dans la recherche, ce qui en fait un outil très précieux pour aider à prévenir la fistule.

L'autre centre est une université qui compte une école de médecine, situé dans le nord du pays, à Parakou; elle présente un intérêt particulier concernant la fistule, car cette région est celle qui groupe le plus grand nombre de cas. Cette école pourrait offrir un excellent cadre aux médecins et aux étudiants pour s'informer des soins et de la chirurgie de la fistule.

Recommandations et besoins critiques

- **Rassembler des données qualitatives pour mieux comprendre les conditions de vie des clientes.**

L'Institut régional de santé publique situé à Ouidah est en mesure de conduire des recherches qui permettront de mieux comprendre comment les femmes du Bénin s'accommodent de la fistule. Avec l'épidémiologie et la santé publique au nombre des domaines d'étude, le Bénin est bien placé pour réunir des informations susceptibles d'éclairer de nombreux problèmes qui entourent cette affection.

- **Faire largement savoir comment les fistules se produisent et ce qu'il est possible de faire.**

Le personnel national de santé et les prestataires comprennent très bien la nécessité de dispenser une éducation de ce type, mais les dirigeants communautaires et les décideurs, à tous les niveaux de gouvernement, aussi bien que les rois et les reines, doivent être rendus plus conscients du problème et des moyens de le prévenir.

- **Créer des programmes qui permettent aux**

- **femmes de subvenir à leurs propres besoins.**

Les fistules apparaissent dans un climat où la MGF et le mariage précoce prédisposent les femmes à en être atteintes. La chance offerte aux femmes de gagner leur propre vie et d'acquérir des savoir-faire leur permettant de le faire pourrait fort bien améliorer leur statut social, éducatif et économique au Bénin.

- **Former des spécialistes locaux à la chirurgie de la fistule pour que les services puissent être offerts en permanence.**

Puisque la majorité des prestataires en cette matière sont des médecins expatriés qui ou bien font des visites occasionnelles, ou bien aident un centre à des titres très divers, il semble impératif de former des médecins locaux et des étudiants en médecine. Les services doivent être disponibles en permanence et moins dépendre de médecins expatriés, qui pourraient partir quelque jour.

- **Mettre en place un système d'aiguillage pour le traitement de la fistule.**

Au Bénin, l'information se répand rapidement de bouche à oreille à travers les villages et les villes. En parlant simplement de sa propre expérience, une femme qui a été traitée pour la fistule peut en déterminer d'autres souffrant de la même affection à se faire soigner. Mais les dispensaires de village ont besoin d'une technologie plus avancée, comme d'un réseau radio, pour aiguiller les cas caractérisés par un accouchement prolongé ou d'autres complications.

- **Envisager la mise en place à Tanguiéta d'un modèle des soins aux patientes de la fistule.**

L'Hôpital des Frères de St. Jean de Dieu à Tanguiéta a connu un grand succès : les activités de ses prestataires font penser qu'il pourrait servir de base pour la formation régionale. Chaque année, un prestataire organise des missions avec plusieurs collaborateurs pour opérer des fistules obstétricales, et l'hôpital a maintenant élargi ses services à des mesures qui aident à prévenir la fistule aussi bien

qu'à la guérir. La stratégie a consisté en partie à tenter d'améliorer l'accessibilité des régions écartées, notamment avec l'évacuation des clientes en temps utile. Ils ont créé un service d'ambulances disponibles 24 heures par jour pour répondre aux appels en provenance de l'un des 14 dispensaires de village reliés au réseau radio de l'hôpital. Mais cette initiative est financée en totalité par des dons d'organisations privées que les principaux membres du personnel ont sollicités. Ils ont soumis une

proposition tendant à lancer le projet afin de mieux assurer la viabilité à long terme de toute l'entreprise. Une autre option pourrait consister à faire de Tanguietà un hôpital d'internat où les étudiants en médecine recevraient une formation pratique à la chirurgie de la fistule. En plaçant un magnétoscope dans la salle d'opération, on leur permettrait de mieux se familiariser avec les techniques chirurgicales.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Bénin

A. Centre national hospitalier et universitaire (CNHU) de Cotonou, visité le 1er octobre 2002

Dimension : Huit lits dans l'aile de maternité, une salle d'opération.

Personnel médical : Trois urologues, dont un professeur qui a cessé de pratiquer la chirurgie. Les gynécologues renvoient souvent les cas de fistule aux urologues. Trois ou quatre infirmières sont affectées à l'équipe chirurgicale pour prêter assistance durant les opérations.

Nombre de clientes : En 2001, trois patientes ont été examinées et opérées. Le nombre moyen est de six par an. Les cas de FRV sont renvoyés à l'équipe de chirurgie gastrointestinale, mais ces cas sont devenus moins fréquents.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Cotonou ou du sud du pays en général.

Profil typique des clientes : Elles ont généralement de 18 à 30 ans. Chez la plupart, la fistule est apparue au cours d'un accouchement par césarienne et elles furent aiguillées immédiatement vers le CNHU pour y être opérées – le plus souvent de 10 à 14 jours après l'apparition de la fistule. L'une des femmes en cours de convalescence au CNHU souffrait d'une fistule depuis six ans. Elle avait vu plusieurs médecins qui n'avaient pas su diagnostiquer l'affection, ce qui pourrait indiquer un faible taux de prévalence.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Consultation.
- Une forte odeur d'urine ou de matières fécales constitue souvent un indice déterminant.
- Examen physique pour déterminer la taille de la fistule.
- Analyse de sang (pour déterminer si la patiente est anémique), examen du cœur, prise de la tension artérielle, etc.
- Si la fistule n'est pas immédiatement décelée

après l'examen physique, il est procédé à une radio complète (par exemple, pour les fistules entre l'utérus et la vessie).

Soins postopératoires :

- Les clientes restent hospitalisées deux semaines pour se rétablir.
- Il est conseillé aux clientes de consulter un gynécologue si elles veulent avoir d'autres enfants.
- Il est conseillé aux clientes de ne pas concevoir avant deux ans au moins et d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Une visite est prévue un mois plus tard pour vérifier que les symptômes n'ont pas reparu.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture sur l'extérieur : Ne semble pas exister.

Appui des autorités : Ne semble pas exister.

Coût estimatif global par procédure :

10 000 francs CFA (environ 14 dollars É.-U.) par journée d'hospitalisation; 126 000 francs CFA (190 dollars É.-U.) pour l'opération; 50 000 francs CFA (75 dollars É.-U.) pour les tests opératoires. Si une femme est hospitalisée 17 jours, ce qui est la durée moyenne d'hospitalisation pour ces patientes, le coût total peut s'élever à 365 dollars É.-U., non compris les médicaments. Si la première opération ne réussit pas et que la cliente revienne pour une deuxième tentative, les coûts sont les mêmes excepté pour l'opération, dont le prix tombe à 62 000 francs CFA (90 dollars É.-U.). Si une femme ne peut payer, l'équipe chirurgicale prendra à sa charge une partie des coûts, ou bien elle est aiguillée vers Tanguieta, dans le nord du pays, ou vers le Togo, où un médecin allemand, qui appartient à une mission, vient parfois pratiquer la chirurgie.

Ressources : Aucune.

Obstacles:

- Manque de l'équipement nécessaire (la réserve

de fil à sutures est souvent épuisée).

- Il faut former davantage de médecins : l'équipe chirurgicale a besoin d'être renforcée, car deux médecins seulement opèrent.

B. Hôpital de Zone de Natitingou, visité le 2 octobre 2002 (visite officieuse)

Dimension : Non connue.

Personnel médical : Une sage-femme assure la majorité des accouchements ; l'information sur les autres catégories de personnel n'était pas disponible.

Nombre de clientes : Cinq cas au cours des trois dernières années, dont aucun n'a donné lieu à une intervention chirurgicale. Les médecins qui travaillent ici à titre bénévole ont parfois dit aux clientes qu'elles souffrent d'un problème gynécologique qui guérira de lui-même. Ils leur ont dit de rentrer chez elles, mais de revenir si leur état ne s'améliorait pas. Une seule est revenue.

Tous les cas ont résulté de complications survenues au cours de césariennes et d'hystérectomies.

Provenance des clientes : Zone rurale à proximité de Natitingou.

Profil typique des clientes : La plupart sont âgées de 30 à 40 ans.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Si une femme déclare qu'elle ne sent plus le besoin d'uriner et que ses vêtements sont toujours mouillés, il doit s'agir d'une fistule.
- Un spéculum est inséré pour obtenir une image plus claire de la fistule.

Soins postopératoires : Aucune information.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune information.

Appui des autorités : Aucune information.

Coût estimatif global par patiente : Aucune information.

Ressources : Aucune information.

Obstacles : Aucune information.

C. Hôpital des Frères de St. Jean de Dieu, Hôpital de Zone de Tanguiéta, visité le 3 octobre 2002

Dimension : 250 lits, dont 40 dans l'aile de maternité. Deux salles d'opération et des chambres spéciales de suivi réservées aux soins postopératoires.

Personnel médical : Un médecin expatrié à plein temps qui pratique la chirurgie; deux médecins généralistes, qui font l'un et l'autre des césariennes; un gynécologue, qui vient chaque année deux semaines en avril pour opérer les patientes de la fistule; quatre infirmières à l'aile de maternité; et trois sages-femmes.

Nombre de clientes : La plupart des opérations de la fistule sont pratiquées durant trois périodes bloquées chaque année, quand les médecins étrangers arrivent. Ces missions viennent durant la saison sèche, parce que durant la saison humide les femmes, même celles qui sont atteintes d'une fistule, travaillent dans les champs. Non moins de 15 femmes sont opérées par chaque mission. Les cas qui se présentent en dehors de ces trois périodes bloquées sont traités par un médecin expatrié, Frère Florent, qui opère environ sept patientes par an. Chaque opération occupe en moyenne de quatre à six heures, en fonction du degré de complexité de la fistule.

Provenance des clientes : La majorité d'entre elles viennent du Burkina Faso. D'autres viennent d'autres parties du Bénin, ou du Togo et du Niger.

Profil typique des clientes : La plupart des femmes sont très pauvres et la fistule est apparue dès le premier accouchement. Elles ont de 13 à 20 ans et sont rarement plus âgées. Cependant, un médecin se souvient d'une femme âgée de plus de 50 ans qui avait souffert d'une fistule pendant 25 ans avant de venir se faire soigner. La plupart des femmes ont été abandonnées par leur mari, et de nombreux cas sont dus à des complications de la césarienne ou de l'hystérectomie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- La cliente est soumise à un examen de dépistage initial.
- La taille et l'emplacement de la fistule sont déterminés. Si l'emplacement de la fistule n'est

pas immédiatement évident, une teinture bleue est injectée dans la vessie pour rendre bien visible le parcours du liquide.

- Une prise de sang est effectuée pour préparer l'opération.
- Un médicament antiparasitaire est donné à la cliente.
- Des vitamines et des minéraux sont administrés à la cliente si elle souffre d'épuisement physique, d'anémie ou de faiblesse générale. Cette phase préparatoire peut occuper jusqu'à deux semaines. Une fois achevé le processus initial de dépistage, une date précise lui est indiquée à laquelle revenir pour l'opération.

Soins postopératoires :

- La cliente passe plusieurs semaines à l'hôpital pour se rétablir.
- Il lui est conseillé d'attendre deux ans avant une nouvelle grossesse, mais souvent la cliente n'est pas en mesure de décider du moment de ses grossesses ultérieures.
- Elle est aussi avertie qu'elle devra subir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture sur l'extérieur : Frère Florent communique par radio aussi souvent que possible l'annonce de l'arrivée de l'équipe chirurgicale. En outre, le médecin suisse qui organise les missions de l'équipe chirurgicale à Tanguïeta a développé l'échange d'équipement et la communication entre dispensaires. Une ambulance est disponible 24 heures par jour et un réseau radio est en place entre l'hôpital et les 14 dispensaires périphériques, ce qui facilite une évacuation rapide pour soins obstétricaux d'urgence, moyen essentiel de prévenir la fistule.

Appui des autorités : Le Gouvernement béninois a déclaré la région de Tanguïeta première zone sanitaire du pays.

Coût estimatif global par procédure : Ce coût est d'environ 400 000 francs CFA, soit un peu moins de 600 dollars É.-U. Mais les coûts effectivement supportés par les femmes sont très inférieurs, grâce aux initiatives de collecte de fonds de Frère Florent, qui ont conduit des organisations privées

à faire des dons répétés à l'hôpital. Du fait de ces subventions, les femmes payent ce qu'elles sont en mesure de payer, selon un barème similaire au concept d'échelle mobile. Elles payent ordinairement de 20 000 à 80 000 francs CFA, soit de 30 à 120 dollars É.-U.

Ressources : Trois nouveaux chirurgiens se sont récemment ajoutés à l'équipe de la fistule qui vient trois fois par an. La plus récente mission a comporté le tournage d'une opération, dont les images seront incluses dans un documentaire destiné à faciliter la collecte de fonds.

Obstacles :

- Fonds. Les activités de collecte de fonds des missions ne sont pas assurées d'un succès durable.
- Le Gouvernement béninois prête un appui encourageant, mais non encore tangible.

D. Hôpital évangélique de Bemberéké, Bemberéké, visité le 4 octobre 2002

Dimension : 60 lits, trois salles d'opération.

Personnel médical : L'équipe comprend un OB/GYN expatrié, présent à titre bénévole trois à quatre mois par an; une personne titulaire d'un certificat de soins infirmiers; sept agents hospitaliers qui ont été formés de manière officieuse par le médecin.

Nombre de clientes : Les opérations sont pratiquées trois à quatre mois par an, quand le chirurgien capable d'opérer des fistules est présent. De nombreux médecins qui ont été formés au centre d'Addis-Abéba viennent aussi à différents moments de l'année. Quand un spécialiste de la fistule est présent, la nouvelle se répand très vite de bouche à oreille et les femmes viennent en plus grand nombre. Le nombre annuel de clientes est de 10 à 15. La plupart des opérations réussissent.

Provenance des clientes : Villages voisins, aussi bien que le Niger et le Nigéria.

Profil typique des clientes : Les clientes ont moins de 30 ans, vivent dans la campagne et ont généralement connu un très long accouchement.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- La cliente est examinée.
- Le cathéter est inséré pour déterminer l'emplacement de la fistule.

Soins postopératoires :

- La durée normale de la convalescence est fixée à 10 jours.
- Des antibiotiques sont administrés aux clientes.
- Les femmes chez lesquelles une fistule apparaît durant une césarienne sont supervisées à l'hôpital pendant trois semaines pour voir si la blessure se guérira d'elle-même. Il y a des années, le médecin insistait pour que la cliente subisse une ligature des trompes, parce que le niveau d'éducation sanitaire (comme aussi le pouvoir de décision laissé aux femmes) était tel que celle-ci ne reviendrait pas pour des soins de suivi et ne se remettrait jamais complètement.

Réadaptation/réinsertion : Comme de nombreuses clientes reviennent ultérieurement à l'hôpital pour des césariennes, on peut en déduire qu'elles sont retournées chez leur mari ou qu'elles en ont trouvé un nouveau.

Ouverture vers l'extérieur : Par oui-dire.

Appui des autorités : Aucun n'est nécessaire.

Coût estimatif global par procédure :

30 000 francs CFA, soit 45 dollars É.-U.; la plupart des femmes paient elles-mêmes.

Ressources : Aucune information.

Obstacles : Aucune information.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

M. Philippe Delanne, Représentant de pays

Dr. Edwige Adékambi, Administratrice recrutée sur le plan national

Dr. Théodore Soudé, Conseiller à la santé en matière de reproduction et Administrateur national affecté aux projets

Ministère de la santé

Dr. Valère Goyito, Directeur de la santé publique, Direction de la Division de la santé familiale

Département d'Atacora

Dr. Emile Konassandé, Directeur départemental de la santé publique

Département de Borgou

Dr. Abdoulaye Souley, Directeur départemental de la santé publique

Hôpital des Frères de St. Jean de Dieu (Hôpital de Zone de Tanguietà)

Dr. G. B. Priuli, Frère Florent, chirurgien opérant de la fistule

CNHU

Dr. César Akpo, Chef du Service d'urologie

Dr. Eusèbe Alihonou, Chef des services de gynécologie et d'obstétrique

Dr. Prince-Pascal Hounnasso, Chirurgien spécialiste d'urologie

Hôpital évangélique de Bemberéké

Dr. Peter Staer, Gynécologue expatrié

Dr. Martin Luther Hosseu, Médecin généraliste

Mme Martha Koetsier, Sage-femme expatriée

Hôpital de Zone de Natitingou

Dr. Séko Bassongu, Médecin généraliste

Dr. Clément Glélé, Coordonnateur

Mme Lucie Tidjani, Sage-femme certifiée

Institut régional de santé publique

Dr. Khaled Bessaoud, Directeur

Dr. Servais Capo-Chichi

Données générales

Au Malawi, la santé en matière de reproduction s'inscrit dans le cadre de la « **pauvreté uniforme** », selon un médecin du district sud, et des nombreux et redoutables problèmes qui en résultent sur le plan sanitaire. En outre, une famine qui a commencé il y a plusieurs mois dans des secteurs limités du pays est en train de s'étendre.

Les derniers chiffres publiés concernant la prévalence du VIH donnent à penser que les taux d'infection des adultes sont d'environ 25 % dans les zones urbaines et de 13 % dans les zones rurales⁸. Parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans, le taux de prévalence estimatif est de 13 %. Parmi les femmes qui viennent recevoir des soins prénatals, 10 % sont séropositives dans les zones rurales, et 20 % dans les zones urbaines. Si les taux sont différents dans le nord et le sud du pays, il semble que les séropositifs occupent 70 % des lits d'hôpital au niveau national.

Le ratio de mortalité maternelle a probablement augmenté dans une très forte proportion au cours de la dernière décennie⁹. Il faut remarquer que le taux de césarienne (d'après les chiffres communiqués dans la région sud) est très faible, soit 2,7 %¹⁰. Le taux d'accouchement prolongé va de 10 %¹¹ à 22 %¹². Puisque les fistules sont le résultat d'un accouchement prolongé quand il n'est pas possible d'obtenir une césarienne, la conclusion logique est que les cas de fistule sont très courants. En outre, l'examen du registre d'une salle d'opération de l'un des centres a révélé un nombre considérable d'opérations qui détruisent le vagin à la suite d'un accouchement prolongé. La fistule est manifestement répandue dans les districts visités, mais il faut noter que l'étude a été conduite dans quatre districts seulement et que les conclusions ne devraient pas être étendues à l'ensemble du pays. Pour ces raisons et d'autres encore, bien que le taux

de prévalence de la fistule au Malawi soit inconnu, les prestataires estiment à l'unanimité qu'elle constitue un problème majeur.

Il y a pourtant quelques bonnes nouvelles sur le plan de la santé en matière de reproduction. **Le taux de prévalence des contraceptifs (méthodes modernes) a plus que triplé depuis 1992. Actuellement, 30,5 % des femmes mariées utilisent une méthode quelconque – et 26 % une méthode moderne;** en 1992, ce dernier chiffre n'était que de 7 %¹³. En outre, 91 % des mères qui ont eu des enfants au cours des cinq dernières années avaient effectué au moins une visite pour soins prénatals. Dans 56% des cas, les mères avaient au moins quatre visites pour soins prénatals. Malheureusement, non moins de la moitié des femmes enceintes n'en avaient pas fait une seule au début de leur sixième mois de grossesse, de sorte qu'il reste à obtenir un bon échelonnement de ces visites. En dépit de cela, le pourcentage des accouchements qui ont lieu dans un centre de santé est de 56 %, c'est-à-dire sensiblement plus élevé que dans les pays voisins¹⁴.

Le Gouvernement du Malawi, reconnaissant qu'il était nécessaire de faire de la santé maternelle une priorité, a institué en 1995 un **programme « Initiatives pour une maternité sans danger »**, avec le but ultime de « réduire la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès aux soins obstétricaux essentiels et aux soins postnatals de qualité. »¹⁵ Pour améliorer l'accès aux centres, un objectif clef a été d'obtenir davantage d'ambulances à quatre roues et à deux roues et de les confier aux chefs locaux, car l'expérience a donné à penser que la communauté reconnaissait en eux les personnes les plus aptes à prendre en charge le transport des patientes. Mais il y a encore des indices contradictoires quant à l'acceptabilité dans la culture locale des ambulances à deux roues¹⁶.

Le programme a visé non seulement à élargir l'accès, mais aussi à **améliorer les attitudes des prestataires de soins de santé aussi bien qu'à perfectionner leurs compétences techniques.** Pour comprendre la situation actuelle, une recherche sera conduite sur les attitudes et les motivations, et aussi sur ce qu'il est possible de faire pour améliorer le système de supervision. Un aspect clef de l'initiative en cours consiste à travailler en liaison étroite au niveau communautaire en vue de créer des comités de village sur la maternité sans danger, d'organiser les transports et de développer les connaissances des AT pour qu'elles puissent reconnaître les signes de l'accouchement prolongé et assurer efficacement le transport des femmes à un centre. Le pourcentage (relativement élevé) des femmes qui accouchent dans un centre, comme on l'a indiqué plus haut, pourrait être dû aux interventions du programme de maternité sans danger.

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins a rencontré à Lilongwe le personnel du bureau de pays de l'UNFPA, du groupe de santé en matière de reproduction du Ministère de la santé, et de l'Agency for International Development des États-Unis (USAID). À Blantyre, l'équipe a rencontré un représentant du programme de maternité sans danger dans le district sud, financé par le Department for International Development (DfID), ainsi que le personnel de l'Hôpital central Queen Elizabeth et de l'Hôpital Mwaiwathu, hôpital privé qui n'offre de services qu'aux clientes capables d'en acquitter le prix. Enfin, l'équipe a rencontré le personnel de l'Hôpital de mission de Mulanje, de l'Hôpital central de Zomba, de l'Hôpital de district de Machinga, et de l'Hôpital de mission de Nkhoma, chaque fois dans leurs villes respectives. À une réunion de compte rendu de mission, l'équipe a aussi eu l'occasion d'engager un débat avec des représentants de l'OMS et de l'Agence canadienne de développement internationale (ACDI).

Il convient de noter qu'**un certain écart**

existe entre les responsables de la politique et l'ensemble des prestataires de services concernant la fistule en général et le degré de connaissance de cette affection. Ceux qui n'avaient pas eu l'occasion de passer beaucoup de temps dans les centres de traitement ne savaient guère que la fistule était dans le pays l'un des principaux états morbides relatifs à la santé en matière de reproduction. Aux sites de prestation de services, le consensus du personnel de tout niveau est que la fistule constitue un problème de plus en plus grave. De fait, comme on lui demandait si l'on n'avait pas fait savoir officiellement à la population que les femmes atteintes de la fistule pouvaient recevoir des soins, l'un des prestataires a dit : « Oh non! Nous aurions peur de le faire... Nous serions submergés. »

La condition des femmes et la possibilité pour elles d'avoir recours aux soins de santé maternelle sont déterminées dans une large mesure par **les croyances culturelles locales, la grossesse précoce, les profondes inégalités entre les sexes et les possibilités limitées de transport.** En outre, les **pénuries de personnel** ont atteint une telle ampleur que de nombreux centres de santé ont dû fermer leurs portes. Dans les centres existants, la qualité des soins se heurte à plusieurs obstacles, plus particulièrement la dureté du personnel à l'égard des clientes et les pénuries de matériel et de fournitures. Enfin, comme d'autres maladies liées à la reproduction, telles que le cancer du col de l'utérus, sont désormais plus généralement décelées, une concurrence se livre à l'intérieur des centres pour l'accès aux salles d'opération, car les clientes atteintes d'affections susceptibles de menacer leur vie ont naturellement priorité sur les malades de la fistule.

Au niveau des communautés, selon la région ou le secteur, un certain nombre de croyances locales concernant la grossesse et l'accouchement font obstacle à la recherche de soins, même pour les femmes qui souffrent d'un accouchement prolongé. C'est ainsi que, **par respect des traditions locales, une femme s'efforcera de garder secrète la date**

probable de l'accouchement. Durant les visites pour soins prénatals au centre de santé, quand on lui demande le début de sa dernière période, elle répondra qu'il lui faut consulter son mari, qui le saura. Et en effet, il le sait, car il lui incombe de signaler aux anciens toute aménorrhée puisqu'une femme est considérée « impure » pendant sa période et, pour cette raison, n'est pas autorisée à accomplir certaines tâches au sein de la communauté.

Comme il est souvent indiqué dans les pays voisins, **les femmes sont supposées donner naissance à leur domicile, spécialement pour la première fois.** Si une femme a un accouchement prolongé, cela passe pour le signe qu'elle a eu d'autres partenaires sexuels, et elle doit crier leurs noms à haute voix afin que le bébé puisse être « libéré » à travers le bassin. Dans certaines communautés, le mari ou partenaire est également supposé nommer ses autres partenaires sexuels. L'une des raisons pour lesquelles les femmes n'accouchent pas dans les centres est donc qu'elles sembleraient s'attendre à un accouchement difficile parce qu'elles ont eu d'autres partenaires – s'affichant ainsi elles-mêmes coupables de ces infidélités avant même de souffrir un accouchement prolongé. **Les décisions concernant le moment et le lieu où chercher des soins sont généralement prises par l'oncle** (ou, parfois, par le mari); sans leur intervention, il est peu probable qu'une femme aurait recours aux soins de sa propre initiative. Comme il est jugé embarrassant d'avoir un accouchement prolongé, une femme qui a besoin d'être conduite à un centre de santé attendra que le jour tombe pour que nul autre ne la voie.

Étant donné que **la plupart des femmes sont en enceintes pour la première fois dès l'adolescence, le risque d'accouchement prolongé est encore plus grand en raison de la taille insuffisante du bassin.** En outre, **puisqu'elles ont parfois participé à des rites d'initiation, elles sont tout particulièrement exposées à contracter de bonne heure plusieurs IST.** Si certains rites d'initiation sont éducatifs et conçus pour donner

aux filles des notions d'hygiène, de cuisine, d'art ménager et de couture, d'autres les exposent à un risque sérieux. En particulier, dans certaines parties du district sud, la pratique de l'« afisi » (ce mot signifie « hyène ») comporte une activité sexuelle avec une fillette qui peut n'avoir que 8 ans. Les parents de la fillette choisissent et payent un homme de leur communauté pour initier leur fille de nuit, ce qui est le moyen de lui « enseigner » comment avoir des rapports sexuels. La fillette n'est pas informée à l'avance de cet arrangement et, comme il fait sombre, n'est pas supposée pouvoir identifier l'homme.

Étant donné toutes les inégalités dans les relations entre les sexes, il n'est pas surprenant que **le même déséquilibre se manifeste dans les questions concernant le transport.** À certains endroits, les ambulances à deux roues ont paru un moyen possible de surmonter la pénurie de transports, mais dans bien d'autres les femmes ne seraient pas autorisées à monter à bicyclette. En outre, parce qu'une femme ne peut être vue sur une bicyclette, même si la bicyclette est conduite par un homme, cela ne semble pas un choix idéal pour une femme en train d'accoucher. De plus, les chars à boeufs, qui servent dans certaines communautés à offrir un moyen de transport additionnel, doivent être retouchés de manière à présenter une inclinaison, car toute personne allongée sur une surface plane est souvent considérée comme morte.

Malgré ces obstacles, **de nombreux centres de santé ont maintenant le téléphone et parfois la radio pour communiquer avec l'hôpital central, qui peut envoyer une ambulance à quatre roues (s'il en est une qui soit disponible, en état de marche, etc.)** En outre, le comité de santé du village a aidé à organiser des ambulances à deux roues et des chars à boeufs. Malheureusement, étant donné l'étendue des districts, les nombreux centres de santé (souvent de 14 à 16) dans chaque district et la tendance des ambulances à quatre roues à tomber en panne, il peut facilement s'écouler 24 heures entre l'appel téléphonique et l'apparition d'une ambulance. Comme on l'a

noté plus haut, les ambulances à deux roues et les chars à bœufs rencontrent divers obstacles, mais fonctionnent efficacement dans certaines communautés.

D'autre part, **en raison des pénuries de personnel si sévères, un certain nombre de centres de santé ont dû fermer leurs portes et un nouveau centre de santé doté d'un équipement complet n'a pu encore ouvrir.** La plupart des élèves de l'école des soins infirmiers n'ont pas obtenu de diplôme (75 sur 100 ont échoué cette année), et 1 800 infirmières du pays ne travaillent pas en cette qualité parce que leur salaire est très faible et les conditions de travail très médiocres. En outre, le Conseil infirmier communique que 65 infirmières ont quitté le Malawi durant l'année écoulée pour trouver ailleurs un emploi mieux rémunéré. Il y a 10 gynécologues dans le pays, dont huit expatriés, et ils sont tous fixés dans les districts du centre et du sud. En raison de la crise de personnel, l'équipe d'évaluation a recueilli de nombreux récits sur les solutions moins qu'idéales trouvées à cette situation difficile.

Il n'est pas surprenant que **la qualité des soins soit compromise dans les centres de santé qui continuent de fonctionner.** Les infirmières se voient confier jusqu'à 140 patientes par aile et, assure-t-on, les traitent souvent fort mal, ce qui détourne manifestement de chercher des soins dans un centre. L'équipe a entendu à plusieurs reprises l'histoire de femmes auxquelles on a dit immédiatement après l'accouchement de « nettoyer leurs ordures » avec leur propre chitenge, étoffe semblable à un sari drapé autour de la partie inférieure du corps comme l'imposent la coutume et la décence dans le vêtement. Les réserves d'équipement médical et d'autres matériels sont maigres, bien que concernant la chirurgie de la fistule le personnel médical déclare disposer le plus souvent du nécessaire pour conduire ses opérations. Mais il faut signaler une exception : les fournitures aussi utilisées pour d'autres opérations, comme le fil à suture et les cathéters, sont parfois épuisées.

Malgré cette situation d'ensemble très difficile,

les centres où la fistule obstétricale est opérée (visités par l'équipe) servent une à 12 clientes par mois. Par exemple, à Nkhoma, l'hôpital a traité en moyenne 12 à 14 cas par an entre 1997 et 1999, mais depuis l'arrivée d'un gynécologue qui s'intéresse à la fistule, les chiffres sont passés à 35 en 2000, 40 en 2001 et 30 pour le premier semestre de 2002. À Zomba, le médecin a opéré 48 patientes dans les quatre mois qui ont suivi la tenue d'un atelier de formation. Bien que peu de prestataires du Malawi aient eu la possibilité d'être formés à un centre officiel de formation, comme l'hôpital d'Addis-Abeba, ils ont pris l'initiative courageuse de constituer un réseau collégial des parties intéressées. Le médecin de Zomba (comme on l'a noté plus haut) a aidé en avril à organiser un atelier de formation qui a bénéficié d'une compétence externe en les personnes de deux chirurgiens européens de la fistule bien connus. Durant l'atelier, huit patientes ont été opérées, ce qui a offert aux médecins et au personnel médical des dispensaires l'occasion de perfectionner leurs compétences. **Il faut noter qu'au Malawi, contrairement à ce qui est le cas dans plusieurs autres pays de la région, le personnel médical des dispensaires et les généralistes peuvent être formés à opérer la fistule.** Il n'y a pas de règle limitant cette formation aux spécialistes. « Pour nous, la compétence est la seule chose qui importe », a observé un administrateur principal d'un hôpital de Blantyre.

Six hôpitaux ont été visités dans le centre et le sud du Malawi, mais on sait que quatre autres ont pratiqué la chirurgie de la fistule dans le passé et il pourrait y en avoir encore d'autres qui en soient capables. **Dans chacun des hôpitaux de mission et des hôpitaux publics, les prestataires ont souligné que le nombre de patientes est en train d'augmenter.** Chaque fois qu'un prestataire capable d'opérer est présent, « les femmes le savent et viennent », a expliqué l'un d'eux dans le district sud. Quand les prestataires sont absents, même pour prendre des vacances, les femmes cessent de venir. Les prestataires ont pris l'initiative d'aller

opérer dans d'autres districts, tant pour aider un prestataire local qui a besoin de leur présence que parce que les patientes de la fistule sont souvent trop pauvres pour payer le transport de leur domicile à un point de prestation de services. Dans un hôpital du nord du pays, un prestataire formé à l'hôpital d'Addis-Abeba, mais seul sur place, n'a pas assez confiance dans son niveau de compétence pour opérer sans assistance. Comme en d'autres endroits, une telle situation fait ressortir la nécessité de former plus d'une personne par centre.

Aucun des centres visités n'obligeait les patientes de la fistule à payer. Dans tous les hôpitaux publics, on n'attendait pas des patientes qu'elles acquittent le prix des services, comme c'est l'habitude dans les établissements publics. Bien que les hôpitaux de mission demandent ordinairement une forme ou une autre de paiement, dans l'un des hôpitaux de mission visités, la femme médecin paie de sa poche le coût de toutes les opérations et, dans un autre, le médecin a réussi à obtenir des fonds d'une organisation américaine pour couvrir le coût de ses interventions.

Recommandations et besoins critiques

- **Appuyer le choix de l'Hôpital central de Zomba en tant que centre national ou régional de formation à la chirurgie de la fistule.**

L'Hôpital central de Zomba est bien placé pour devenir un centre de formation, cela pour diverses raisons. On y a déjà conduit un atelier de formation de niveau international et on envisage d'en conduire un autre. On y donne une formation en cours d'emploi à la fistule au personnel médical des dispensaires et aux sœurs infirmières. Le gynécologue se rend actuellement dans d'autres districts pour y opérer la fistule, apportant ainsi son soutien à un réseau de collègues et d'hôpitaux qui est maintenant bien en place. En outre, l'hôpital est en train de construire une salle de chirurgie gynécologique, qui pourrait servir aux séances de formation à la chirurgie de la fistule.

Contrairement à l'autre hôpital central le plus

proche, celui de Zomba n'est pas submergé par un nombre immense d'opérations d'urgence, de sorte qu'il ne serait pas nécessaire d'arrêter et de recommencer des opérations de la fistule quand une urgence apparaît. Enfin, et c'est peut-être le plus important, l'administrateur en chef, médecin qui opère la fistule, et d'autres membres du personnel ont pris cette initiative d'eux-mêmes, de sorte qu'elle leur appartient, et ils travaillent maintenant à en faire une réalité.

- **Conduire une collecte de données pour évaluer la situation des filles et des femmes atteintes de la fistule au niveau communautaire et adapter le système actuel d'information sur la gestion sanitaire pour capter l'information relative à la fistule au niveau national.**

Si l'on connaît bien la situation des femmes atteintes d'une fistule quand elles viennent dans un centre, on sait peu de choses de leur situation dans leurs communautés respectives. Il sera essentiel d'avoir un aperçu sur la vie des filles et des femmes sous cet angle au moment de lancer des activités visant à prévenir la fistule et à faciliter la réinsertion dans la communauté après l'opération. En outre, en adaptant le système actuel d'information sur la gestion sanitaire afin de collecter des données sur la fistule, on mettra les décideurs au niveau national mieux à même de créer des programmes et de concevoir des réactions dans le contexte d'un taux de prévalence relativement exact.

- **Normaliser les protocoles et directives de chirurgie de la fistule, aussi bien que les soins préopératoires et postopératoires.**

Tandis que l'équipe d'évaluation des besoins conduisait des interviews avec des prestataires de tout niveau, il est devenu manifeste qu'une série normalisée de directives ou de protocoles aiderait à faciliter l'emploi des meilleures pratiques. Même la mise en commun d'avis simples sur la manière d'aider une patiente à rééduquer sa vessie après l'opération aiderait ceux qui prennent soin des clientes à mieux faire leur travail.

- **Faire en sorte que la formation à la chirurgie de la fistule porte toujours sur plus d'une seule personne par centre.**

En dispensant une formation à la chirurgie de la fistule, il est essentiel de former au moins deux personnes par centre, de préférence une équipe médecin-infirmière. Si une seule personne a été formée, il semble bien qu'elle se sentira beaucoup moins à l'aise pour pratiquer l'opération de la fistule, de sorte qu'elle aura peu de chances de maintenir son niveau de compétence. S'il faut choisir entre former deux personnes dans un centre ou une personne dans chacun de deux centres, le premier choix a une meilleure chance d'entraîner un changement durable que le dernier; c'est là une leçon particulièrement importante si un centre de formation national ou régional est créé.

- **Soutenir le réseau collégial de prestataires déjà spécialisé dans la fistule.**

Les médecins, les généralistes, le personnel médical des dispensaires et le personnel infirmier qui travaillent sur la fistule ont fait beaucoup au Malawi pour s'appuyer un soutien mutuel. Il est essentiel de trouver les moyens de continuer à appuyer leur initiative et entretenir leur enthousiasme. Peut-être pourrait-on distribuer dans tout le pays et tenir à jour une fiche contenant la liste des centres

d'aiguillage et des prestataires, qui devrait être très complète. On pourrait aussi collecter des fonds pour garantir aux prestataires l'équipement et les fournitures nécessaires, et même leur procurer un peu d'argent qu'ils seraient libres de dépenser au profit de leurs clientes. Toute mesure prise à l'appui de ces prestataires contribuerait beaucoup à créer un climat de bonne volonté et à garantir que les patientes de la fistule peuvent encore compter au Malawi sur des services de haute qualité.

- **Donner priorité à la prévention en faisant mieux connaître les différents aspects de la santé en matière de reproduction.**

Les données indiquent qu'au Malawi 91 % environ des femmes enceintes ont reçu une forme quelconque de soins prénatals. Ces visites offriraient aux prestataires une bonne occasion de dispenser des informations sur les complications potentielles de l'accouchement et sur l'importance des soins obstétricaux d'urgence. On pourrait aussi dissiper des idées erronées sur l'accouchement prolongé en donnant aux membres d'une communauté des informations sensibles aux valeurs culturelles sur le dommage que peuvent éventuellement causer certaines pratiques traditionnelles courantes et le mariage précoce.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Malawi

A . Hôpital central Queen Elizabeth, Blantyre, visité le 7 août 2002

Dimension : Incertaine. La gratuité des soins est la règle pour la plus grande partie de l'hôpital, mais il y a une aile payante, qui est occupée la plupart du temps à environ 40 % de sa capacité.

Personnel médical : Trois gynécologues, mais le seul pratiquant l'opération de la fistule est le Dr. Rijken, qui en a effectué plus d'un millier dans ses 20 années d'exercice sous les tropiques. Grâce aux hautes compétences du Dr. Rijken, l'hôpital sert de centre d'aiguillage pour la fistule. Comme les spécialistes sont attachés à l'université plutôt qu'à l'hôpital, ils n'ont qu'un temps limité pour les activités cliniques du fait de leurs obligations d'enseignement. Il y a une pénurie aiguë de personnel infirmier; la plupart des infirmières ont à leur charge plus de 100 patients et travaillent de 7 h 30 à 17 heures. L'hôpital est connu pour être celui qui, dans tout le pays, souffre le plus de la pénurie de personnel.

Nombre de clientes : Au moins 52 femmes atteintes d'une fistule sont opérées chaque année; la plupart doivent attendre, surtout quand il faut donner priorité à d'autres opérations de gynécologie ou que le Dr. Rijken est absent.

Provenance des clientes : Les clientes viennent d'un peu partout; beaucoup sont du Mozambique.

Profil typique des clientes : Elles peuvent être de tout âge, mais la majorité sont jeunes - très souvent de 18 ans environ, bien que la plupart ne connaissent pas exactement leur âge. Généralement, la fistule est apparue au premier accouchement.

Processus d'évaluation et de dépistage : Aucune information.

Soins postopératoires : Aucune information.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune, à l'exception

d'un projet de maternité sans danger financé par le DfID, en cours dans le district sud.

Appui des autorités : La fistule n'est pas une priorité aux yeux des autorités.

Coût estimatif global par procédure : Incertain. Mais les clientes n'ont pas à payer elles-mêmes.

Ressources : Le Gouvernement du Malawi.

Obstacles :

- Il est impossible d'opérer, de bien loin, toutes les clientes qui demandent des services.
- Un seul spécialiste possédant les compétences nécessaires est disponible et il ne peut passer qu'un à deux jours par semaine dans la salle d'opération.
- Il est difficile pour les femmes de trouver un moyen de transport.
- Elle n'atteignent souvent l'hôpital qu'avec un retard considérable.
- La pénurie de personnel est critique.
- Pour toutes ces raisons, il arrive que la date d'une opération soit remise deux ou trois fois.

B. Hôpital de mission de Mulanje, Mulanje, visité le 7 août 2002

Dimension : 160 lits.

Personnel médical : Une gynécologue américaine; deux médecins néerlandais spécialistes des maladies tropicales, et du personnel médical de dispensaire. La gynécologue américaine, le Dr. Sue Makin, a reçu une formation de six semaines, en 1995, à l'hôpital d'Addis-Abeba et pratique des interventions « simples » et sur la FVV. Les cas de fistule plus complexes sont renvoyés au Dr. Rijken, à l'Hôpital Queen Elizabeth de Blantyre. « Il faut avoir l'imagination d'un spécialiste de chirurgie esthétique pour les cas difficiles – Je ne l'ai pas! » déclare le Dr. Makin. Elle pratique aussi de temps à

autre des interventions simples pour deux autres hôpitaux.

Nombre de clientes : Environ 12 cas de fistule par an.

Provenance des clientes : La plupart viennent de la région proche du Mozambique.

Profil typique des clientes : La plupart sont jeunes (environ 18 ans); la plupart sont enceintes pour la première fois et très pauvres. Parfois, une femme a déjà eu un ou six enfants à domicile avant de connaître un accouchement prolongé et difficile et de contracter une fistule. Le Dr. Makin prend à sa charge le coût de la procédure, qui est d'environ 15 dollars É.-U.

Processus d'évaluation et de dépistage : Le Dr. Makin examine les femmes (sans anesthésie) pour déterminer si elle peut faire l'intervention. Si elle estime le pouvoir et si la fistule s'est formée depuis trois mois au moins, elle est généralement en mesure d'opérer dans un délai de deux semaines. Autrement, les clientes retournent attendre chez elles jusqu'à ce que les trois mois soient passés. Le Dr. Makin renvoie les cas difficiles à l'Hôpital Queen Elizabeth, où la liste d'attente est de trois à quatre mois. Aucun test de dépistage n'est effectué.

Soins postopératoires :

- Les infirmières sont formées à prendre soin des patientes de la fistule.
- Les clientes restent généralement dans l'aile deux semaines environ après l'intervention.
- Les clientes reçoivent des conseils concernant le VIH et les méthodes de planification familiale, dont certaines peuvent leur être appliquées gratuitement à l'hôpital – Norplant, depoprovera et ligature des trompes, le plus souvent.

Réadaptation/réinsertion : Aucun programme n'a été mentionné; le Dr. Makin prend à sa charge le coût de la procédure et de l'alimentation de sa cliente et de la personne qui l'accompagne éventuellement. L'impression du Dr. Makin est qu'une fois sur deux environ, la partenaire/mari reste avec la femme; dans l'autre moitié des cas, la femme est abandonnée et finit par revenir au domicile de ses parents.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune information.

Appui des autorités : Bien que la fistule n'apparaisse pas comme une priorité, surtout depuis la découverte récente de nombreux cas de cancer du col de l'utérus, les membres d'un groupe de médecins de la région sud sont en communication régulière et ont organisé en mars un atelier sur la fistule, au cours duquel huit patientes furent opérées en l'espace d'une semaine.

Coût estimatif global par procédure : L'hôpital fixe une redevance de 15 dollars É.-U. environ par procédure, mais on ignore quel est le coût effectif global. Les clientes elles-mêmes ne paient rien.

Ressources :

- Gouvernement du Malawi.
- Église presbytérienne des États-Unis.
- Église presbytérienne d'Irlande.
- Église presbytérienne d'Écosse.
- ONG néerlandaises.
- Le Projet HOPE (Health Opportunity for Everyone) prête appui aux conseils et tests sans obligation (VCT).

Obstacles :

- Aucun anesthésiste n'est affecté à l'hôpital, de sorte que l'intervention chirurgicale doit attendre qu'un puisse venir de l'extérieur, soit généralement une fois par quinzaine.
- Réserve insuffisante de trousse de dépistage du VIH/sida. Le Gouvernement est supposé les fournir, mais elles paraissent « se perdre ». Souvent, quand la réserve est presque épuisée, l'hôpital les garde pour utilisation sur les donneurs de sang potentiels.
- Il est nécessaire de créer des messages de prévention de la fistule au sein de la communauté.
- La famine est en train de se répandre.

C. Hôpital Maiwathu, Blantyre, visité le 7 août 2002

Dimension : 60 lits.

Personnel médical : Cinq gynécologues; un anesthésiste; et un grand nombre d'infirmières.

Nombre de clientes : Quatre patientes de la fistule au cours des trois dernières années, mais les fistules n'étaient pas d'origine obstétricale. Elles résultaient d'autres procédures (par exemple, hystérectomie) ou d'autres causes.

Provenance des clientes : Les clientes de cet hôpital sont de Blantyre et ont les moyens de payer ce qui apparaît ici comme une somme considérable pour les services. Le coût d'une césarienne, par exemple, est de 36 000 kwacha, soit 450 dollars É.-U. La plupart des femmes atteintes d'une fistule viennent de la région proche du Mozambique; certaines, du Mozambique même. Un membre du personnel a noté qu'« il y a beaucoup, beaucoup de femmes atteintes de la fistule dans les zones rurales » et qu'on ne les voit pas à cet hôpital. Un médecin observe que le taux de prévalence du VIH à cet hôpital privé et dans d'autres hôpitaux est de 20 % à 30 % des femmes d'âge procréateur.

Profil typique des clientes : Les patientes de la fistule à cet hôpital privé ne répondent pas au profil habituel, car elles ont un revenu disponible assez important. Elles sont plus âgées et leurs fistules ont d'autres causes que l'accouchement prolongé.

Processus d'évaluation et de dépistage : Aucune information.

Soins postopératoires : Aucune information.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture vers l'extérieur : Aucune information.

Appui des autorités : Aucune information.

Coût estimatif global par procédure : Non connu.

Ressources : Une banque privée et une organisation américaine ont aidé à financer l'hôpital; toutes les patientes acquittent le prix des services reçus.

Obstacles : Aucune information.

D. Hôpital central de Zomba, Zomba, visité le 8 août 2002

Dimension : 400 lits; actuellement, certaines patientes doivent partager un lit. Deux salles d'opération, une grande et une petite; on envisage actuellement d'en installer une troisième.

Personnel médical : Deux OB/GYN (expatriés originaires de l'Autriche, qui sont ici depuis deux ans et s'en vont en octobre); et du personnel médical de dispensaire.

Nombre de clientes : L'hôpital a effectué 48 interventions dans les quatre derniers mois, dont deux FRV; au cours de la semaine où le Dr. John Kelly était là pour l'atelier, huit interventions ont été effectuées.

Provenance des clientes : La plupart ont été envoyées d'autres hôpitaux de district; certaines viennent de la zone desservie par Zomba, qui comprend 1,5 million de personnes; Zomba est devenu un centre d'aiguillage pour la fistule.

Profil typique des clientes : La majorité sont jeunes, et la fistule est apparue lors du premier accouchement. Chez certaines clientes, la fistule peut remonter à 15 ans. Mais toutes sont pauvres et beaucoup ont été mises à l'écart dans leur communauté ou sont honteuses de leur état, de sorte qu'elles ne diront pas immédiatement à une sœur infirmière pourquoi elles sont venues : elles mentionnent d'abord, par exemple, « des maux d'estomac ».

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Examen sous anesthésie pour déterminer la position et la taille de la fistule.
- Dépistage et traitement de toute maladie/ affection en cours.
- Pas de dépistage systématique du VIH.

Soins postopératoires :

- Une teinture est injectée dans la vessie pour s'assurer que la procédure a réussi.
- Il est conseillé aux clientes de n'avoir pas de rapports sexuels avant trois mois; le mari entendra probablement dire que sa femme est maintenant en bonne santé, de sorte qu'il

souhaite généralement reprendre ces rapports aussitôt après son rétablissement.

- Les clientes reçoivent des conseils concernant la planification familiale (les injectables sont la méthode la plus appréciée); le VIH/sida; et la nécessité de revenir à l'hôpital en cas de nouvelle grossesse.
- Les clientes restent généralement dans l'aile (en compagnie d'autres femmes) pendant deux semaines avec un cathéter.
- La vessie est ensuite rééduquée pendant plusieurs jours.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture sur l'extérieur : Certaines ambulances à deux roues transportent les femmes à l'hôpital, ce qui prouve que ce type de lien avec les communautés a connu un succès au moins partiel. Les infirmières s'efforcent de travailler avec les AT pour les aider à reconnaître les signes d'une urgence obstétricale; mais elles se sont aperçues qu'il leur fallait sans cesse y revenir, « ou bien les AT reprendront leurs anciennes manières d'agir ».

Appui des autorités : Le Département des services cliniques, au Ministère de la santé, a prêté son appui.

Coût estimatif global par procédure : Non connu, mais les femmes n'ont pas à payer.

Ressources : Fonds provenant du Gouvernement du Malawi, ainsi que quelques donations et de l'équipement dont l'hôpital est redevable aux visiteurs expatriés.

Obstacles :

- Actuellement, l'espace est très limité mais un nouveau bâtiment est en cours de construction. Le bâtiment d'origine remonte à 1938.
- Après le départ du Dr. Safar, l'hôpital devra trouver un autre gynécologue.
- Bien que l'équipement et les matériels suffisent en ce moment, si Zomba devient un centre de formation à la chirurgie de la fistule, l'hôpital devra s'assurer davantage de fournitures, ainsi qu'une source régulière de personnel et d'appui financier.

E. Hôpital de district de Machinga, Machinga, visité le 8 août 2002

Dimension : 239 lits d'hôpital.

Personnel médical : Deux médecins généralistes; un gynécologue (égyptien); un chirurgien, deux anesthésistes, membres du personnel médical de dispensaire; un orthopédiste, membre du personnel médical de dispensaire; quatre membres du personnel médical de dispensaire ; et 46 infirmières.

Nombre de clientes : Actuellement, l'hôpital traite environ trois cas par mois. Il renvoie aussi de nombreux cas à l'Hôpital Queen Elizabeth, car le chirurgien ne se sent actuellement à l'aise qu'avec des cas simples.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de toute la région : l'hôpital est plus récent que la plupart et il a d'autre part la réputation d'être de qualité et d'avoir un personnel qui traite bien les clientes. En outre, l'hôpital est situé dans le district du Président.

Profil typique des clientes : Elles sont jeunes (âgées de moins de 20 ans), pauvres, enceintes pour la première fois. Le personnel note qu'il voit dans la région des grossesses chez des filles âgées de 12 ans seulement. Dans les zones rurales, une très nette préférence existe en faveur de l'accouchement à domicile.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Examen sous anesthésie.
- Dépistage de la bilharziose.
- Hémoglobine.
- Examen des selles et de l'urine.
- Pas de test de dépistage du VIH.

Soins postopératoires :

- Il est conseillé aux clientes de s'abstenir quelque temps de rapports sexuels, d'appliquer la planification familiale et de ne pas manquer d'accoucher à l'avenir dans un centre médical.
- Les femmes restent généralement dans l'aile 14 jours environ.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information disponible, mais le personnel a le sentiment que les femmes atteintes d'une fistule ne sont guère mises

à l'écart par leur communauté.

Ouverture vers l'extérieur : Les infirmières sont actives dans les communautés, mais sans s'occuper expressément des fistules. Elles parlent avec les comités de santé des villages de la manière d'identifier les urgences obstétricales et ont donné des conseils sur la manière de confectionner une ambulance de fortune à l'aide de piquets et d'un morceau d'étoffe. La famine se fait sentir dans la zone.

Appui des autorités : Les membres du personnel ont le sentiment que, le centre étant situé dans le district du Président, la population s'imaginerait qu'il reçoit un appui substantiel.

Coût estimatif global par procédure : Non connu.

Ressources : Le Gouvernement du Malawi.

Obstacles :

- Le principal obstacle est la grossesse de très jeunes filles.
- La compétence de l'OB/GYN est limitée. Il aimerait recevoir un complément de formation à l'opération de la fistule.

F. Hôpital de mission de Nkhoma, Nkhoma, visité le 9 août 2002

Dimension : 220 lits; deux salles d'opération, dont une seulement peut être utilisée pour les opérations de la fistule.

Personnel médical : Trois médecins : l'un de ces médecins, le Dr. Ter Haar, a une certaine expérience de la gynécologie et s'y intéresse, mais n'est pas gynécologue; trois membres du personnel de dispensaire. Il n'y a pas d'anesthésiste, de sorte que les membres du personnel de dispensaire supervisent la rachianesthésie. La grave pénurie de personnel infirmier constitue actuellement un problème. Deux ateliers sur la FVV ont été tenus cette année – l'un avec le Dr. Kelly et l'autre avec le Dr. Lydia Engelhart et le Dr. Walter Hull, venus des États-Unis.

Nombre de clientes : Quatorze cas de fistule en 1997; 10 en 1998; 14 en 1999; 35 en 2000; 45 en 2001; et, dans les six premiers mois de 2002, le personnel médical a pratiqué 30 interventions. Le problème

est en voie d'aggravation et l'hôpital reçoit davantage de patientes envoyées d'ailleurs. Le nombre annuel d'accouchements est généralement de 1 500 à 2 000. Aucune publicité n'est faite – les aiguillages deviennent plus nombreux sur la base de la réputation acquise par l'hôpital, excepté pour les patientes qui viennent de l'Hôpital central de Lilongwe à titre officiel. À Nkhoma, on réserve les cas vraiment difficiles aux équipes de passage, qui jusqu'ici viennent une fois par an.

Provenance des clientes : Elles viennent de la région, et aussi du Mozambique. Comme on l'a indiqué ci-dessus, l'Hôpital central de Lilongwe envoie maintenant de nombreuses patientes.

Profil typique des clientes : Jeunes (15 ans environ) et mariées très tôt. La croyance selon laquelle les femmes doivent avoir leur premier bébé à leur domicile s'oppose à ce qu'elles viennent accoucher au centre. Souvent, elles y arrivent trop tard.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Un examen clinique est conduit afin de déterminer la position et la taille de la fistule et son degré de complexité.
- Des examens sous anesthésie sont conduits dans les cas qu'il serait difficile d'examiner autrement.
- Comme le laboratoire n'est pas équipé pour les cultures, les clientes ne sont pas soumises à un dépistage systématique d'autres infections ou complications. Occasionnellement, on procède à un examen de l'urine sous microscope.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent ordinairement 14 jours, jusqu'à la sortie du cathéter.
- Il n'est pas systématiquement procédé à une rééducation de la vessie.
- Il est conseillé aux clientes de revenir à l'hôpital pour tout accouchement ultérieur. Aucun conseil spécifique n'est donné touchant la planification familiale ou le VIH, mais aucune règle interdisant de le faire n'est imposée.

Réadaptation/réinsertion : Aucune information.

Ouverture sur l'extérieur : Les soins prénatals sont vivement recommandés au niveau communautaire; le coût des visites pour l'ensemble des

soins prénatals est de 80 kwacha (un dollar É.-U.), mais aucune femme n'est refoulée faute de pouvoir payer. Dans cette zone, l'habitude de venir en consultation pour soins prénatals est peu répandue, de sorte que les infirmières se rendent dans les communautés. Un vif opprobre s'attache au VIH/sida.

Appui des autorités : Aucun n'est connu. L'un des prestataires a noté qu'il serait utile que le Ministère de l'éducation élabore un message bien clair sur les problèmes du mariage précoce et de la grossesse précoce.

Coût estimatif global par procédure : Aucune information.

Ressources :

- Le Dr. Ter Haar a créé un fonds de la fistule (alimenté par une organisation américaine), de sorte que les clientes ne paient rien.
- Diverses organisations religieuses.
- Deux médecins sont rétribués par l'Église réformée des Pays-Bas.
- Le Gouvernement du Malawi paye tous les traitements et salaires, excepté ceux des médecins; les équipes médicales de passage doivent acquitter leurs propres frais.

Obstacles :

- Grand nombre de clientes.
- Il pourra être difficile au Dr. Ter Haar de faire face à la demande si ce nombre continue d'augmenter.
- Au niveau communautaire, il y a beaucoup à faire concernant le VIH/sida.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

Dr. Charlotte Gardiner, Représentante de pays, et son personnel

EngenderHealth

Mme Deliwe Malema, Administratrice du programme de pays

Ministère de la santé

Mme Jane Namasasu

Hôpital de district de Machinga

M. Chisutu, membre du personnel médical de dispensaire, et le personnel infirmier

Mme Beata Zuzu

Hôpital de Maiwathu

Dr. Francis Sungani et le personnel infirmier

Hôpital de mission de Mulanje

Dr. Sue Makin et le personnel infirmier

Hôpital de mission de Nkhoma

Personnel médical et personnel infirmier

Dr. Ter Haar

(communication par courrier électronique)

Dr. Krueger

M. Vincent Usiwa, membre du personnel médical de dispensaire

Hôpital central Queen Elizabeth

Dr. Ibrahim Idana et son personnel

Dr. Rijken

(communication par courrier électronique)

Projet Maternité sans danger (DfID)

Mme Hannah Ashwood-Smith, Planificatrice des services de santé

Hôpital central de Zomba

Dr. Austin Mnthambala, et personnel médical et infirmier

Données générales

La santé en matière de reproduction se caractérise au Mali par un taux total de fécondité de 7 % et un taux de prévalence des méthodes de contraception moderne de 6 %¹⁷, bien que 23 % des femmes interrogées entre 1996 et 2001 signalent avoir utilisé une méthode de contraception à un moment quelconque de leur vie¹⁸. Un autre grave problème concernant la santé en matière de reproduction est le VIH : en 2001, 54 000 femmes âgées de 15 à 49 ans étaient porteuses du virus, sur un nombre total de 110 000. En outre, le ratio de mortalité maternelle reste élevé malgré la diminution de la mortalité infantile au cours des deux dernières décennies et, d'autre part, une fréquentation accrue des soins prénatals depuis cinq ans – environ la moitié de toutes les femmes enceintes reçoivent des soins prénatals de quelque nature.

Soixante-trois pour cent des femmes accouchent à domicile, en partie parce que les centres de santé sont difficiles à atteindre. **Pour 85% des femmes vivant dans les zones rurales, l'hôpital le plus proche est situé à 30 km au moins.** Quand les femmes ont reçu une éducation – 38 % seulement des Maliennes ont eu la possibilité de recevoir une éducation structurée –, elles vivent généralement dans les zones urbaines et accouchent dans les centres de soins de santé, dont la majorité se trouvent dans les zones urbaines. Par contre, **66 % des femmes qui accouchent à domicile n'ont reçu aucune éducation.** Les conditions dans lesquelles se déroule l'accouchement diffèrent radicalement selon le lieu : à **Bamako, capitale du pays, 91 % des femmes donnent naissance dans un centre;** beaucoup signalent qu'elles ont eu la possibilité de prendre la décision elles-mêmes. En dehors de Bamako, les décisions capitales au sujet d'une naissance sont

souvent prises par l'un des principaux membres de la famille.

Une telle situation a pour conséquence que de nombreuses Maliennes sont exposées au risque de fistule et c'est d'ailleurs un problème reconnu dans le pays, où des groupes tant locaux qu'internationaux s'investissent dans la recherche de solutions. Une partie du problème consiste à déterminer combien de femmes ont une fistule. **Une récente enquête patronnée par Médecins du monde et conduite près de Mopti semble indiquer que parmi les 2 000 villages de la région, un village sur deux compte au moins une femme atteinte d'une fistule.** Aucune autre enquête n'a été conduite pour déterminer le nombre de cas à l'échelle nationale; mais, sur la base des informations rassemblées par Médecins du monde, il est clair que le nombre de femmes à la recherche d'un traitement ne reflète pas la prévalence effective de cette affection. En outre, comme les familles veulent souvent dissimuler qu'un ou plusieurs de leurs membres en souffrent, la constatation tirée de cette enquête a encore plus de chance de représenter un dénombrement incomplet. Il apparaît en outre que les femmes atteintes d'une fistule sont en général jeunes. À un centre qui offre des interventions, l'âge moyen des patientes de la fistule est de 15 ans; à un autre, de 25 ans. **Comme ailleurs dans la région, les femmes atteintes d'une fistule sont généralement pauvres et sans instruction; souvent, elles ne reçoivent aucun appui de leur famille et n'ont pas facilement accès à un centre qui leur offre des soins de haute qualité durant l'accouchement.**

C'est en 1986 que Médecins du monde a organisé pour la première fois des missions au Mali pour opérer la fistule obstétricale. En novembre 1993, son premier programme de la

fistule a été lancé à Mopti avec l'aide du Dr. Ouattara, au Centre hospitalier universitaire du Point G à Bamako. L'objectif premier était d'augmenter le nombre des postes de prestation de services hors de la capitale, en permettant aux femmes qui ne pouvaient atteindre Bamako d'avoir plus facilement une opération de la fistule. Jusqu'en 2000, le programme a été entièrement financé par Médecins du monde, mais plusieurs autres partenaires lui apportent maintenant leur appui. Des organisations privées couvrent actuellement 65 % des coûts du projet en cours, qui sera achevé en décembre 2003. Ce projet prend à sa charge 90 % du coût de chaque intervention, tandis que la contribution des clientes est d'environ 24 dollars É.-U. Un autre aspect des soins a été pris en charge par Delta Survie, ONG locale qui collabore avec Médecins du monde. Ce groupe a lancé un projet à l'Hôpital régional de Mopti, Sominé Dolo, pour améliorer les conditions de vie des femmes atteintes d'une fistule qui ont déjà reçu un traitement ou attendent de le recevoir au centre. Les activités comprennent notamment la construction d'un hangar sur le terrain de l'hôpital, où les femmes peuvent apprendre des métiers artisanaux qui leur permettront de s'assurer un revenu.

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins a eu l'occasion de participer à une réunion de deux jours rassemblant plusieurs prestataires maliens venus de tout le pays et qui tous s'occupent du traitement de la fistule et des problèmes sociaux connexes. La réunion, intitulée « Journée des femmes fistuleuses de Mopti », a été organisée par Médecins du monde, organisation clef responsable des interventions de la fistule à l'Hôpital régional de Mopti, Sominé Dolo. À cette occasion, l'équipe a pu s'entretenir avec des membres de Médecins du monde, des représentants du Ministère de l'action sociale et de Delta Survie. L'équipe a aussi rencontré à Bamako le personnel du Centre hospitalier universitaire du Point G et le Directeur de la Division de la santé en matière de

reproduction au Ministère de la santé.

Les visites effectuées à deux centres du Mali et les entretiens avec des prestataires ont indiqué qu'il est absolument **nécessaire que davantage de chirurgiens locaux soient capables d'effectuer des interventions**. Les seuls médecins locaux dont on sait qu'ils pratiquent la chirurgie de la fistule sont concentrés à Bamako, au Point G. On compte à ce centre quatre urologues qui tous opèrent la fistule mais, comme une seule salle d'opération est disponible pour tout l'hôpital, il leur est très difficile de répondre à la demande : les urgences d'urologie et d'autres opérations urgentes ont priorité sur la fistule. On s'en remet dans une large mesure aux médecins expatriés de passage. En outre, l'hôpital de Mopti dépend exclusivement de l'aide externe pour effectuer les interventions. Le programme actuel, qui prend fin en décembre 2003, ne sera en mesure de prolonger ses activités jusqu'à la prochaine phase que si de nouvelles ressources sont dégagées.

Un autre problème tient au fait que la majorité des sages-femmes ayant reçu une formation clinique exercent à Bamako. Si ce fait encourage de nombreuses femmes y résidant à accoucher dans un centre, comme on l'a noté plus haut, il a aussi pour conséquence qu'**il est très difficile dans les zones rurales de trouver accès aux soins obstétricaux d'urgence**. Les femmes y ont déjà beaucoup plus de chance d'accoucher à domicile, mais le manque de soins de santé à faible distance de leur communauté rend encore beaucoup plus probable qu'elles resteront sur place, même si elles connaissent un accouchement difficile.

Ce qui complique encore davantage la situation, c'est le fait que **les belles-mères et d'autres membres importants de la famille prennent les décisions relatives au lieu où une femme peut donner naissance et à ce qu'il faut faire si l'accouchement ne se déroule pas comme on l'espérait**. Ces membres de la famille ne sont pas toujours informés des états morbides que peut entraîner un accouchement difficile ou bien ne savent pas où aller chercher des soins. En outre, **les**

centres de santé communautaires, qui souffrent souvent d'un manque de personnel et d'équipement, sont généralement ceux que les femmes choisissent, ce qui cause de nouveaux retards d'importance critique durant les urgences.

Pourtant, si une femme est atteinte d'une fistule, elle peut être frappée d'un terrible opprobre et exposée à l'exclusion sociale. **La famille essaie souvent de dissimuler la présence en son sein d'une femme ainsi affectée et, souvent aussi, ignore tout à fait ce qui a causé la fistule.**

Les femmes ont souvent honte de leur état et s'isolent, essayant ainsi d'échapper aux regards de la communauté.

Aucun programme de santé en matière de reproduction faisant place à l'opération de la fistule n'existe actuellement au niveau national. Cependant, un nouveau plan quinquennal mentionne les problèmes généraux de la santé en matière de reproduction et, en particulier, ceux que connaissent les jeunes adultes.

Recommandations et besoins critiques

- **Plaider au niveau national pour une attention accrue à la fistule, en tant que problème essentiel de santé en matière de reproduction.**

Bien que le problème ait déjà suscité un appui assez irrégulier au niveau politique, il faut élaborer un programme stratégique de plaidoyer pour donner élan à un engagement au Mali même. La première étape consisterait à prêter une attention accrue aux problèmes de santé en matière de reproduction. C'est seulement avec cet engagement que les décideurs seront en mesure d'édifier une meilleure plate-forme sur la base de laquelle prêter appui au traitement de la fistule.

- **Mettre en place des campagnes de prise de conscience au niveau communautaire.**

Une large campagne visant à faire prendre conscience de ce qu'est la fistule et à en expliquer la nature – tant ses causes que son traitement – aux

femmes et à ceux qui prennent les décisions les plus importantes dans leur vie aiderait à informer que l'affection peut être aussi bien prévenue que traitée. Médecins du monde a patronné sur ce sujet une pièce qui a recueilli beaucoup d'attention partout où elle a été représentée; il faut poursuivre et renforcer ces efforts avec d'autres médias appropriés au niveau local, en tenant compte des taux élevés d'analphabétisme.

- **Former davantage de prestataires et veiller à ce que les chirurgiens et prestataires qualifiés utilisent les meilleures pratiques dans l'ensemble du pays.**

Au cours de leur formation universitaire, les médecins doivent apprendre comment pratiquer les opérations de la fistule. À tout le moins, une poignée de médecins dans les centres d'aiguillage de différentes régions du pays doivent acquérir les compétences nécessaires pour pratiquer ces opérations. En particulier, il est important qu'un chirurgien local soit formé à Mopti, afin d'assurer la continuité des soins au cas où l'appui externe diminuerait. Un autre élément essentiel de la formation porte sur l'élaboration d'un protocole qui soit basé sur des données certaines. Ce type de formation doit devenir accessible dans les programmes des écoles médicales de tout le pays. La notion de meilleures pratiques pourrait aussi être étendue aux soins prénatals, auxquels un grand nombre de femmes ont recours au Mali. Les prestataires pourraient utiliser ces visites pour offrir aux femmes et à leurs familles une information sur la prévention de la fistule et sur l'importance des soins obstétricaux d'urgence.

- **Intensifier la collaboration entre les institutions qui opèrent la fistule et améliorer la communication avec les prestataires d'autres régions et pays.**

Il importe d'intensifier la communication entre les deux centres qui opèrent la fistule, afin qu'ils puissent agir en coordination et, si possible, maximiser l'efficacité de leurs plans de traite-

ment. En outre, les chirurgiens du Mali seraient heureux d'intensifier la communication et les échanges avec des collègues d'autres pays afin d'améliorer leurs compétences techniques et d'en acquérir de nouvelles.

- **Mettre au point une stratégie de réinsertion sociale pour les femmes après l'intervention.**

Il faut prêter beaucoup d'attention à la manière de réinsérer les femmes dans la société après l'opération de la fistule. Au Point G, l'Oasis a commencé d'aborder ces questions, mais une assistance extérieure lui serait utile. Il est également nécessaire d'élaborer d'autres modèles de réinsertion afin de créer au Mali un environnement qui encourage activement et soutienne la rentrée des femmes dans leur communauté.

- **Créer un fonds ou concevoir une stratégie financière pour venir en aide aux femmes qui ont besoin d'une intervention.**

L'obligation de payer, même seulement en partie, les frais de l'intervention constitue au Mali un obstacle des plus graves pour les femmes qui ont recours aux soins. Comme il est courant dans les autres pays sur lesquels a porté l'évaluation des besoins, les clientes n'ont au Mali pas les moyens de payer ces frais. Une forme quelconque de sou-

tien financier sera nécessaire pour que les clientes actuellement inscrites puissent bénéficier d'une intervention. Des ONG locales, comme Bengadi, se sont déjà efforcées d'offrir ce type d'appui à l'hôpital du Point G en prenant à leur charge les frais de transport et en versant une subvention qui couvre une partie du coût des opérations.

- **Envisager la création d'un centre national de la fistule au Centre hospitalier universitaire du Point G.**

Ce centre est en mesure de pratiquer chaque année des centaines d'opérations de la fistule. Le taux de succès, compris entre 80 % et 85%, fournit la preuve que les prestataires possèdent les compétences techniques nécessaires, mais le personnel a signalé que le nombre d'interventions pratiquées ne correspond pas à ce qu'il serait possible de faire. Si l'infrastructure était améliorée, il serait possible aux prestataires de consacrer plus de temps aux opérations de la fistule et d'offrir des soins de plus haute qualité. En outre, aucune collaboration entre l'hôpital et le centre Oasis n'est actuellement en place; mais, avec un partenariat plus poussé, le centre pourrait aider à traiter un nombre accru de patientes de la fistule et assurer en permanence l'occupation maximale des locaux hospitaliers.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Mali

A. Hôpital régional de Mopti, Sominé Dolo, Mopti, visité le 17 octobre 2002

Dimension : Six sur 100 lits sont réservés aux femmes atteintes d'une fistule; deux salles d'opération, dont l'une a été récemment rénovée par Médecins du monde et Médecins sans frontières.

Personnel médical : Quatre missions par an viennent à Sominé Dolo avec Médecins du monde. Chaque mission se compose de plusieurs médecins appartenant à une équipe d'une vingtaine, dont le Dr. Jean-Martin Zino, médecin expatrié installé à Mopti et membre de Médecins du monde. On ne compte actuellement sur place aucun chirurgien capable d'opérer la fistule, et un chirurgien généraliste seulement est proposé pour servir toute la région de Mopti, qui compte 1 400 000 habitants. Étant donné la situation, on comprend que ce médecin ait de nombreuses autres responsabilités en dehors de l'opération de la fistule.

Nombre de clientes : 150 opérations par an depuis le début du projet, en 2000, avec un taux de succès de 78 % au moins. Ce taux de succès a été calculé en fonction du nombre de femmes qui, après avoir subi l'opération de la fistule, ne sont pas revenues pour le suivi et dont on considère que l'opération a échoué. Depuis 1993, il y a eu 55 cas de FRV, ce qui représente environ 10 % du nombre total de clientes.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Mopti et des régions avoisinantes. Certaines viennent des pays voisins.

Profil typique des clientes : L'âge moyen est de 25 ans et la plupart ont leur première grossesse, mais celles dont ce n'est pas le cas ont eu généralement peu d'enfants. La majorité des clientes viennent de la campagne et n'ont aucune instruction, si ce n'est que quelques-unes ont été scolarisées un ou deux ans

au maximum. Elles sont toujours accompagnées par quelqu'un et, ces derniers temps, par leur mari, grâce aux activités de prise de conscience engagées par Médecins du monde. L'accouchement est en cours depuis trois jours en moyenne dans la plupart des cas. En général, celles qui sont atteintes d'une fistule avant d'atteindre l'hôpital en souffrent depuis moins d'un an.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Avant l'opération, la cliente et la personne qui l'accompagne sont conseillées et reçoivent des explications sur le détail de l'opération et ses résultats potentiels.
- Il est procédé à un examen clinique standard (analyses de sang, etc.).
- La fistule est classée en fonction de son degré de complexité (simple, complexe ou grave) et il est décidé quelle procédure chirurgicale mettre en œuvre.

Soins postopératoires :

- Des conseils sont donnés concernant les rapports sexuels, les IST et les mesures à prendre pour les accouchements futurs.
- Les clientes restent à l'hôpital pendant un mois et une consultation postopératoire est fixée pour trois mois plus tard.
- Certaines femmes préfèrent rester à l'hôpital après leur rétablissement et travailler à l'atelier d'artisanat situé à l'extrémité du terrain de l'hôpital.

Réadaptation/réinsertion : Médecins du monde s'efforce en collaboration avec Delta Survie, une ONG locale, d'aider les femmes à retourner dans leur communauté en possession de divers savoir-faire qui peuvent leur assurer un revenu. On leur enseigne à préparer l'étoffe dite « bogolon », à teindre et tisser le matériel, qu'elles peuvent ensuite vendre dans leur communauté.

Ouverture sur l'extérieur : Médecins du monde a

organisé un groupe théâtral local pour représenter, aux environs de Mopti, une pièce mettant en scène une femme atteinte d'une fistule obstétricale.

D'une durée approximative de 45 minutes, ce drame raconte l'histoire de cette femme depuis le jour de son mariage jusqu'à sa grossesse difficile, à l'apparition de la fistule et aux problèmes qu'elle affronte ensuite. La pièce, qui a déjà été représentée dans plusieurs villages, a encouragé bien des hommes à venir faire soigner leur femme à Mopti.

Appui des autorités : Une déclaration d'accord signée par le Ministère de la santé et Médecins du monde affirme qu'ils s'apportent à Mopti un soutien mutuel.

Coût estimatif global par procédure : Chaque intervention coûterait effectivement à l'hôpital environ 260 dollars É.-U. Cependant, grâce au financement venu de diverses sources par l'entremise de Médecins du monde (par exemple, la Fondation Materra en Allemagne, une fondation privée en France et d'autres encore), les clientes ne doivent verser que 25 dollars É.-U. Ce montant couvre tout leur traitement depuis le premier diagnostic jusqu'au rétablissement, qui dure un mois, mais la nourriture n'est pas incluse.

Ressources : Financement par Médecins du monde.

Obstacles :

- Si le financement s'interrompt, Médecins du monde devra cesser ses services.

B. Centre hospitalier universitaire du Point G, Bamako, visité le 21 octobre 2002

Dimension : Le Département d'urologie assure la chirurgie de la fistule. L'hôpital entier ne dispose que d'une salle d'opération, ce qui veut dire qu'aucune salle n'est expressément réservée aux patientes de la fistule. Cette salle est surchargée, et cela limite le temps disponible pour la chirurgie de la fistule. Le Département d'urologie dispose d'une chambre pour convalescentes, avec sept lits. Le terrain de l'hôpital comprend aussi un bâtiment appelé l'Oasis, où logent les clientes en attente d'opération.

Personnel médical : Le Département d'urologie comprend trois infirmières diplômées d'État; deux à trois internes chaque année qui servent d'assistants-chirurgiens; et quatre chirurgiens, tous urologues.

Le Dr. Kalila Ouattara dirige l'équipe des urologues, qui pratiquent toutes les opérations de la fistule.

Nombre de clientes : Chaque chirurgien opère au moins deux fistules par semaine, ce qui fait un total d'environ 416 opérations par an. Mais ce nombre ne répond pas à leur capacité de travail; si plus d'espace était disponible, plus d'opérations pourraient être effectuées. Il serait très souhaitable d'avoir une aile spéciale pour les patientes de la fistule.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de l'ensemble du pays. La plupart ont des fistules complexes et ont été envoyées par les hôpitaux régionaux. Certaines viennent d'autres pays, comme la Côte d'Ivoire (où le traitement est très coûteux) et la Guinée. Il est rare qu'une cliente vienne de Bamako, car la plupart des femmes y accouchent dans un hôpital et sont ainsi moins exposées à avoir une fistule.

Profil typique des clientes : L'âge moyen est de 15 ans; les plus jeunes ont 12 ans et les plus âgées 40. Les femmes les plus âgées ont eu beaucoup d'enfants, et il y a eu rupture utérine durant l'accouchement. Les clientes viennent d'ordinaire seules et sont généralement pauvres et sans instruction; elles ont été rejetées par leur mari. La plupart des jeunes clientes ont été mariées très tôt et sont à leur premier accouchement. Chez certaines, la fistule résulte des conséquences de la MGF. Quatre femmes sur cinq qui viennent au Département d'urologie pour y être soignées ont une fistule.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Il est procédé à un diagnostic vaginal à l'arrivée d'une cliente incapable de maîtriser l'écoulement de l'urine.
- Après l'examen gynécologique, un cathéter est inséré.
- Il est procédé à une analyse biologique et radiologique, mais il est souvent impossible de faire un examen complet en raison du manque de ressources.

- Pendant une semaine environ avant l'opération, la cliente est priée de veiller à son hygiène de manière à désinfecter la zone vaginale. Un bain de siège est recommandé, mais la plupart des clientes ne peuvent en payer le prix.

Soins postopératoires :

- Un cathéter est inséré; s'il le faut, la patiente prend des antibiotiques.
- Les bains de siège se poursuivent avec du permanganate, qui est un désinfectant.
- Le cathéter est enlevé 15 jours après l'opération, et on examine si la patiente est de nouveau continente.
- Le cathéter est ensuite réinséré pour 10 jours. S'il n'y a plus alors d'écoulement d'urine, la patiente quitte l'hôpital.

Réadaptation/réinsertion : Selon le personnel de l'hôpital, il n'est pas nécessaire de chercher à faciliter la réinsertion sociale. Si la fistule est fermée, la femme retourne chez son mari. Dans cette culture, une femme non mariée a peu de valeur⁹. La plupart de ces femmes savaient déjà faire du savon, coudre, tisser, etc., avant d'avoir une fistule et utilisaient ces savoir-faire pour se procurer un revenu avant le traitement. Parce que le personnel insiste que les femmes doivent reprendre une vie normale une fois leur rétablissement complet, certains prestataires estiment qu'il n'est pas utile d'enseigner aux clientes ces activités en vue de leur inspirer un sentiment d'indépendance. Le centre Oasis, conçu à l'origine comme lieu où les femmes apprendraient un savoir-faire utile, pourrait être affecté aux convalescentes ou devenir un foyer servant à héberger les femmes qui attendent d'être opérées.

Ouverture sur l'extérieur : Rarement constatée. On a signalé que, parfois, si une femme atteinte d'une fistule change de lieu de résidence après avoir été totalement exclue de sa communauté d'origine, une mosquée ou un organisme local l'aidera à gagner un centre d'accouchement où la chirurgie de la fistule est pratiquée et peut même

collecter des fonds pour qu'elle soit opérée. En outre, l'ONG locale Bengadi aide les femmes de la ville de Bla à recevoir un traitement au Point G en prenant à sa charge les frais de transport aussi bien qu'en subventionnant la procédure. Le Ministère du développement social signe un certificat d'indigence dans les cas extrêmes, ce qui permet aux femmes sans ressources de recevoir un traitement.

Appui des autorités : Aucun appui ne paraît exister, si ce n'est pour la construction de l'Oasis par l'épouse du Président, qui est présidente de l'ONG Fondation Partage, et par le Ministère du développement social.

Coût estimatif global par procédure : Le coût de l'opération varie en fonction de la chambre qu'une femme décide d'occuper. Il y a trois types d'hébergement : 1^{re} classe, c'est-à-dire chambre privée climatisée avec toilette, dont le coût est de 100 dollars É.-U. environ pour 15 jours d'hospitalisation postopératoire; 2^e classe, c'est-à-dire chambre privée avec ventilateur de plafond et accès à une toilette située en dehors, qui coûte 85 dollars É.-U. pour 15 jours; et 3^e classe, c'est-à-dire chambre contenant ordinairement de huit à 10 lits et toilette extérieure commune, qui coûte 65 dollars É.-U. pour 15 jours. La plupart des patientes de la fistule choisissent la dernière formule. Un trousseau médical (y compris le bain de siège) coûte environ 76 dollars É.-U.

Ressources : Elles sont limitées aux sommes reçues des clientes pour les interventions.

Obstacles :

- Financement insuffisant.
- Les décisions sont prises au niveau administratif et le personnel clinique n'y participe souvent pas. Il serait d'ailleurs difficile aux administrateurs de saisir pleinement les problèmes qu'affrontent les prestataires, sans données fournies par les gens de terrain.
- Incapacité de fournir des moyens de transport à destination et à partir de l'hôpital.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

Dr. Myriam Cissoko, membre du Groupe de santé en matière de reproduction et Administratrice nationale affectée aux projets

Ministère de la santé

Dr. Zeïna Maïga, Directrice, Division de la santé en matière de reproduction

Ministère de l'action sociale

M. Gaoussou Traoré, Directeur

Médecins du monde (Mopti)

Dr. Jean-Martin Zino, Coordonnateur du Programme d'OB/GYN

Dr. Catherine Loire, Coordonnatrice médicale

Centre hospitalier universitaire du Point G

Dr. Kalila Ouattara, Urologue en chef

Dr. Ally Tembely, Chirurgien assistant d'urologie

Delta Survie

M. Ibrahima Sankaré, Secrétaire général

Dr. Fatoumata D. Diallo

MOZAMBIQUE

Données générales

La guerre civile au Mozambique a pris fin depuis 10 ans, et certains indicateurs sanitaires de base se sont manifestement améliorés tandis que d'autres se sont détériorés au cours de cette période. Le pays est vaste et l'accès aux services de santé reste difficile à assurer, en particulier dans des zones reculées où la nature du terrain rend tout transport périlleux et où les véhicules sont en très petit nombre. En raison du mode de répartition de la population dans les zones rurales, de la pauvreté endémique et du fait que l'infrastructure sanitaire est souvent en miettes dans certaines provinces, de nombreux obstacles continuent de s'opposer à ce qu'un pourcentage important de Mozambicains ait accès aux soins de santé de base.

En dépit de ces graves problèmes, cependant, on note certaines réussites remarquables, et aussi certains besoins évidents. Le pourcentage de la population ayant accès aux soins de santé a augmenté de 10 % entre 1992 et 1999; **on évalue à 35 % la proportion des Mozambicains qui ont accès à des soins de santé de bonne qualité**. Le pourcentage des individus classés « nouveaux clients de la planification familiale » est passé de 2,3 % en 1996 à 7,2 % en 2000 – mais **le taux de prévalence des contraceptifs modernes reste faible** (5 %) et seulement 60 % des femmes connaissent au moins une méthode de planification familiale²⁰.

Le taux total de fécondité est de 5,86 %, et la majorité des femmes ont au moins un enfant avant d'atteindre 20 ans²¹. Environ **44 % des accouchements ont lieu dans des centres médicaux** (la proportion est bien plus élevée à Maputo que partout ailleurs), mais le ratio de mortalité maternelle et le nombre des décès de nourrissons dans les centres est élevé, sans aucun doute en raison de divers facteurs : retard dans l'arrivée au

centre, retard dans les aiguillages ; surcharge de travail du personnel dans les centres ; insuffisance de l'équipement dans les centres, etc. **Dans les centres, le ratio de mortalité maternelle semble varier entre 175 et 600 pour 100 000 naissances vivantes, contre une moyenne nationale (qui comprend les femmes donnant naissance tant dans les centres qu'en dehors d'eux) de 980 décès maternels environ pour 100 000 naissances vivantes²².**

Pour chaque décès maternel, on compte 17 cas de mortinatalité. Les données recueillies de 1997 à 2002 indiquent que **pour chaque tranche de 100 cas de mortinatalité signalés dans une institution, 10 femmes y étaient admises avec un fœtus dont le battement de cœur était perceptible**. Ce fait, aussi bien qu'un **taux national de césariennes de 1,12 %**, indique qu'il est nécessaire de travailler à améliorer davantage la qualité des soins maternels délivrés dans les centres²³. Les taux de couverture des soins prénatals semblent être assez élevés dans la plupart des provinces et ont augmenté au cours des 10 dernières années. Un autre fait moins encourageant est que la très grande majorité des femmes qui ont recours aux soins prénatals ne commencent à s'en aviser qu'à leur sixième mois de grossesse.

Comme dans toute la région, le VIH/sida a déjà causé de terribles ravages et semble devoir réduire considérablement l'espérance de vie moyenne au cours des 10 prochaines années si le taux d'incidence ne baisse pas. **La prévalence du sida semble actuellement un peu supérieure à 12 % chez les femmes enceintes, et en 2001 les femmes de tout âge ont représenté 52 % des nouveaux cas de sida**. L'espérance de vie est actuellement pour les femmes de 38,6 ans; pour les hommes, de 37,3²⁴.

Malgré l'écrasante pauvreté manifeste dans la plus grande partie du pays – le Mozambique reste

l'un des pays les plus pauvres du monde selon le « Rapport mondial sur le développement humain » du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) –, il est impossible de surestimer l'importance du rétablissement de la paix au cours de la décennie écoulée. « Nous sommes inondés de lumière à la pensée de pouvoir maintenant espérer vivre », a expliqué un homme à Quelimane. Il reste terriblement difficile de faire en sorte que cette attente soit satisfaite pour chacun, y compris les femmes qui affrontent une urgence obstétricale.

Problèmes et tâches

Au Mozambique, l'équipe d'évaluation des besoins a rencontré le personnel du bureau de pays de l'UNFPA, le Vice-Ministre de la santé et le Directeur adjoint du Département de la santé communautaire, au Ministère de la santé. En outre, dans la province de Zambezia, l'équipe a rencontré à Quelimane le Directeur provincial de la santé et le Directeur de l'hôpital, ainsi que le chirurgien qui assure les opérations de la fistule à l'Hôpital provincial de Quelimane. L'équipe a aussi eu la possibilité de visiter six patientes de la fistule à Quelimane, dont cinq avait été opérées et recevaient des soins postopératoires et dont la dernière attendait de subir la procédure. À Maputo, l'équipe a rencontré l'urologue qui opère la fistule à l'Hôpital central de Maputo, eu la possibilité d'observer une intervention dans la salle d'opération, et rencontré d'autres médecins qui prêtaient leur assistance dans la salle d'opération.

Malgré la vaste dimension du Mozambique, **on ne connaît que trois médecins qui possèdent les compétences nécessaires et opèrent effectivement la fistule dans l'ensemble du pays** : un urologue mozambicain dans le sud à l'Hôpital central de Maputo, un chirurgien généraliste italien dans le centre à Quelimane, et un OB/GYN tanzanien dans la province de Niassa, au nord du pays²⁵. Le nombre de patientes varie selon les centres – allant de 15 dans le nord à plus de 50 ailleurs –, mais chaque prestataire interviewé

a reconnu que le nombre de femmes qu'ils voyaient ne représentait sans aucun doute qu'une très faible fraction des patientes. Outre le nombre considérable de patientes qu'ils soignent à chacun des trois hôpitaux, les médecins vont tous opérer des fistules dans d'autres localités, mais ils se demandent avec inquiétude s'ils seront capables de maintenir cette pratique et se préoccupent du fait que l'on n'ait pas trouvé d'autres prestataires qui pourraient être intéressés à acquérir les compétences voulues et effectuer des interventions. Deux des médecins sont allés ensemble dans une province effectuer 27 opérations en l'espace de trois semaines. Si cet effort a aidé à diminuer l'arriéré de cas qui ne cesse d'augmenter, ce n'est selon l'un des prestataires « ni le plus avisé ni le plus durable moyen de procéder, si nous ne pouvons pas former d'autres médecins tandis que nous opérons. »

Les patientes de la fistule sont manifestement frappées d'un profond opprobre dans leur communauté et leur famille. Dans le centre du Mozambique, **une femme atteinte d'une fistule peut devenir la domestique de la nouvelle femme que son mari prend pour épouse et le rester aussi longtemps qu'elle ne peut contrôler sa vessie.** Si elle est en mesure d'être opérée avec succès, ses chances augmentent soit de reprendre sa position d'épouse auprès du mari, soit de trouver un autre mari. Dans l'un et l'autre cas, cependant, une forte pression s'exerce sur elle pour qu'elle soit de nouveau enceinte et le prestataire l'a avertie que, pour des raisons de sécurité, elle devrait nécessairement avoir son prochain accouchement (et tous les suivants) dans un centre médical. En fait, le chirurgien de Quelimane a fait des centaines de césariennes sur des femmes qu'il avait auparavant opérées de la fistule.

L'opprobre frappant filles et femmes paraît bien s'étendre au-delà de leurs familles et communautés. Les trois médecins qui opèrent actuellement de la fistule ont offert d'en former d'autres, surtout des OB/GYN, mais leur offre a éveillé peu d'intérêt. Les deux prestataires interviewés ont noté que cela s'explique probablement

par l'opprobre frappant les patientes de la fistule, entre autres raisons. En fait, dans le cadre de sa formation, chaque étudiant en médecine effectue un stage de trois mois durant lequel on lui apprend à opérer la fistule, mais aucun n'a voulu jusqu'à présent continuer dans cette voie. L'urologue de Maputo a récemment passé trois mois à se perfectionner dans un autre domaine au Cap (Afrique du Sud) et, bien que les autres prestataires de l'hôpital central de Maputo soient suffisamment qualifiés pour effectuer au moins des interventions simples, une seule opération de la fistule a eu lieu durant son absence et ils ont attendu son retour pour s'occuper des autres cas, alors même qu'il s'agissait de cas tout à fait simples. À Quelimane, le prestataire qui effectue les interventions offre depuis trois ans de former les médecins affectés à l'hôpital, mais aucun n'a marqué d'intérêt. Le Département d'OB/GYN a demandé aux clientes de quitter l'aile de maternité, de sorte que maintenant les femmes atteintes d'une fistule doivent séjourner dans l'aile de chirurgie pour les soins préopératoires et postopératoires.

Comme une forte pression est exercée sur les femmes pour qu'elles deviennent mères, il semble bien que **les patientes de la fistule ne reçoivent pratiquement aucun conseil concernant la planification familiale et le VIH/sida**. Selon les prestataires interviewés, le risque pour une femme de contracter le VIH/sida était jugé secondaire par rapport à l'obligation de devenir de nouveau enceinte. De fait, comme il est jugé si important au Mozambique qu'une femme ait beaucoup d'enfants, une campagne de planification familiale visant les hommes y est actuellement menée. Les femmes qui vont au dispensaire de planification familiale passent aujourd'hui pour « avoir plus d'un homme », car autrement elles n'auraient pas besoin de pareils services ; aussi les femmes qui utilisent la planification familiale le font généralement en secret, allant au dispensaire sous prétexte d'une consultation sur la santé d'un bébé. Et c'est probablement parce que les injectables peuvent être utilisés discrètement que ces méthodes sont

le choix le plus répandu.

Comme dans les autres pays, **le système de transport et communication est souvent insuffisant** pour conduire rapidement à un centre de santé la femme qui connaît un accouchement prolongé. Surtout dans le nord du pays où le terrain est montagneux, les brouettes, chars à bœufs et bicyclettes n'ont pas eu de succès. Dans cette même partie du pays, les femmes sont généralement de petite taille et la fistule est plus répandue que dans les districts où les femmes sont plus grandes. Pour ces raisons, en certains endroits, **des foyers d'attente sont créés** afin que les femmes puissent se rapprocher des centres avant de donner naissance. Si la politique normale est de demander aux femmes de venir au bout de huit mois et d'« attendre » un mois, il est rare qu'elles fassent ainsi, car les familles souvent ne veulent pas qu'elles soient absentes si longtemps de leur domicile et elles-mêmes répugnent souvent à quitter leurs enfants si longtemps.

Recommandations et besoins critiques

• **Entretenir des foyers d'attente est une partie – non la totalité – de la réponse.**

Comme on l'a noté, la création de foyers d'attente pour les femmes jugées à risque élevé, peut-être à cause d'une fistule antérieure ou pour d'autres raisons, a connu un certain succès. Bien que la notion de « risque élevé » prête à controverse et que la famille ne permette pas toujours que la femme « attende » l'accouchement ailleurs qu'à son propre domicile, les foyers d'attente ont connu un certain succès dans des parties limitées du pays.

• **Créer un système d'incitations pour intéresser les médecins à apprendre comment opérer une fistule et pour entretenir leur motivation.**

Le manque d'intérêt à acquérir les compétences nécessaires aux chirurgiens de la fistule, malgré la formation obligatoire prévue dans le cours des études médicales, a suscité une vive préoccupation. C'est pourquoi divers types d'incitations (certains

membres du personnel médical ont proposé une participation à des conférences internationales sur la santé en matière de reproduction, tous frais payés) doivent être offerts pour susciter et entretenir l'intérêt de prestataires potentiels.

- **Assurer un appui externe à court terme tandis que le Gouvernement continue de reconstituer l'infrastructure des soins de santé.**

Le Mozambique a magnifiquement réussi à restaurer l'infrastructure des soins de santé après la guerre, mais il reste encore beaucoup à faire. Pour que la chirurgie de la fistule « soit vraiment l'affaire des Mozambicains », comme l'a dit un prestataire, le Ministère de la santé doit reprendre à son compte quelque initiative dans ce domaine, grâce au soutien d'un donateur externe pour une durée limitée, par exemple trois ans.

- **Faire campagne pour que le Gouvernement définisse la fistule comme un problème relevant des droits de la personne.**

Pour faire prendre conscience du problème, il est nécessaire de lancer une campagne qui vise les clientes potentielles et les prestataires potentiels

(ainsi que d'autres parties intéressées clefs) au moyen d'un message qui présente une vie sans la fistule comme un problème relevant des droits de la personne. Le Ministère de la santé pourrait jouer un rôle capital dans le lancement d'une telle campagne.

- **Instituer un ou deux centres de formation à la manière d'opérer les cas les plus difficiles.**

Comme le pays est si vaste, il se pourrait qu'un seul centre de formation ne soit pas suffisant pour y aiguiller les patientes de l'ensemble du pays. Ce(s) centre(s) aurai(en)t besoin d'un apport constant : soutien, équipement et matériel. Si l'Hôpital central de Maputo pourrait être le candidat le mieux placé, la distance entre Maputo et d'autres parties du pays suggère qu'il serait nécessaire d'en créer un autre. Les prestataires notent qu'un plan directeur devrait être établi au niveau national, établissant une relation entre les types de centre, d'une part, et les types d'intervention de la fistule qu'ils doivent être capables de pratiquer ; ce processus d'évaluation pourrait aussi conduire à la sélection d'un ou plusieurs centre(s) national/ux.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Mozambique

A. Hôpital provincial de Quelimane, Quelimane, visité le 13 août 2002

Dimension : 420 lits; une salle d'opération avec trois pièces; l'aile de maternité compte 60 lits, mais les patientes de la fistule ont été priées de quitter l'aile de maternité (en raison de l'odeur qu'elles dégagent) et sont maintenant abritées dans l'aile de chirurgie.

Personnel médical : 11 médecins; trois techniciens chirurgicaux; 16 infirmières (dans l'aile de maternité seulement ; davantage dans le reste de l'hôpital).

Nombre de clientes : Au moins 200 accouchements par mois, dont 25 à 30 par césarienne. Chaque année, 40 à 50 cas de fistule, mais il y a une liste d'attente. Six cas étaient en attente le jour où l'équipe a visité l'hôpital. Le Dr. Aldo Marchesini se rend aussi dans cinq autres hôpitaux provinciaux pour opérer. Tous ces établissements ont des gynécologues, dont aucun n'a saisi l'occasion d'être formé.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de tout le Zambezia; il existe dans le nord un groupe de population connu sous le nom de tribu Lilongwe où les femmes sont généralement de très petite taille et particulièrement exposées à la fistule. En outre, certaines clientes sont envoyées d'autres provinces : Nampula, Niassa et Capo Delgado.

Profil typique des clientes : Elles ont généralement moins de 20 ans, mais certaines femmes sont âgées de 30, 35 ou 40 ans et souffrent d'une fistule depuis une quinzaine d'années. Chez deux seulement des six clientes vues, la fistule était apparue lors du premier accouchement ; les autres avaient de trois à huit enfants.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Un examen manuel permet de déterminer si la femme est atteinte d'une fistule. La position en est « adéquate » dans 70 % des cas environ.
- Pour les 30 % de cas restants, un chirurgien

examine la cliente dans une salle d'opération afin de déterminer l'emplacement et la taille de la fistule, ainsi que son degré de complexité. Certains de ces examens sont effectués sous anesthésie, d'autres non.

- Dépistage de l'anémie.
- S'il le faut, examen des fonctions rénales.
- Comme 85 % de la population sont atteints de bilharziose, une dose unique de praziquantel est administrée à chaque cliente.
- Le temps écoulé depuis l'accouchement est déterminé : ce doit être entre deux et trois mois. Si une femme vient de loin, elle est admise à l'hôpital pour une période d'attente. Si la période d'attente est inférieure à un mois, toute cliente est admise. Dans le cas contraire, le Dr. Marchesini lui donne les fonds nécessaires pour rentrer chez elle et lui dit de revenir une semaine avant la date de l'opération. En règle générale, 35 % des femmes ne reviennent pas. Les autres 65 % reviennent, mais après la date fixée.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent ordinairement 14 jours, jusqu'à la sortie du cathéter.
- On leur conseille de revenir à l'hôpital pour une césarienne élective à leurs futurs accouchements, de sorte que le Dr. Marchesini a effectué de nombreuses césariennes sur d'anciennes patientes de la fistule.
- On leur conseille de ne pas avoir de rapports sexuels avant deux mois.
- Aucun conseil spécifique n'est donné concernant la planification familiale ou le VIH. Les prestataires ont le sentiment que ces femmes veulent réellement être enceintes, de sorte que ce n'est pas nécessaire. « Le VIH est un problème secondaire. »

Réadaptation/réinsertion : Aucun programme spécifique; plus de la moitié des femmes sont abandonnées par leur mari. Parfois, l'épouse

atteinte d'une fistule devient la domestique de la nouvelle épouse que prend son mari. Si l'opération réussit, elle peut être reprise comme épouse au même titre que l'autre ou prendre un autre mari.

Ouverture sur l'extérieur : Aucun des programmes ouverts sur l'extérieur ne concerne particulièrement la fistule. Mais cette ouverture existe pour la planification familiale, l'immunisation, etc.

Appui des autorités : Le Ministère de la santé est conscient du problème de la fistule, de même que les autorités provinciales, mais rien de précis n'est actuellement fait, si ce n'est que la fistule est mentionnée dans le contexte de la politique générale de la santé maternelle, en relation tant avec la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction qu'avec la santé en matière de reproduction de manière générale.

Coût estimatif global par procédure : Non connu, mais les clientes atteintes d'une fistule ne payent pas si elles satisfont à un certain nombre de critères : gratuité des services obstétricaux; gratuité des services pour les femmes de moins de 18 ans et de plus de 60; et gratuité du traitement pour les femmes en provenance d'autres districts.

Ressources :

- Les amis du Dr. Marchesini, en Italie, fournissent du matériel, par exemple pour sutures. Ils ont donné des lampes frontales à deux autres médecins.
- L'hôpital ne reçoit d'appui que du Gouvernement mozambicain.

Obstacles :

- En raison des inégalités sexospécifiques et économiques, les femmes atteintes d'une fistule n'ont ni argent, ni pouvoir de décision, etc., et ne connaissent pas toutes l'existence des services.
- La fistule n'est pas reconnue en tant qu'affection spécifique dans les centres de santé les plus modestes.
- Parfois, la présence d'une fistule est reconnue, mais sans être considérée comme un problème assez important pour justifier l'aiguillage.
- Les problèmes de transport – état du réseau routier, grandes distances à parcourir et

terrain difficile – compliquent beaucoup l'accès des femmes aux services.

- L'espace réservé aux patientes de la fistule est limité, avant comme après l'opération. Le Dr. Marchesini a acheté 14 matelas et 10 nattes pour l'aile de chirurgie afin que les clientes puissent s'étendre sur le sol.
- Un prestataire seulement est en mesure d'opérer, ce qui contribue à allonger la liste d'attente. Il faut mettre en place un dispositif aussi bien que dégager des ressources pour assurer un approvisionnement continu de fournitures et matériel.

B. Hôpital central de Maputo, visité le 14 août 2002

Dimension : 1 200 lits, dont 800 seulement sont utilisés en raison des pénuries de personnel, notamment d'infirmières. Il y a des groupes de plusieurs salles d'opération dans le service de maternité, le département des accidents et le département de chirurgie générale. Ce dernier département a le plus important groupe de salles d'opération, à savoir cinq. Mais l'une des salles n'est pas utilisée, en raison des pénuries de personnel, tandis que les autres accueillent parfois simultanément deux opérations sous rachianesthésie. L'équipe d'urologie recherche le financement nécessaire pour rénover un groupe de salles d'opération et une aile à réserver aux patientes de la fistule. Certains examens physiques sont conduits dans le service de consultations externes du département d'urologie, outre certaines opérations mineures de la prostate et de cas d'hydrocèle.

Personnel médical : L'équipe d'urologie comprend un chirurgien, un urologue, un anesthésiste et un interne OB/GYN.

Nombre de clientes : L'équipe d'urologie fait en moyenne deux interventions par semaine et son temps est déjà entièrement pris jusqu'à la fin de 2002. Un nombre beaucoup plus limité de procédures plus simples, c'est-à-dire une ou deux

par mois, sont conduites dans les salles d'opération du service de maternité. L'équipe d'urologie entend visiter des hôpitaux régionaux pour dispenser une formation en cours d'emploi et mettre en place des équipes modèles de spécialistes de la fistule.

Provenance des clientes : Comme cet hôpital fait fonction de principal centre d'aiguillage et d'enseignement dans le pays, les clientes viennent de tout le Mozambique, bien que les femmes qui habitent près de la frontière du Malawi aillent généralement se faire soigner dans ce pays. Beaucoup des clientes aiguillées vers l'hôpital souffrent de complications qui exigent une chirurgie très complexe et un équipement allant au-delà des fournitures et du matériel de base pour les opérations de la fistule.

Profil typique des clientes : Elles sont généralement jeunes, parfois âgées d'à peine 20 ans, pauvres, et de petite taille. La fistule est ordinairement apparue au premier accouchement. Quelques-unes ont eu d'autres grossesses auparavant et certaines, comme la femme que l'équipe a vue dans la salle d'opération, ont près de 30 ans et ont déjà subi d'autres opérations – infructueuses – de la fistule.

Évaluation et dépistage :

- La plupart des procédures ont lieu trois mois au moins après l'accouchement au cours duquel la fistule est apparue.
- Les interventions sont précédées d'un examen, qui est parfois conduit sous anesthésie préopératoire.
- Les tests de la fonction rénale sont conduits conformément à la prescription, mais le service d'urographie ne fonctionne pas actuellement.
- Une dose de praziquantel est administrée avant l'opération, car la bilharziose est endémique.
- On recourt au cathétérisme urétral pour certains types complexes de fistule.

Soins postopératoires :

- Un cathéter est généralement introduit en permanence dans la vessie des clientes pendant 14 jours. Elles ne sont pas entraînées à rééduquer leur vessie.

- Il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels et d'éviter d'introduire dans le vagin des tampons et autres objets, cela pendant trois mois.
- Les clientes sont avisées qu'elles devront nécessairement avoir une césarienne à leur prochaine grossesse.
- Les besoins en matière de planification familiale et le risque de VIH ne sont pas examinés de manière systématique; on estime que ces points relèvent davantage de la responsabilité de l'OB/GYN.

Réadaptation/réinsertion : Aucun programme spécifique ni suivi dans la communauté. La plupart des interventions de la fistule réussissent dès le premier essai, mais certaines ont exigé jusqu'à six essais, et quelques-unes une chirurgie très avancée, par exemple la création d'une nouvelle vessie avec du tissu intestinal, la création d'un nouveau vagin ou une dérivation urétrale. On sait que quelques femmes sont revenues pour des césariennes, mais la plupart reparaissent dans le service de maternité ou dans des hôpitaux périphériques. On ignore avec quel succès les clientes se réinsèrent dans la communauté.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune ne se rapporte à la fistule, à l'exception des visites proposées d'une équipe modèle de la fistule dans des localités périphériques.

Appui des autorités : Le Ministère de la santé est informé du problème de la fistule et s'y intéresse, ainsi que tout particulièrement aux problèmes généraux de la maternité sans risque, mais son action est sérieusement limitée par le manque de fonds, non seulement pour l'infrastructure, l'équipement et les matériels, mais aussi pour le versement des salaires et traitements. L'urologue doit utiliser son cystoscope personnel et faire des sutures en vicryl pour les clientes du service public.

Coût estimatif par procédure : Aucune évaluation n'a été faite. Les patientes de la fistule ne paient rien.

Ressources : Le Ministère de la santé soutient l'hôpital. L'urologue utilise souvent pour les clientes son matériel propre.

Obstacles :

- Manque d'équipement et de fournitures. En raison de la complexité du type de chirurgie qu'exigent certains des cas aiguillés, l'hôpital a besoin de deux cystoscopes avec trois lentilles de rechange pour chacun, d'un écarteur autostatique des parois vaginales pour éviter que plusieurs assistants ne soient obligés de placer leurs mains dans le champ opératoire, d'articles non réutilisables tels que des cathéters en vicryl/pour l'urètre et des ligatures Liga-Sure pour contrôler plus facilement l'écoulement du sang durant les opérations complexes.
- Perte par les femmes de leur autonomie économique et sociale du fait de la fistule.
- Pénurie de personnel. Les infirmières sont mal payées, touchant un salaire d'environ 100 dollars É.-U. par mois, et beaucoup sont parties pour prendre des emplois non médicaux mieux rémunérés, par exemple dans les petites entreprises et l'horticulture. Les médecins sont payés environ 300 dollars É.-U. par mois, de sorte que beaucoup d'entre eux ont aussi une clientèle privée.
- Infrastructure médiocre.
- Manque d'intérêt/de motivation fréquent chez les médecins locaux, y compris les OB/GYN, concernant la fistule. Un interne OB/GYN se trouvait dans la salle d'opération en tant que membre de l'équipe chirurgicale. Il a reconnu n'être pas réellement intéressé à ce travail et ne se trouver là, par le jeu du roulement, que pour remplir une condition mise à l'obtention de son diplôme.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

Dr. Georges Gorgi, Représentant de pays

Dr. Maria de Luz Vaz, Administratrice nationale affectée aux projets

Dr. Clara Santos, Administratrice nationale affectée aux projets

Ministère de la santé

Dr. Aida Libombo, Vice-Ministre de la santé, Directrice adjointe du Département de la santé communautaire

Dr. Leonardo Chavane, Directeur provincial de la santé, province de Zambézia

Hôpital provincial de Quelimane

Dr. Helena Fernando Mula Chong, Administratrice en chef du service médical

Dr. Aldo Marchesini et le personnel infirmier

Hôpital central de Maputo

Dr. Igor Vaz et le personnel infirmier

Données générales

Les femmes du Niger ont le taux de fécondité le plus élevé (8) de l'Afrique subsaharienne, avec un taux de prévalence des contraceptifs modernes de 4 % et un ratio de mortalité maternelle de 920 pour 100 000 naissances vivantes.

Quatre-vingt-cinq pour cent des femmes donnent naissance à domicile et elles sont encouragées à le faire, que ce soit sans aucune aide ou sans l'assistance d'un prestataire qualifié²⁶. Des traditions solidement implantées interdisent quelquefois aux femmes de quitter leur domicile, ce qui peut expliquer pourquoi 30 % seulement ont recours aux soins prénatals et pourquoi le taux de césariennes est de 2 % seulement. En outre, les femmes sont invariablement encouragées à avoir leur premier accouchement au domicile de leurs parents, ce qui peut créer des situations particulièrement difficiles quand elles vivent dans des zones éloignées de tout point de prestation de soins obstétricaux.

D'autres traditions, comme **la MGF, qui est répandue, mettent la santé des femmes en danger. Parmi les femmes atteintes d'une fistule qui ont subi une intervention dans le pays l'an dernier, 22 % avaient subi aussi une forme quelconque de MGF.** Le nombre total des personnes atteintes du VIH/sida était au Niger de 64 000 en 2001 et, bien qu'aucune statistique ne soit disponible concernant les taux féminins d'infection, on peut admettre sans risque d'erreur qu'un nombre important doivent aussi affronter cette autre menace à leur santé. Le mariage précoce constitue un autre facteur de risque répandu. Bien que l'EDS signale que l'âge moyen du mariage est pour les femmes de 15 ans au Niger, **dans certaines régions du pays, elles sont mariées dès l'âge de neuf ans.** Traditionnellement, les filles demeurent dans la maison familiale de l'homme qu'elles sont destinées à épouser et les rapports sexuels ne sont

pas supposés commencer avant les premières règles. Malheureusement, cette coutume d'attendre s'est progressivement affaiblie.

Leur jeune âge à la première grossesse prédispose aussi les femmes à la fistule. **Trente-six pour cent des filles âgées de 15 à 19 ans sont déjà enceintes ou ont déjà eu au moins un enfant, à peu près au même âge où la première fistule risque d'apparaître.** Tous ces facteurs ont fait que **la fistule obstétricale est exceptionnellement fréquente au Niger.** D'autres données compliquent encore la situation sanitaire des femmes dans ce pays, notamment le fait que les deux tiers du pays sont désertiques, que 85 % de la population vivent dans les zones rurales et que le taux d'analphabétisme féminin est de 91 %.

Malgré le succès de certaines de ses initiatives, le Gouvernement n'a pas été en mesure de maintenir le budget affecté à la santé et à l'éducation. Des ONG ont essayé de faire contrepoids à cette situation. CARE Niger a organisé en août 2002 un atelier à l'intention des défenseurs de la santé et des droits des femmes, afin de discuter les problèmes concernant la fistule en particulier. À la conclusion de l'atelier, les participants ont envisagé de créer un réseau pour faire prendre conscience de la fistule obstétricale au niveau national; d'organiser des activités visant à en prévenir l'extension; et de dresser un plan pour les 47 femmes qui attendent quelquefois depuis des années à l'hôpital national de recevoir un traitement, ainsi que de commencer à les réinsérer dans leur communauté. Les programmes de l'UNFPA au Niger portent sur les points suivants : maternité à faible risque; initiative pour la jeunesse, qui porte sur la santé des jeunes et adolescents en matière de reproduction; et initiative sexospécifique visant à encourager la scolarisation des filles. La prohibition du mariage

précoce a également place dans ce programme. Un projet final comportera une évaluation des résultats et effets de ces tentatives pour améliorer la santé en matière de reproduction.

Parmi les organisations locales qui se préoccupent de ce problème, il faut citer Maternité à moindre risque (DIMOL), ONG fondée en 1998 par une sage-femme du Niger qui a collaboré à l'initiative de l'UNFPA pour une maternité à faible risque. Elle a conçu un projet tendant à édifier un centre d'opération/traitement de la fistule, pour lequel Oxfam-Québec a fourni l'équipement et les fournitures nécessaires. L'Ambassade des États-Unis a financé la construction de la salle d'opération et d'un foyer d'hébergement pour les clientes avant et après l'opération. Le site a été identifié et la construction du centre est imminente. Les plans de construction d'un puits et d'un studio d'apprentissage sont également en cours de préparation.

Le Comité nigérien des pratiques traditionnelles (CONIPRAT), ONG spécialisée dans la santé et les droits des femmes, s'efforce de faire prendre conscience des dangers de la MGF et du mariage précoce, deux facteurs qui contribuent directement à l'apparition de la fistule obstétricale. Il a récemment organisé une enquête très étendue au niveau national pour établir la prévalence de ces pratiques, mais les résultats n'en sont pas encore analysés. Il lutte aussi pour obtenir une mesure légale qui interdirait le mariage précoce, et promeut des activités de nature à réduire la MGF en identifiant ceux et celles qui la pratiquent et en les formant à d'autres moyens de gagner leur vie. Cela a donné de très bons résultats à Couba, un petit village du sud-ouest, dont les habitants se sont unis pour expulser ceux et celles qui, venus du Burkina Faso, pratiquent l'excision. Un membre de CONIPRAT pourvu d'une formation juridique a présenté au Ministère de la justice une proposition tendant à adopter une loi qui interdirait l'excision. On attend actuellement que le parlement prenne une décision sur ce point. La coordination des ONG et des associations féminines du Niger (CONGAFEN) fait campagne contre le mariage précoce et a

demandé aux dirigeantes locales des associations féminines d'apporter leur soutien.

Problèmes et tâches

Au Niger, l'équipe d'évaluation des besoins a rencontré des membres du bureau de pays de l'UNFPA, qui l'ont aidée à arranger des entretiens avec les organisations actives au service de la santé et des droits des femmes, comme DIMOL, CONIPRAT, CONGAFEN, Oxfam-Québec et CARE Niger. L'équipe s'est aussi entretenue avec divers représentants de divisions du Ministère de la santé, dont le Directeur de la protection sociale et de la solidarité nationale, le Directeur de la santé en matière de reproduction et le Secrétaire général de la santé publique. L'équipe a eu l'occasion de visiter des centres d'opération de la fistule, à savoir l'Hôpital national de Niamey, l'Hôpital universitaire de Lamordé, le District sanitaire de Loga, la Maternité centrale de Zinder et l'Hôpital régional de Maradi. Plusieurs centres hébergeaient des patientes de la fistule qui s'étaient remises de l'opération et se sont prêtées à des interviews. À l'Hôpital national de Niamey, l'équipe a eu la chance de s'entretenir avec le groupe de 47 femmes qui vivent dans l'aile de la fistule.

Les visites à cinq sites et les entretiens avec des prestataires, des représentants de district et le personnel d'ONG indiquent que, comme on l'a déjà noté, **la fistule obstétricale est au Niger une affection extrêmement courante**. L'existence en est souvent imputée aux pratiques traditionnelles qui règnent dans les zones rurales où apparaissent la plupart des cas de fistule. **Une enquête nationale conduite en 1995 par deux chirurgiens de la fistule pour obtenir une image plus claire du problème a permis de conclure que l'âge moyen des patientes contactées était de 13 ans et que 58 % avaient leur premier enfant.**

Il faut manifestement expliquer par des impératifs d'ordre culturel le fait que les femmes soient empêchées de recevoir des soins de santé avant, durant ou après une naissance. Dans certains villages proches de la frontière du

Nigéria, les femmes ne sont pas autorisées à quitter du tout leur domicile et reçoivent des hôtes dissimulées sous un voile, d'où on peut déduire qu'il y a peu de chance qu'elles aient recours à des soins prénatals ou à des soins obstétricaux d'urgence. En outre, de très jeunes femmes qui sont enceintes pour la première fois refusent souvent les soins prénatals parce qu'elles auraient honte d'y recourir. Comme ces soins ne trouvent qu'un faible appui dans la communauté, si les femmes souffrent d'une complication durant l'accouchement, elles risquent de s'adresser à un guérisseur local ou à une femme plus âgée sans formation. Les femmes ne reçoivent aucun appui financier de leur mari, qui parfois ne les laisse pas obtenir l'assistance d'un prestataire qualifié.

Un éventail de pratiques traditionnelles peut souvent exposer les femmes à la fistule. Dans certaines parties du pays, la tradition de faire boire les femmes durant l'accouchement pour expulser le bébé peut causer une fistule, car la tête du bébé est bloquée par une vessie pleine. Une coutume qui vise à repositionner le col de l'utérus comporte le placement d'une spatule de bois dans le vagin si une femme souffre d'infections durant la grossesse. On croit que le vagin s'est affaissé et que la spatule va le replacer dans sa position normale. Les AT peuvent aussi presser leurs coudes ou leurs genoux sur le ventre d'une femme pour empêcher que le bébé ne soit expulsé par l'anus.

Si une fistule apparaît et qu'une femme décide d'avoir recours à des soins, ces soins seront très limités. **En général, les ressources chirurgicales sont fort disséminées. Aux trois centres qui offrent ces services au Niger – Niamey, Maradi et Zinder –, six chirurgiens seulement possèdent les compétences techniques nécessaires pour opérer la fistule.** Trois d'entre eux ont reçu une certaine formation générale à la procédure à Addis-Abeba et, parmi les trois restants, on sait que l'un n'a pas eu de formation technique et n'est pas en mesure d'opérer des cas compliqués.

Il faut de toute urgence davantage de prestataires, car l'effectif actuel ne peut répondre

à la demande. Il y a une longue liste d'attente de clientes, surtout à Niamey, où les cas difficiles sont aiguillés. Cette formation peut être dispensée dans le pays même, grâce aux quelques spécialistes qui ont été formés à Addis-Abeba, mais les prestataires doivent être informés des techniques chirurgicales les plus récentes. La pénurie de personnel n'existe pas seulement aux niveaux les plus élevés. D'autre part, le personnel médical répugne à s'établir dans certaines localités, parce que la vie est très difficile au fond de la « brousse », beaucoup de villages écartés se trouvant en plein désert.

Même si les femmes subissent avec succès l'opération, elles ne reviennent pas toutes chez leur mari. La plupart sont analphabètes et ne peuvent trouver un emploi faute des savoir-faire nécessaires. Certaines se prostituent après la fermeture de leur fistule afin de s'assurer un revenu. Cette situation éveille une inquiétude particulière dans les villes de carrefour, comme Dirkou au nord du Sahara, fréquenté par des voyageurs de commerce de divers pays où les taux de prévalence du VIH/sida sont élevés.

Deux autres projets dans lesquels le Gouvernement intervient jettent aussi la lumière sur la situation actuelle. Conscient de la nécessité que la nation devienne autosuffisante, le Président de la République a lancé un programme de construction d'écoles, de réservoirs d'eau salubre et d'unités sanitaires locales, avec une sage-femme et une infirmière pour tout personnel, dans 1 000 des 9 000 villages du Niger. Le projet a été mené à bien à 85 %, mais les écoles et dispensaires ont eu de la difficulté à maintenir les agents sanitaires dans les localités les plus écartées. Une initiative financée par la Banque mondiale et certains partenaires connaît une issue analogue : en 1995, 30 hôpitaux ont été construits, tous bien équipés pour traiter les cas d'urgence. Mais beaucoup de ces hôpitaux manquent de personnel qualifié et souvent n'offrent pas des salaires assez attractifs pour retenir un personnel qualifié. Sur une note plus positive, une division du Ministère de la santé acquitte désormais le coût

des césariennes qui sont nécessaires aux femmes opérées de la fistule.

Un dernier exemple porte sur un programme qui vise à aborder directement le problème de la fistule obstétricale. Après l'enquête de 1995, un projet a été élaboré pour traiter les cas actuels de fistule et les prévenir plus tard, cela en l'espace de quatre ans. Appelé « Prévention et traitement de la fistule obstétricale au Niger », ce projet avait notamment pour stratégie de former des équipes nationales et régionales de médecins formés à opérer la fistule, d'éduquer les prestataires, de reconstruire l'infrastructure hospitalière et de diffuser l'information, l'éducation et la communication sur le sujet auprès de l'ensemble de la population, le tout avec un budget de 385 000 dollars É.-U. Si le Gouvernement a senti l'utilité du programme, il n'a pas fourni de fonds pour lancer les activités. La Coopération française a assumé la tâche et les activités proposées ont été exécutées en l'espace de trois ans.

Recommandations et besoins critiques

• **Dispenser une formation meilleure et plus complète à davantage de prestataires de soins aux patientes de la fistule, l'accent portant sur les localités écartées.**

Ce processus peut comporter l'intégration des soins obstétricaux d'urgence à la formation à la chirurgie de la fistule, car il s'agit notamment au Niger de maintenir des prestataires qualifiés dans les zones écartées où la maîtrise des techniques d'urgence est essentielle. Mais il faut aussi s'efforcer d'accroître le nombre de prestataires afin d'être mieux en mesure de traiter les femmes qui attendent déjà une intervention. (Il faut d'autre part essayer de faire en sorte que les agents sanitaires traitent mieux les patientes de la fistule; celles-ci sont parfois appelées « les femmes qui sentent l'urine ».) Enfin, il pourrait être nécessaire de mettre en place un système d'incitations quelconque, comportant par exemple un logement adéquat, de meilleurs salaires, un meilleur réseau de

communication et transport et/ou la possibilité de poursuivre une formation individuelle.

• **Mettre au point et conduire à grande échelle des campagnes de prise de conscience communautaire.**

Une campagne destinée aux chefs de village et aux dirigeants religieux, ainsi qu'aux AT et aux femmes enceintes, pourrait combattre la notion que l'accouchement ne devient vraiment difficile qu'à compter du deuxième ou du troisième jour. Ces campagnes doivent être menées dans les langues locales, à travers la radio, la télévision et la presse. Il serait extrêmement efficace de faire participer d'anciennes patientes de la fistule à ces activités, au niveau de la nation ou du district.

• **Organiser un meilleur réseau de transport et communication entre les centres de soins de santé.**

Il peut être fort difficile de trouver un moyen de transport. Les femmes doivent quelquefois faire le voyage à bord d'un chariot ou à dos d'âne si l'auto-stop ne réussit pas. Elles doivent payer l'essence si elles trouvent une ambulance. Les hôpitaux de district ont besoin d'urgence de davantage de véhicules et d'un meilleur réseau radio pour les aiguillages.

• **Rechercher les moyens de rendre les patientes de la fistule plus autosuffisantes sur le plan économique.**

En aidant les femmes à acquérir de nouveaux savoir-faire, on leur prête un secours efficace après l'opération et on peut les empêcher de recourir à des mesures plus désespérées, comme la prostitution, afin d'avoir de quoi vivre.

• **Intensifier les contacts entre bailleurs de fond et cliniciens.**

Fréquemment, les ONG et le personnel des fondations négocient avec les administrateurs et les représentants officiels et non pas avec ceux qui exécutent directement les programmes, ce qui

a pour résultat que les projets sont bloqués au stade de la planification. En intensifiant la communication entre les bailleurs de fond et ceux qui traitent les patientes de la fistule, on aiderait les deux parties à mieux planifier.

- **Plaider pour un financement accru des projets nationaux.**

Pour que le Niger soit en mesure de protéger la santé maternelle, il est nécessaire d'apporter un soutien financier et politique plus substantiel aux projets qui visent à prévenir la détérioration de la santé des femmes et à améliorer leur condition sociale et physique.

- **Envisager de créer un centre de la fistule à l'Hôpital de Lamordé.**

En raison de l'intérêt et de la détermination manifestés par l'urologue en chef et parce que cet hôpital reçoit actuellement tous les cas d'urologie dans les environs de Niamey, il est fort bien placé pour devenir un centre de la fistule. L'urologue en chef a été formé à Addis-Abeba et souhaite vivement former d'autres médecins locaux.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Niger

A. Hôpital national de Niamey, visité le 8 octobre 2002

Dimension : 244 lits pour l'aile de chirurgie, dont 20 sont réservés aux patientes de la fistule. Six salles d'opération, dont l'une sert aux opérations de la fistule.

Personnel médical : 15 chirurgiens, dont les expatriés; sept assistants médicaux; plusieurs infirmières et anesthésistes qui assurent leurs services par roulement entre les différents départements. Le Dr. Amadou Deibou opère un nombre décroissant de patientes chaque année (voir ci-après).

Nombre de patientes : En 2000, 92 femmes ont été admises, dont 51 furent opérées. En 2001, 23 ont été admises et, en 2002, seulement 10. La restructuration des trois hôpitaux de la zone explique la diminution du nombre d'admissions; toutes les clientes souffrant d'affections des voies urinaires sont maintenant examinées à un seul hôpital central, Lamordé.

Provenance des clientes : Surtout les départements de Tillabéry et Dosso (ville de carrefour au centre du pays, et aussi un département) et toute la région de Niamey.

Profil typique des clientes : Cela dépend du moment où la fistule est apparue. Si les clientes sont examinées quelques semaines seulement après l'apparition de la fistule, elles sont généralement déprimées, elles boitent en raison d'une paralysie partielle consécutive aux complications de l'accouchement, leurs jupes sont humides et sentent souvent l'urine et/ou les matières fécales. Si plusieurs mois sont passés depuis l'apparition de la fistule, la cliente a eu le temps de contrôler l'écoulement en portant des tampons ou en se

protégeant d'autres manières. Souvent aussi, ces femmes sont déprimées après avoir accouché d'un enfant mort-né. Quatre-vingt pour cent d'entre elles ont été mariées dès l'âge de 16 ans et enceintes à 18 ans. La fistule est apparue à ce moment. Les clientes sont généralement accompagnées de leur mère.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Examen physique.
- Évaluation clinique (détermination du type sanguin, numération globulaire pour déceler une anémie éventuelle).
- Électrocardiogramme.
- Parfois, si nécessaire, radiographie.
- Le type et la taille de la fistule sont alors déterminés.

Soins postopératoires :

- La cliente est hospitalisée de 10 à 14 jours après l'opération.
- Un cathéter est inséré pour garantir que l'urine passe par le cathéter et ne sort pas du vagin; la cliente est sous observation pour prévenir toute nouvelle complication.
- Des antibiotiques sont administrés.
- Il est conseillé à la cliente de s'abstenir de rapports sexuels pendant deux mois au moins et de revenir à l'hôpital en cas de grossesse pour y recevoir du gynécologue des conseils et des soins prénatals. Il leur est prescrit de ne pas manquer d'avoir leur prochain accouchement en milieu hospitalier.

Réadaptation/réinsertion : Aucune. Le mari reprend presque invariablement sa femme après la fermeture de la fistule.

Ouverture sur l'extérieur : Les ONG de femmes interviennent à différents niveaux.

Appui des autorités : Le Ministère de la santé publique et le Ministère du développement social organisent des visites auprès des patientes de la fistule. Ils s'efforcent aussi de sensibiliser d'autres partenaires en se rendant dans les centres opérant la fistule en compagnie de membres d'ONG nationales et, parfois, de représentants d'ambassades, notamment celles des Etats-Unis, du Canada et de France. Ces visites donnent généralement lieu à des donations de vivres et de vêtements.

Coût estimatif global par procédure : En général, environ 55 dollars É.-U.

Ressources : Les coûts de la procédure (hospitalisation, opération et médicaments) étaient jadis financés en totalité par une coopérative française, Falandry, qui a reçu plus de 150 000 dollars du Gouvernement français voici quelques années. Ce montant est depuis lors épuisé et les femmes acquittent maintenant elles-mêmes ces coûts en trouvant l'argent comme elles le peuvent.

Obstacles :

- Avant l'intervention de CARE Africa, sous forme d'un atelier de la fistule, les médecins travaillaient seuls, sans l'appui de collègues pratiquant les mêmes opérations. La situation s'est quelque peu améliorée maintenant que la collaboration est plus étroite.
- Il faut trouver les moyens de financer les interventions. Il faut mettre en place des initiatives de plaidoyer afin de collecter les fonds nécessaires.

Notes complémentaires sur l'aile de la fistule à l'Hôpital national de Niamey

La situation y est très particulière. Dans un coin isolé du terrain de l'hôpital, un pavillon abrite une cinquantaine de femmes, dont beaucoup attendent d'être traitées depuis plusieurs années. Ces femmes vivent à l'intérieur de leur enclave, où elles sont tenues à l'écart par d'autres résidentes de l'hôpital, qui les regardent comme impures. Toutes ont une fistule, certaines pour la deuxième ou la troisième

fois. Toutes attendent de l'aide. Toutes attendent de rentrer chez elles.

Ce fut une expérience remarquable de parler avec ces femmes qui, malgré les souffrances qu'elles endurent chaque jour, continuent à rire et gardent l'espoir qu'elles pourront un jour mener de nouveau une vie normale. Un programme radio récemment diffusé les a dépeintes comme totalement abandonnées, sans famille ni amis, lasses et déprimées; mais en réalité la plupart d'entre elles ont une famille qu'elles visitent de temps à autre. On leur enseigne diverses activités pour passer le temps. Elles cousent, se font la cuisine ou se tressent les cheveux les unes aux autres. Elles vivent ensemble, dans l'attente.

Il est encourageant de noter que l'ONG DIMOL a reçu des fonds d'Oxfam-Québec pour construire à Niamey un centre de traitement de la fistule. Les travaux de construction n'ont pas encore débuté, mais des mesures ont été prises pour commencer à financer les opérations des femmes abritées dans le pavillon. Il est prévu que ces opérations, qui doivent avoir lieu à Lamordé et à l'Hôpital national, commenceront en novembre 2002.

B. Hôpital de Lamordé, visité le 8 octobre 2002

Dimension : 72 lits, dont six sont réservés aux patientes de la fistule; deux salles d'opération et une salle de convalescence.

Personnel médical : Le Dr. Oumarou Sanda Ganda, chirurgien en chef de la fistule, dirige une équipe de cinq chirurgiens, dont deux urologues; un chirurgien généraliste; un chirurgien pédiatre; et un chirurgien traumatologiste. Six infirmières du service chirurgical et 11 infirmières pour les malades hospitalisés, dont quatre s'occupent des soins postopératoires.

Nombre de clientes : Trois à quatre opérations par semaine, et non moins de 200 par an. L'an dernier,

on a compté environ six cas de FRV. Le 7 octobre 2002, le Dr. Sanda a opéré une infirmière d'un hôpital de Zinder, ville importante située dans le sud-est du pays. Elle était atteinte à la fois d'une FVV et d'une FRV. L'opération a eu lieu à Zinder et la FVV a été réparée. Mais les tentatives faites pour réparer la FRV se sont avérées infructueuses. Elle a alors été aiguillée à Lamordé, où la FRV a été réparée.

Provenance des clientes : Elles viennent du pays tout entier. Certaines viennent du Nigéria, du Burkina Faso et du Mali. La plupart des femmes du Niger sont du département de Tillabéry, d'où il est facile d'arriver à Lamordé. Il y a aussi des patientes envoyées de la maternité de Niamey. Les femmes sont inscrites sur une liste d'attente, et celle-ci est fort longue.

Profil typique des clientes : Pauvres, en majorité (89 %) analphabètes; la plupart sont mariées sans profession et âgées de 15 à 35 ans. On a expliqué que les plus âgées ont eu généralement de nombreux enfants, ce qui a rendu fragile leur utérus, lequel se déchire durant la grossesse ou l'accouchement. La plupart des femmes sont accompagnées de leur mère, d'une sœur ou d'une tante. Presque toutes sont divorcées – au Niger, le divorce n'implique pas l'intervention d'avocats ni la constitution d'un dossier, il s'agit plutôt d'une séparation.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Évaluation clinique standard; la zone urinaire est stérilisée en vue de la procédure, au cas où il y aurait infection.
- La date de l'opération est alors fixée.
- Le groupe sanguin est déterminé.
- D'autres tests sont exécutés s'il le faut.

Soins postopératoires :

- Un cathéter est inséré pendant deux semaines, et les clientes sont sous observation. Le cathéter est ensuite enlevé pour voir si l'incontinence persiste. Si tel est le cas, la patiente reste sous stricte observation pour une semaine environ. C'est parfois un délai suffisant pour que la blessure continue de se cicatrifier d'elle-même.
- Les clientes reçoivent d'une assistante sociale des conseils qui portent sur la contraception,

la conduite à suivre en cas de nouvelle grossesse et la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois.

- Il est conseillé aux clientes de revenir après trois mois consulter l'urologue, qui leur demande si elles veulent retourner chez leur mari. La plupart ne le veulent pas, parce qu'elles sont blessées et furieuses de son abandon. Certaines femmes ne reviennent pas à l'hôpital au bout de trois mois, mais sont enceintes à nouveau, accouchent à nouveau chez elles et reviennent à l'hôpital, leur fistule rouverte. Dans cette catégorie de cas, le taux d'échec de l'opération atteint 16 %.

Réadaptation/réinsertion : Limitées à l'aide de l'assistance sociale, qui les conseille et répond aux questions qu'elles peuvent lui poser.

Ouverture sur l'extérieur : L'Union européenne gère un service social qui délivre une attestation écrite aux femmes incapables d'acquitter le coût de la procédure.

Appui des autorités : Absolument inexistant. Il a été exposé qu'aucun membre du Gouvernement ne visite jamais l'hôpital, ne reconnaît le travail qui y est accompli, ni même ne comprend l'intensité des souffrances endurées par ces femmes. Seules les clientes remercient les prestataires de les aider. Les membres de l'équipe chirurgicale sont préoccupés parce que, tandis que l'Hôpital national de Niamey reçoit un appui, Lamordé, qui n'en reçoit aucun, se trouve dans une situation précaire.

Coût estimatif global par procédure : 30 000 francs CFA, soit environ 45 dollars É.-U. Les femmes paient aussi 2 500 francs CFA, soit environ 4 dollars É.-U., pour une hospitalisation qui peut durer jusqu'à un mois, parfois davantage. Les clientes acquittent le prix de leurs propres médicaments.

Ressources : Soutien de l'État, qui couvre les traitements; ressources internes, c'est-à-dire versements effectués par les clientes; et donations d'origines diverses.

Obstacles :

- Manque d'appui politique. Le travail actuellement accompli doit être mieux reconnu au niveau national, pour que des initiatives spécifiques

soient prises par le Gouvernement en vue d'aider les clientes et les prestataires qui les traitent.

- Insuffisance des stocks de médicaments et de l'équipement.
- Installations inadéquates. La construction d'un nouveau bâtiment réservé exclusivement aux patientes de la fistule aiderait à réduire la liste d'attente actuelle.
- Retards bureaucratiques. Toute proposition de financement externe ou tout plan de programme devraient être présentés directement aux cliniciens responsables, qui comprennent et gèrent la situation jour après jour. Trop souvent, quand les plans sont élaborés par des administrateurs, l'information est limitée au sommet de la hiérarchie et ceux que les plans concernent directement ne sont pas invités à intervenir.

C. District sanitaire de Loga, visité le 10 octobre 2002

Dimension : 28 lits; deux salles d'opération, dont une seule est actuellement en état de fonctionnement.

Personnel médical : 18 membres au total, dont deux médecins, bien qu'un seul OB/GYN, le Dr. Moustapha Diahllo, opère la fistule; deux sages-femmes; un assistant médical/chirurgical; un anesthésiste; et trois techniciens de laboratoire. Le reste du personnel se compose d'infirmières et d'agents contractuels.

Nombre de clientes : Pas très élevé. Depuis novembre 2001, trois cas seulement ont été vus. Comme la salle d'opération n'est pas toujours utilisable, beaucoup de femmes ne savent pas que la fistule peut être opérée ici. L'équipe chirurgicale a parlé à une femme nommée Barakatou, mariée à 17 ans et atteinte d'une fistule à 20 ans. Elle affirme que de nombreuses femmes souffrent d'une fistule dans la région, mais ne savent pas qu'elles peuvent être soignées à Loga. Beaucoup d'entre elles n'ont pas de vie familiale et vivent comme elle-même l'a fait avant son opération. C'est l'abandon de son mari

qui l'a incitée à chercher de l'aide. La fistule a été réparée, elle est retournée chez son mari, est tombée enceinte au bout de plusieurs mois et revient à Loga pour une césarienne.

Provenance des clientes : Elles viennent des villages des environs de Loga. L'une d'entre elles, qui avait un accouchement prolongé dans une « case de santé », a été amenée à bord d'une ambulance (fournie par le bureau de l'UNFPA au Niger) parce que cette case était en contact radio avec l'hôpital de district.

Profil typique des clientes : La plupart sont mariées et leurs maris sont des agriculteurs. Elles sont très jeunes. Parmi les trois cas signalés plus haut, un seulement concernait une femme séparée/divorcée. Une autre de ces trois femmes souffrait de la fistule depuis 10 ans et son état était trop complexe pour l'opérer. Elle a été aiguillée vers Niamey.

Ouverture sur l'extérieur : L'information se répand généralement de bouche à oreille. L'UNFPA finance certaines campagnes de prise de conscience. Ces campagnes peuvent inclure, par exemple, une rencontre avec des femmes de la communauté pour leur transmettre des messages sur le VIH, les immunisations ou les services d'accouchement disponibles.

Appui des autorités : Aucun.

Coût estimatif global par procédure : Le même que pour d'autres opérations, soit environ 15 dollars É.-U. Ce montant couvre tous les coûts.

Ressources : Financement fédéral. L'UNFPA a fourni des fonds pour construire le nouveau centre opératoire et fournit aussi une assistance technique sous forme, par exemple, de matériels et de formation.

Obstacles :

- Le personnel existant doit être formé. Le médecin qui opère actuellement la fistule ne peut opérer les cas complexes, mais les aiguille vers Niamey. Si lui-même et une équipe chirurgicale recevaient la formation appropriée, ce retard pourrait être évité.
- Il faut mettre en place un système pour informer la communauté que les fistules peuvent être réparées à Loga.

- Le budget actuel n'est pas suffisant pour les fournitures nécessaires, comme le matériel à sutures, les anesthésiants et l'oxygène.
- Manque de place. Loga ne dispose que de huit lits pour la convalescence – quatre réservées aux femmes et quatre, aux hommes. Il faut davantage de lits, surtout dans l'hypothèse où les cas de fistule deviendraient plus nombreux.

D. Maternité centrale de Zinder, visitée le 11 octobre 2002

Dimension : 45 lits; une salle d'opération affectée exclusivement à l'opération de la fistule – cette salle est une ancienne salle d'examen, adaptée à son nouveau rôle; une salle d'accouchement.

Un nouveau centre de traitement de la fistule financé par la Coopération française et situé tout à côté a été construit en 2001. Cependant, comme l'équipement commandé n'est pas encore arrivé d'Europe, le centre n'est pas en état de fonctionnement. Les opérations de la fistule sont actuellement pratiquées à la maternité.

Personnel médical : 60 agents: deux OB/GYN; six sages-femmes; deux anesthésistes; un assistant médical/chirurgical, le reste se composant d'infirmières et de techniciens de laboratoire. Le Dr. Lucien Djangnikpo et son associé ont été formés l'un et l'autre à l'opération de la fistule au Centre Katsina (Nigéria).

Nombre de clientes : Selon Solidarité, ONG créée par les prestataires à la maternité pour mobiliser les moyens de financement nécessaires au nouveau centre de la fistule, 259 opérations ont été effectuées entre 1998 et 2001. Pour l'ensemble du pays, le nombre de cas est évalué à 10 000. Pourtant, le nombre réel de cas est probablement bien plus élevé : non moins de 25 % à 30 % des Nigériennes atteintes d'une fistule vont se faire soigner au Nigéria.

Provenance des clientes : Surtout de la région de Zinder (32 %); certaines viennent du Nigéria. Il y a aussi des femmes originaires des régions de Diffa et Maradi, au Niger.

Profil typique des clientes : Les femmes qui vivent dans les zones rurales représentent au moins 90 % des cas examinés. La plupart ont moins de 17 ans et il s'agit de leur première grossesse. Les chirurgiens ont opéré certaines femmes qui avaient subi la MGF. Deux ans plus tôt, une jeune femme dont le nom n'est pas connu est venue à l'hôpital pour faire soigner sa première fistule, apparue quand elle avait 15 ans. Elle avait été abandonnée par son mari et passa une année à rechercher de l'aide. Après sa convalescence, sa famille l'a incitée à se faire reprendre par son mari. Elle obéit, mais celui-ci avait déjà pris une autre femme. Elle reprit place dans la famille en tant que deuxième épouse et fut bientôt enceinte pour la seconde fois. Bien qu'ayant reçu le conseil durant les soins postopératoires de revenir à l'hôpital durant le septième mois de grossesse pour se préparer à une césarienne, elle n'avait pu venir parce que son mari était en voyage. Quand elle accoucha à domicile, des complications survinrent et une nouvelle fistule apparut.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Examen destiné à déterminer si une fistule est à l'origine de l'incontinence.
- Détermination de l'emplacement, du type et de la taille de la fistule.
- Les clientes sont examinées avec des instruments apparemment non stérilisés et exposés à l'air libre.
- Un cathéter est inséré aussitôt après le diagnostic. Si la fistule est apparue moins de trois mois auparavant, il arrive qu'elle se réduise sensiblement ou se ferme complètement une semaine environ après l'insertion du cathéter.
- L'opération est pratiquée par le vagin; aucune incision de l'abdomen n'est nécessaire.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent à l'hôpital pendant un mois au moins.
- Le cathéter reste inséré durant toute cette période. L'OB/GYN donne pour instruction aux clientes de boire beaucoup d'eau pour qu'il y ait un écoulement continu d'urine à travers le cathéter inséré après l'opération et laissé en

place quatre semaines. Selon le chirurgien, cette pratique réduit le risque d'infection et rend superflu d'administrer des antibiotiques, en dépit d'une information selon laquelle le risque d'infection augmente de 10 % chaque jour au-delà de la première semaine d'insertion continue du cathéter. Aucun antibiotique n'est administré durant la phase postopératoire.

- Il est recommandé de veiller à l'hygiène de la zone vaginale.
- Les sutures non résorbables sont laissées quatre semaines; le moment venu, elles sont enlevées sans anesthésie.
- Malgré la présence de 26 lits dans un centre de la fistule récemment construit, les femmes passent leur convalescence dans un hangar situé hors de l'hôpital. Elles dorment sur des nattes étendues à même le sol.
- Il est recommandé de s'abstenir de rapports sexuels pendant six mois.
- Il est conseillé aux clientes de revenir durant le septième mois de leur prochaine grossesse pour recevoir des soins prénatals et se préparer à une césarienne.

Réadaptation/réinsertion : Un plan d'action rédigé par Solidarité précise que ces services seront fournis aux femmes traitées au centre de la fistule. Mais ce plan n'est pas encore entré en application, car le centre attend actuellement l'arrivée de son équipement avant d'engager aucune des activités ci-dessus. Le centre espère aussi former les femmes à un savoir-faire qui leur permettra de subvenir à leurs propres besoins. Les femmes ayant souffert d'une fistule de 10 à 15 ans ont probablement éprouvé en permanence un terrible sentiment de honte, et il arrive qu'elles se prostituent après leur guérison pour s'assurer un revenu immédiat.

Ouverture vers l'extérieur : Un grand effort est fait par la radio, avec le message diffusé dans les langues locales que la fistule peut être réparée.

Appui des autorités : Les autorités locales sont conscientes du problème. Le maire de Zinder a fait don du terrain où s'élève le nouveau centre de la fistule. Le sultan de Zinder, ainsi que son épouse,

font de fréquentes visites.

Coût estimatif global par procédure : Solidarité couvre le coût de la procédure entière. Les coûts supportés par l'hôpital dont la liste figure dans le budget du plan d'action sont les suivants : chambre et pension, 750 dollars É.-U. par an; réinsertion des clientes, 15 000 dollars É.-U. par an; médicaments, 23 400 dollars É.-U. par an. Comme le nombre de cas traités est d'environ 75 par an, on peut évaluer le coût d'une seule procédure à environ 750 dollars É.-U., bien que les clientes ne paient pas l'opération.

Ressources : Solidarité. Aucune subvention publique. Le personnel souhaite que le centre soit inscrit au budget de l'État.

Obstacles :

- Les choses n'en sont encore qu'à leur début. Le centre n'est pas encore opérationnel, bien que ses lits puissent servir aux femmes durant la convalescence. Actuellement, les clientes passent leur convalescence dans un hangar non clos situé hors de l'hôpital et dorment sur des nattes.
- Il serait utile d'informer périodiquement le personnel des nouvelles pratiques propres à prévenir l'infection, par exemple en élaborant un protocole sur l'utilisation des antibiotiques après l'opération et sur la préservation d'une surface stérile dans la salle d'opération.

E. Hôpital régional de Maradi, visité le 13 octobre 2002

Dimension : 330 lits, dont 14 sont réservés aux soins postopératoires; trois salles d'opération, dont l'une est réservée à la chirurgie de la fistule.

Personnel médical : 143 agents, dont 81 ont reçu une formation professionnelle. Un chirurgien nigérien et trois chirurgiens chinois, dont l'un pratique l'opération de la fistule. Selon le Dr. Ousseini Boulama, Directeur de l'hôpital, il n'y a actuellement aucun chirurgien de la fistule originaire du lieu.

Nombre de patientes : Les prestataires du centre de Katsina (Nigéria) n'ont pas ménagé leur soutien,

venant deux fois par semaine prêter la main aux opérations de la fistule. Mais, en raison de certaines difficultés, les médecins de Katsina ont maintenant cessé de venir. On attend leur retour après les récoltes. Quand les Nigériens assistaient le personnel de Maradi, le nombre de clientes était beaucoup plus élevé. En 2001, 17 cas ont été examinés, sans que tous soient opérés. Durant le premier semestre de 2002, il n'y a qu'une seule opération.

Provenance des clientes : Les femmes viennent de toute la région et aussi du Nigéria, dont la frontière est à 70 km.

Profil typique des clientes : Jeunes, généralement abandonnées par leur mari. Elles sont souvent désespérées et seules, si elles ont été abandonnées aussi par leur famille. Elles souffrent souvent de malnutrition; mais ce trait n'est pas nécessairement propre aux femmes qui viennent pour la fistule, car il n'est pas rare que les Nigériennes soient sous-alimentées. Beaucoup ont subi la MGF – l'excision est très fréquemment pratiquée dans la région de Maradi.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- L'opération est généralement pratiquée au cours de la semaine où une femme arrive à l'hôpital.
- Il est procédé à une évaluation clinique générale.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent généralement à l'hôpital de trois à quatre semaines.
- Durant ce temps, l'hygiène de la cliente est surveillée, des antibiotiques sont administrés et le cathéter est contrôlé chaque matin pour garantir qu'il n'y a ni fuite ni blocage. Il est possible d'injecter de l'encre bleue dans la vessie en cas de fuite pour déterminer l'origine de celle-ci.
- Les clientes sont aussi encouragées à se lever et à faire quelques pas chaque jour pour recouvrer leur force musculaire.

Réadaptation/réinsertion : Il n'y a pas de problème de réinsertion après la fermeture de la fistule, mais l'hôpital n'intervient pas à ce niveau.

Ouverture sur l'extérieur : Un forum de chefs de village et de dirigeants religieux organisé par l'UNICEF s'est tenu dans le but de faire prendre

conscience de la nécessité de lutter contre la pratique du mariage précoce. L'hôpital a recommandé de créer un comité au niveau politique pour diriger cette activité, mais rien n'a encore été fait à cet égard.

Appui des autorités : Aucune information.

Coût estimatif global par procédure : L'opération est gratuite. Les femmes acquittent le prix de leurs propres médicaments.

Ressources : Aucune en dehors du soutien public auquel a droit un hôpital régional.

Obstacles :

- Il faut trouver un moyen d'aider l'hôpital à payer les médicaments, ce qui éviterait un lourd souci financier aux clientes ayant recours aux soins.
- Les femmes retournent souvent chez leur mari parce qu'elles ne peuvent subvenir à leurs propres besoins. Si les clientes recevaient à l'hôpital une formation à des savoir-faire producteurs de revenu, cela pourrait les aider à prendre leurs décisions en fonction d'un choix personnel, non d'une contrainte économique.
- Aucun investissement, au niveau communautaire, dans l'importance des soins prénatals. Les femmes qui sont très jeunes et contraintes de se marier ont souvent honte de montrer leur grossesse dans les rues du village et restent chez elles au lieu de consulter des professionnels pour en obtenir des recommandations concernant la grossesse.
- L'UNICEF a conduit une étude en 1998 afin de savoir pour quelles raisons tant de femmes continuaient d'accoucher à leur domicile, et les résultats ont fait apparaître ce qui suit : 1) Les femmes sont cloîtrées chez elles pour des raisons religieuses; 2) Elles ne reçoivent aucune aide financière de leur mari qui leur permettrait d'avoir recours à des soins hospitaliers; 3) La position subordonnée des femmes sur le plan social leur rend difficile de prendre leurs propres décisions; et 4) Elles ont honte de se montrer enceintes dans le village.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet.

Bureau de pays de l'UNFPA

Nathalie Maulet, Volontaire des Nations Unies

Ministère de la santé

M. Issa Boubacar, Directeur, Division de la protection sociale et de la solidarité nationale
Dr. Adamou Hassan, Secrétaire général du Ministère de la santé

District sanitaire de Loga

Dr. Moustapha Diahlo, OB/GYN

Maternité Issaka Gazobi de Niamey

Dr. Madi Nayama, OB/GYN en chef

Hôpital de Lamordé

Dr. Oumarou Sanda Ganda, Urologue en chef et chirurgien de la fistule
M. Adoumou Aziz, Infirmier en chef
M. Salifou Boubacar, Infirmier chirurgical en chef
Dr. Fatima Djaharou, Anesthésiste
Dr. Amadou Soumana, Urologue assistant

Hôpital régional de Maradi

Dr. Ousseini Boulama, Directeur de l'hôpital

Hôpital national de Niamey

Dr. Amadou Seïbou, Chirurgien en chef

Maternité centrale de Zinder

Dr. Lucien Djangnikpo, OB/GYN en chef

DIMOL

Mme Salamatou Traoré, Présidente

CARE Niger

M. Omar Tankari, Coordonnateur, Secteur de la société civile et de l'éducation

CONGAFEN

Mme Maémouna Niendou, Secrétaire permanente

CONIPRAT

Mme Ouassa Djataou, Vice-Présidente

Société OB/GYN du Niger

Dr. Nafio Idi, Président

Oxfam-Québec

Mme Fatima Ibrahim, Conseillère organisationnelle pour le développement

Solidarité

Mme Hadizhatou Ibraïm, Vice-Présidente

NIGÉRIA

Données générales

Le Nigéria possède d'abondantes ressources naturelles et humaines, et pourtant le revenu national annuel par habitant de 350 dollars É.-U. est l'un des plus bas du monde. Avec un chiffre estimatif de 120 millions d'habitants, le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique. Mais ils sont d'origines très diverses et vivent dans des cultures fort différentes, de sorte que, comme on l'a parfois noté, le pays ressemble davantage à une combinaison de nombreux pays, avec des différences particulièrement marquées entre le nord et le sud. Cette division trouve un écho dans l'incidence de la fistule à travers le pays : les cas semblent beaucoup plus nombreux dans le nord que dans le sud. Il faut noter, cependant, que l'information relative à sa prévalence est très difficile à saisir au niveau communautaire et d'après les données disponibles dans les registres hospitaliers. **Néanmoins, quels que soient le lieu et les modalités d'apparition de la fistule au Nigéria, c'est manifestement un problème de plus en plus grave dans l'ensemble du pays.**

Le taux de fécondité est tombé de 6,0 en 1990 à 5,42 actuellement. En outre, le rapport de l'UNFPA sur *L'état de la population mondiale* signale un ratio de mortalité maternelle de 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes. Partout dans le pays, les Nigériens souhaitent avoir une nombreuse famille : 66 % des femmes et 71 % des hommes font part du désir d'avoir plus d'enfants. La connaissance de la planification familiale se répand : 65 % des femmes et 82 % des hommes ont entendu parler d'une méthode au moins de régulation des naissances – **en pratique, 15 % des femmes mariées utilisent maintenant une forme quelconque de contraception, et 9 % choisissent une méthode moderne. Soixante-quatre pour cent des femmes reçoivent des soins**

prénatals, avec six visites en moyenne.

Toutefois, la première visite ne se situe généralement pas avant le cinquième mois de grossesse²⁷.

En outre, **30% des femmes ne reçoivent pas de soins prénatals du tout, particulièrement parmi les adolescentes et les femmes qui vivent dans les zones rurales.** Dans le nord, beaucoup de femmes ont recours aux soins prénatals, mais accouchent à domicile en partie parce qu'elles trouvent plus confortable pour accoucher d'être accroupies qu'allongées sur le dos, ce qui est la position préférée dans les centres de santé. Si beaucoup de femmes continuent d'accoucher à domicile dans l'ensemble du pays, le pourcentage de naissances dans les centres est néanmoins passé de 31 % à 37 % depuis 1990. Cependant, 58 % des femmes ne bénéficient d'aucune assistance durant l'accouchement²⁸.

Les informations ci-après peuvent donner une image encore plus claire de ce que sont les mères. Quarante et un pour cent des femmes n'ont reçu aucune éducation structurée, contre 25 % des hommes. En 2001, 5,83 % des Nigériennes étaient atteintes du VIH/sida; en d'autres termes, 1 700 000 femmes âgées de 15 à 49 ans étaient séropositives. **L'âge moyen des femmes au premier mariage est de 19 ans dans les villes et de 17 ans dans les campagnes ; il est plus élevé pour les femmes ayant reçu une éducation et va de 15 ans dans le nord-est et le nord-ouest du pays à 20 ans dans le sud-est et le sud-ouest.** Dans quelques communautés, la tradition interdit à une fille d'avoir ses premières règles dans la maison de sa mère ; elle doit impérativement être donnée en mariage avant qu'elles ne surviennent. Dans le nord, si le vagin apparaît trop étroit pour autoriser la consommation du mariage, il peut être élargi par des entailles de gishiri, qui non seulement servent à cette fin, mais constituent aussi un remède pour

des indispositions telles qu'un rhume. **Dans le sud et le centre du pays, une Nigériane sur quatre entre les âges de 15 à 49 ans a subi la MGF.**

Problèmes et tâches

Les visites dans 12 centres situés à travers tout le pays ont dessiné une image alarmante et complexe de la fréquence, de la prévention et du traitement de la fistule au Nigéria. **Si les taux exacts de prévalence ne sont pas connus, le nombre des Nigérianes qui en sont atteintes a été évalué à divers chiffres compris entre 100 000 et 1 000 000.** Même la formation de nouveaux chirurgiens de la fistule n'a pas réduit le nombre des cas en attente d'intervention, car de nouveaux cas surviennent plus vite que les cas existants ne peuvent être traités. La division entre le nord et le sud du pays sur les plans éducatif, économique, culturel et religieux s'étend aussi à la fistule : **beaucoup plus de femmes sont traitées dans le nord que dans le sud. Néanmoins, la fistule apparaît dans les deux régions en grande partie pour les mêmes raisons :** la plupart sont obstétricales et apparaissent durant des accouchements assistés par des AT, des parentes et amies ou privés de toute assistance.

La plupart des femmes sont atteintes d'une fistule très jeunes, le plus souvent au moment de leur premier accouchement par voie vaginale, et il est alors fréquent que l'enfant soit mort-né. Elles sont généralement pauvres, de petite taille et non mariées ou se voient imposer un divorce ou une séparation dès que leur mari comprend qu'il s'agit d'une affection complexe, de longue durée et coûteuse à soigner. Cependant, **de plus en plus fréquemment, surtout dans le sud du pays, une situation auparavant rare est en train d'apparaître : des femmes mariées, âgées de 25 à 45 ans et dont les accouchements antérieurs s'étaient bien passés, sont atteintes d'une fistule.** Généralement, ces femmes restent mariées et sont soignées par leur entourage. De fait, en quelques points, des foyers pour hommes

ont été créés afin qu'ils puissent prêter assistance et réconfort à leurs épouses. Bien que la raison de ce nouveau type de fistule ne soit pas clair, elles tiennent peut-être à ce que, les bébés devenant souvent plus lourds après plusieurs naissances, les mères sont davantage exposées à un accouchement prolongé. En outre, la fistule apparaîtrait parfois dans les centres médicaux, comme on l'a noté dans d'autres pays.

Un autre fait digne de remarque est que, surtout dans les États du nord, certaines femmes opérées de la fistule avec succès ne reviennent pas à l'hôpital pour un nouvel accouchement, et dans ce cas une nouvelle fistule apparaît. Dans un centre du nord, plus de 5 % des cas de fistule appartiendraient à cette catégorie. **Certaines femmes ont eu quatre, voire cinq autres interventions après une première intervention réussie.** Bien qu'il soit tentant de chercher des explications dans la médiocrité de l'infrastructure ou la difficulté d'accès au centre, la plupart de ces femmes viennent de moins de 10 km de l'hôpital, de sorte que la situation pourrait s'expliquer notamment par la nécessité, pour beaucoup d'entre elles, d'obtenir l'approbation de leur mari avant d'avoir recours aux soins. Une autre raison pourrait être que dans la culture de cette région, la grande majorité préfèrent donner naissance à domicile (surtout pour le premier enfant), en même temps que la césarienne inspire une profonde répugnance. Certains chirurgiens signalent d'autre part qu'une césarienne n'est pas toujours nécessaire après une opération réussie.

Mais un nouveau phénomène peut aussi contribuer à cet état de choses. Au cours des 10 dernières années, la pauvreté a suscité un renouveau spirituel, qui a conduit de nombreuses femmes à vouloir accoucher dans les églises. Si cette pratique n'est pas entièrement nouvelle, elle est devenue récemment plus fréquente. Bien qu'elles n'y reçoivent pas de soins qualifiés, les femmes croient parfois qu'elles seront ainsi protégées des forces sataniques ou des pratiques de sorcellerie mises en œuvre par des

voisins jaloux ou méchants.

Si le Gouvernement a créé une équipe nationale de travail sur la fistule et soutenu des initiatives visant à former infirmières et chirurgiens, à plaider pour les femmes, à mettre sur pied des programmes communautaires de prise de conscience, à réadapter et réinsérer les patientes de la fistule dans la communauté et à collecter des données sur la fistule, **la situation au Nigéria reste critique et ne cesse de prendre plus de gravité.**

Le problème tient en partie à ce que **les services continuent d'être inabordables pour de nombreuses femmes.** Comme on l'a noté, bien des patientes – jeunes, analphabètes et sans aucun moyen de gagner leur vie – ont été abandonnées par leur mari après l'apparition de la fistule, ce qui leur rend difficile d'avoir l'argent nécessaire pour l'opération et les soins postopératoires. D'autre part, le transport est pour beaucoup à la fois coûteux et difficile à obtenir.

Même si elles trouvent le moyen d'acquitter le prix de la chirurgie et des soins, **il arrive que des prestataires qualifiés fassent défaut.** Cet aspect du problème a conduit à **s'en remettre dans une large mesure aux chirurgiens expatriés**, qui, contrairement à ce qui est souvent le cas en Afrique de l'Est, vivent généralement au Nigéria et sont employés par l'État. L'unique chirurgien qui se consacre à la fistule dans le nord du Nigéria, bien que rémunéré par le Ministère de la santé, est un ressortissant étranger.

Les chirurgiens et le personnel médical peuvent rencontrer eux-mêmes de graves difficultés pour dispenser les soins appropriés. **La pénurie de fournitures et l'entretien médiocre des locaux sont des problèmes communs à de nombreux centres.** Même si le traitement est gratuit, d'autres obstacles peuvent se présenter, comme le manque d'équipement ou une connaissance insuffisante des moyens de prévenir l'infection. Dans un centre au moins, il ne semblait pas, par exemple, qu'on ait pris les mesures nécessaires pour assurer une surface stérile dans la salle d'opération.

Il serait aussi utile que le personnel médical

reçoive une formation pour intégrer les conseils relatifs à d'autres problèmes de santé qui ne sont pas encore associés au traitement des patientes de la fistule. L'information sur le VIH/sida n'est pas apparue comme un élément essentiel des soins dans la plupart des centres visités, à l'exception du centre évangélique de Jos. Certains prestataires ont estimé que parler du VIH/sida alourdirait encore la tension psychologique imposée à leurs clientes, bien que beaucoup d'entre elles soient incontestablement exposées à la maladie. Il est apparu clairement durant ces visites que les séropositives sont frappées au Nigéria d'un immense opprobre. **Les prestataires ont noté que beaucoup d'hommes ne veulent pas que leurs femmes aient accès aux soins prénatals ou à l'assistance durant l'accouchement, parce qu'ils craignent qu'elles ne fassent alors l'objet d'un dépistage du VIH.** La situation n'est pas moins compliquée quand il s'agit de délivrer des conseils sur les contraceptifs. Beaucoup d'agents de centres de santé admettent en principe que la plupart des clientes veulent être enceintes et porter des enfants. Même les clientes qui désirent appliquer une méthode de contraception s'exposent à ne pas recevoir d'informations et à ce qu'on leur dise d'attendre le jour où leur fistule sera réparée.

Recommandations et besoins critiques

• Fournir un traitement gratuit ou subventionné de la fistule.

Cette mesure non seulement aidera à réduire le grand nombre de clientes en attente d'un traitement, mais elle garantira que les ressources disponibles soient utilisées à plein. La gratuité du traitement bénéficie également aux hôpitaux d'enseignement, qui auront alors suffisamment de cas à traiter pour former les médecins internes, ce qui permettra d'avoir moins recours aux chirurgiens expatriés et augmentera la capacité nationale de traitement. Avec un plus grand nombre de centres de traitement plus également

distribués sur toute l'étendue du pays, la distance et le coût du voyage diminueront pour les clientes.

- **Intensifier la formation de tous les niveaux de personnel fournissant des services relatifs à la fistule.**

Chirurgiens, infirmières, travailleurs sociaux et autres prestataires tireraient profit d'un complément de formation sur les problèmes techniques et la délivrance de conseils. Il faut mettre davantage l'accent sur la nécessité de traiter les clientes avec délicatesse et compassion, car de nombreuses patientes ont subi un traumatisme psychologique aussi bien que physique. Enfin, certains prestataires ont noté qu'il serait souhaitable de disposer de protocoles pour prévenir l'infection et suivre une hygiène élémentaire, cela dans le but de se protéger eux-mêmes, ainsi que leurs clientes et la communauté.

- **Mieux former les assistants à aider les femmes pendant l'accouchement, et les motiver à travailler dans des régions reculées.**

Des sages-femmes de communauté, capables de dispenser des soins de haute qualité durant la grossesse et jusqu'à l'accouchement, devraient être à la disposition des femmes qui choisissent d'accoucher à domicile. En outre, ces prestataires devraient mettre en place des systèmes d'aiguillage efficaces en cas d'urgence. Il est essentiel de leur assurer des traitements et un équipement adéquats.

- **Mettre en place des centres de traitement de la fistule où soient aussi délivrés des conseils pour le VIH et la contraception.**

Toutes les clientes doivent recevoir la possibilité d'être dépistées pour le VIH/sida, et un effort particulier doit être fait pour y encourager les femmes particulièrement exposées, par exemple celles qui ont travaillé dans l'industrie du sexe. Des conseils sur la contraception peuvent offrir aux femmes qui ne veulent plus concevoir le moyen de prévenir le retour d'une fistule. La planification familiale a une importance particulière pour les femmes

vivant dans des lieux écartés où les centres de santé sont médiocres sinon inexistants. Dans le cas tant du VIH/sida que des conseils sur la contraception, si les fournitures ne sont pas disponibles à un centre donné, des systèmes d'aiguillage doivent être mis en place. Une complication supplémentaire tient au fait que certains prestataires affirment ne pas avoir de connaissances ou de compétences suffisantes pour conseiller sur la contraception ou la prévention du VIH.

- **Lancer une campagne de prise de conscience sur les problèmes relatifs à l'accouchement sans danger.**

Les tentatives faites pour atteindre la population pourraient être centrées sur les risques liés à une prise en charge médiocre de la grossesse et de l'accouchement. Les programmes radio se sont avérés un moyen efficace de diffuser des messages, de même que la télévision et les journaux ; il est évident que les langues à utiliser dans tous ces médias doivent être celles qui sont les plus utilisées dans la communauté. Les chefs traditionnels et les dirigeants religieux doivent être invités à éduquer les membres de leurs clans et leurs fidèles quant à l'importance des soins prénatals et délivrés durant l'accouchement pour prévenir la fistule.

- **Promouvoir l'éducation et la formation professionnelle des filles et des femmes.**

En veillant à ce que les filles puissent poursuivre leur éducation jusqu'à la fin du premier cycle de l'enseignement secondaire, on contribuera à élever l'âge du mariage, ménageant ainsi le temps nécessaire pour que l'appareil reproducteur parvienne à maturité. L'islam, religion dominante dans les États du nord, soutient résolument l'éducation des enfants des deux sexes. À cette fin, les chefs traditionnels et dirigeants religieux peuvent s'avérer des partenaires clefs, de même que les organisations actuellement actives dans le domaine de l'éducation.

• **Élargir la recherche sur le traitement de la fistule à tous les niveaux et créer des protocoles basés sur les données effectives.**

La recherche menée au niveau communautaire devrait fournir des informations plus concrètes concernant les clientes et les circonstances dans lesquelles la fistule apparaît. En connaissant bien la situation d'une cliente avant et après l'intervention, on pourrait déployer plus efficacement les services. En outre, il faudrait rassembler davantage de données sur la manière dont les idées relatives à la fistule prennent naissance et sont diffusées dans tout le pays. Enfin, la recherche clinique sur différents

problèmes, comme le moment optimal pour opérer, les techniques chirurgicales et la prise en charge préopératoire et postopératoire, comblera d'importantes lacunes dans les connaissances des prestataires concernant les moyens les plus efficaces de répondre aux besoins de leurs clientes. Si l'on parvient à comprendre certaines des raisons pour lesquelles les différences sont aussi marquées entre le nord et le sud, surtout dans la mesure où ces différences influent sur la santé maternelle, on sera aussi mieux à même de comprendre comment et pourquoi la fistule apparaît dans l'ensemble du Nigéria.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Nigéria

A. Centre hospitalier et universitaire d'Ibadan (Ibadan University College Teaching Hospital), Ibadan, État d'Oyo, visité le 3 octobre 2002

Dimension : Hôpital de 800 lits récemment rénové, plus dispensaire pour consultations externes. Salle de maternité et bloc opératoire comprenant 12 salles d'opération. Mais cinq de ces salles ne sont pas actuellement utilisées en raison de la pénurie de personnel infirmier et d'équipements. L'une des salles est utilisée pour les interventions de gynécologie électives.

Personnel médical : 12 OB/GYN consultants et 34 internes dans le département; les consultants sont sous contrat du Ministère de la santé. Les internes servent par roulement dans d'autres départements. L'aile de gynécologie dispose de 18 infirmières, avec trois en moyenne par période de service.

Nombre de clientes : Pas trop élevé, mais la plupart des cas sont compliqués. Les registres montrent que 41 patientes ont été opérées entre janvier 2001 et juin 2002. Pourtant, l'hôpital a été pratiquement fermé pendant cinq mois environ pour travaux de construction vers la fin de l'année dernière. La plupart des femmes sont aiguillées à partir d'autres hôpitaux, et beaucoup ont déjà subi au moins une intervention manquée avant d'arriver ici. Il s'agit surtout de fistules urinaires, mais les registres pour la même période indiquent un cas isolé de FRV et quatre cas de FVV/FRV combinées

Il y a 10 ans, les cas traités étaient beaucoup plus nombreux et ils présentaient en général un profil de FVV typique. Comme la situation politique et économique s'est stabilisée et que deux petits centres satellites se sont ouverts à Ibadan, sans parler de la création de sites périphériques plus importants à Kano et ailleurs dans le nord, le

nombre de patientes a beaucoup diminué.

Aujourd'hui, les prestataires le voient augmenter de nouveau parce que l'économie est en perte de vitesse.

Profil typique des clientes : Auparavant, les clientes étaient âgées de 14 à 18 ans et la fistule était apparue au premier accouchement. Elles étaient de condition modeste, de petite taille, non mariées, et la grossesse avait débouché sur un cas de mortinatalité. Aujourd'hui, les clientes sont plus âgées (de 26 à 36 ans), mariées, ont plusieurs enfants, et la FRV est plus rare car elles n'attendent généralement pas aussi longtemps pour avoir recours à un traitement médical en cas d'accouchement compliqué. On croit aussi qu'elles sont plus grandes et que leur état nutritionnel est plus satisfaisant. Elles sont souvent accompagnées de leur mari, qui reste parfois durant le traitement et réside dans un foyer fourni par l'hôpital. Il arrive qu'un autre membre de la famille s'occupe de la cliente.

Les prestataires signalent que de 10 à 15 % des fistules qu'ils voient sont dues à un médecin qui n'a pas pratiqué correctement une césarienne. Beaucoup de prestataires non spécialistes n'ont pas eu l'occasion d'acquérir une compétence en cette technique.

Provenance des clientes : Quelques-unes viennent d'Ibadan et des environs (en particulier d'institutions de soins privées), mais d'autres viennent de l'extérieur du district, par exemple de Kano, Maiduguri et des États du sud-est. Le transport ne semble pas poser un problème majeur.

Processus d'évaluation et dépistage :

- Les clientes sont souvent admises trois mois après l'accouchement, mais quelquefois plus tôt.
- Les clientes sont invitées à attendre environ une semaine dans l'aile comme malades non hospitalisés afin de faire une analyse de sang, d'évaluer

l'état nutritionnel, de traiter l'excoriation vulvaire et de relever les niveaux d'hémoglobine à l'aide de produits antianémiques ou de transfusions de sang, mais certaines attendent plus longtemps.

- Les examens sont faits sans anesthésie ou sous anesthésie générale durant l'opération afin d'économiser du temps et de l'argent.
- Établissement du groupe sanguin.
- Mesure du taux d'hémoglobine.
- On s'assure que la cliente n'est pas enceinte.
- Il est rarement procédé à un pyélogramme intraveineux, sauf s'il est demandé.
- Une cystoscopie est parfois effectuée, mais le département d'urologie n'a qu'un cystoscope, ce qui retarde les examens.
- La cliente est conseillée quant au type d'intervention à subir et à la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois (certaines clientes cherchent refuge auprès de leurs parents durant cette période).
- Il est conseillé aux clientes d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Une provision de contraceptifs oraux suffisante pour deux mois lui est donnée.

Soins postopératoires :

- Drainage permanent de la vessie dans une poche à urine.
- Absorption de grandes quantités de liquide.
- Rééducation de la vessie du 10^e au 14^e jour sans clamer le cathéter
- Aucun examen postopératoire avec ou sans anesthésie.
- Quelques patientes se plaignent d'une incontinence due au stress postopératoire.
- Si l'opération échoue, les clientes doivent attendre de trois à six mois pour une nouvelle tentative.

Réadaptation/réinsertion : Ce processus est relativement aisé parce que beaucoup de clientes viennent avec leur mari. Les assistantes sociales assurent le suivi des clientes et une formation professionnelle leur est donnée à la confection de vêtements et au tressage de paniers.

Ouverture sur l'extérieur : Les aiguillages vers

ce centre se font de bouche à oreille. Parfois, des hôpitaux tertiaires qui ne disposent pas des compétences techniques pour traiter des types complexes de fistule envoient une patiente.

Appui des autorités : Il existe, mais son ampleur n'est pas connue. Il s'agit d'un centre hospitalier et universitaire fédéral. Un membre du département est aussi l'un des membres fondateurs de la Fondation nationale de la fistule.

Coût estimatif global par procédure : Environ 125 dollars en moyenne, avec une subvention pour les honoraires du chirurgien. Très rarement, une patiente particulièrement nécessiteuse obtient la remise des frais d'hospitalisation sur présentation du certificat d'une assistance sociale. Les fistules simples sont opérées sous anesthésie locale, avec le bénéfice des prestations financières et médicales.

Ressources : Fonds du Ministère fédéral de la santé. La Fondation Carnegie a financé le fonctionnement de l'hôpital de 1991 à 1994 et contribué à rémunérer l'équipe de travail au début de ses activités, mais elle a cessé son soutien.

Obstacles :

- Financement.
- L'équipement est très ancien et il faudrait un cystoscope.
- L'hôpital envisage de créer un service de gynécologie/urologie, mais ces plans ne se sont pas encore concrétisés.
- Pénurie de personnel infirmier.

Note additionnelle :

Ces prestataires sont extrêmement fiers de leur travail et de leur tradition. Le fondateur et ancien président, le Dr. Lawson, a joué un rôle unique dans l'histoire de la chirurgie de la fistule. Le personnel de l'hôpital possède une expérience étendue et a le plus grand désir de soigner la fistule. Le programme d'internat forme des prestataires pour d'autres régions et de nombreuses recherches ont été conduites sur la fistule. Une approche globale est d'autre part adoptée dans la prise en charge des clientes, qui reçoivent une aide pour les problèmes liés à l'allaitement, l'aménorrhée et la stérilité. Trois petits hôpitaux

publics satellites accueillent d'autres patientes. Enfin, la politique de l'hôpital est d'autoriser tout médecin généraliste ayant reçu la formation appropriée à pratiquer la chirurgie de la fistule.

B. Centre hospitalier et universitaire Aminu, Kano, visité le 4 octobre 2002

Dimension : 400 lits. L'aile de gynécologie a 35 lits, dont huit sont réservés aux patientes de la fistule. Personnel médical : 39 consultants pour tout l'hôpital; sept consultants OB/GYN; 14 internes. Les internes sont envoyés à l'Hôpital Murtala Mohammed pour se former pendant un à deux mois à l'opération de la fistule obstétricale sous l'autorité du Dr. Kees Waaldijk.

Nombre de clientes : Peu nombreuses, en raison du coût du traitement. Environ 18 opérations ont été pratiquées entre mars 2001 et juillet 2002. Un nombre à peu près double de patientes ont été envoyées à l'Hôpital Murtala Mohammed, où les services sont gratuits.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Kano et de ses environs.

Profil typique des clientes : La plupart sont des jeunes femmes âgées de 13 à 20 ans, qui ont récemment accouché à domicile avec l'assistance d'AT ou de parentes. Elles sont de petite taille, de condition modeste, sans instruction et séparées ou divorcées. Parfois se présentent des femmes plus âgées, qui ont eu de nombreux enfants et subi des entailles de gishiri. Chez certaines clientes, la fistule est apparue à la suite d'accouchements ou de procédures gynécologiques maladroitement pratiqués.

Procédure d'évaluation et de dépistage :

- Les femmes sont examinées au service de gynécologie, admises après évaluation et font l'objet de divers examens de laboratoire (par exemple, taux d'hémoglobine, électrolyte et urée).
- Les cas compliqués sont renvoyés au centre de FVV à Katsina ou à l'Hôpital Murtala Mohammed.
- Les clientes peuvent être opérées une semaine après l'admission.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement d'urine normal, de prévenir les infections urinaires et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent des conseils sur la nécessité de soins prénatals et d'accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Les conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs ne sont pas donnés systématiquement.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service n'est fourni.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Kano apporte un solide appui et participe à la fourniture des services visant à prévenir et traiter les FVV/FRV. Le gouvernement de cet État est l'un des rares qui aient introduit des services de maternité gratuits, initiative qui a reçu une large publicité, conduisant ainsi à un doublement du nombre de femmes qui accouchent dans les centres de santé. Malheureusement, la gratuité des services n'a pas été accompagnée d'un accroissement des ressources en équipement et personnel pour répondre à la demande accrue de ces services. Le gouvernement de l'État offre aussi un soutien financier aux centres de traitement des FVV/FRV.

Ouverture sur l'extérieur : Des entretiens radio-phoniques visent à faire mieux prendre conscience des causes de la fistule obstétricale et de son traitement. La filiale dans l'État de l'Association des femmes médecins du Nigéria conduit aussi des entretiens à la radio-télévision.

Coût estimatif global par procédure :

L'intervention, le séjour à l'hôpital et les recherches de laboratoire coûtent environ 140 dollars É.-U. Le coût du traitement peut être plus élevé si des antibiotiques coûteux sont administrés.

Obstacles :

- Mariage précoce.
- Accouchement à domicile.
- Les AT ont parfois des opinions différentes quant aux interventions appropriées et au moment de

l'aiguillage en cas d'accouchement difficile.

- Pas de formation pratique par les médecins.
- Accès insuffisant aux services de santé en raison de leur coût élevé pour le public et de la distance entre le domicile et les centres.

C. Hôpital spécialisé Murtala, Kano, visité le 4 octobre 2002

Dimension : 800 lits; le département d'OB/GYN a 30 lits.

Personnel médical : Le département d'OB/GYN compte quatre consultants; sept généralistes; et quatre aides. Le Dr. Kees Waaldijk est un chirurgien de l'extérieur; il pratique la chirurgie de la fistule trois jours par semaine et prend en charge tous les cas de fistule. Quand le Dr. Waaldijk est absent, deux médecins qu'il a formés le remplacent. Une infirmière spécialement formée est présente dans la salle d'opération et se consacre à temps complet à la fistule obstétricale.

Nombre de clientes : Le nombre d'interventions a augmenté considérablement durant l'année écoulée en raison de la gratuité des services assurée par le gouvernement de l'État, qui recouvre notamment la maternité, les césariennes, les transfusions et les opérations de la fistule obstétricale. Les clientes sont aussi aiguillées ici par des organisations à base communautaire comme la Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD), qui sert de lien entre l'hôpital et les communautés. Au total, l'État compte environ 33 centres de santé primaire bien équipés et 12 ambulances en état de fonctionnement. Le nombre de femmes qui accouchent à l'hôpital a aussi augmenté. En moyenne, 5 000 accouchements y ont lieu chaque année, mais ce nombre est passé à plus de 11 000 durant l'année écoulée. Il faut sans doute attribuer cette augmentation soudaine à la gratuité des services de santé assurée par le gouvernement de l'État.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de l'État et d'au-delà.

Profil typique des clientes : La plupart sont âgées de 12 à 20 ans. Elles n'ont souvent pas eu l'occasion de recevoir la moindre éducation, sont de condition modeste, ont eu un accouchement prolongé et reçu l'assistance d'AT. Parfois, des femmes plus âgées viennent pour une intervention. Certaines clientes ont été antérieurement opérées sans succès.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au service de gynécologie et font l'objet d'une évaluation pour localiser et décrire la fistule.
- Le taux d'hémoglobine est établi avant l'opération.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement d'urine normal et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent des conseils quant à la nécessité de soins prénatals et d'un accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Les conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs ne sont pas donnés systématiquement.

Réadaptation/réinsertion : Le gouvernement de l'État de Kano est en train de construire un centre – le centre de la FVV – destiné expressément à l'opération de la fistule obstétricale. En outre, il y aura aussi un centre de réadaptation où les clientes pourront acquérir des savoir-faire professionnels. Il existe actuellement un foyer sur le terrain de l'hôpital.

Ouverture sur l'extérieur : L'hôpital ne participe pas vraiment à un programme d'ouverture sur l'extérieur, mais il y a des ambulances gratuites aux centres de soins de santé primaires pour faciliter les aiguillages.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État s'est montré réellement déterminé à prévenir la fistule et à offrir un traitement aux femmes atteintes. L'intervention de la fistule, les médicaments, la nourriture et les services de maternité sont gratuits, et des ambulances ont été fournies à un certain nombre de centres de soins de santé primaires pour renforcer les services d'aiguillage.

Le nombre de clientes utilisant ces services a augmenté, mais ce changement n'a pas été suivi d'une augmentation des ressources, par exemple de l'équipement et du personnel, qui permettrait de faire face à la demande accrue de services.

Coût estimatif global par procédure : Gratuité pour toutes les clientes.

Ressources : Le gouvernement de l'État de Kano finance les activités et les services fournis par l'établissement. Le PNUD prête aussi un certain appui.

Obstacles :

- Accès médiocre aux centres de santé. Ils sont souvent situés loin des communautés et les clientes doivent parcourir de longues distances pour obtenir des services.
- Beaucoup de centres de santé ne disposent pas d'un personnel médical bien formé ni très qualifié.
- L'analphabétisme constitue aussi un obstacle, car les clientes ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leur propre santé.
- Le manque d'éducation des filles est une cause des mariages précoces et d'un comportement peu propre à préserver la santé durant la grossesse et l'accouchement. Cet état de choses est dû en partie au nombre insuffisant d'écoles dans la région et à l'impossibilité d'accéder aux écoles existantes.
- La culture locale impose d'avoir le premier accouchement à domicile. Des soins qualifiés ne sont délivrés à l'accouchement que dans moins de 30 % des cas.

D. Bureau de FORWARD, Kano, visité le 4 octobre 2002

FORWARD est une ONG internationale dont le siège se trouve au Royaume-Uni; elle est financée par le DfID et le National Charities Board (Royaume-Uni). FORWARD est actif au Nigéria depuis 1999 et s'efforce d'amplifier la réaction aux niveaux local et communautaire en vue d'améliorer l'état

sanitaire et nutritionnel et la condition sociale des femmes par l'éducation et l'instruction. FORWARD s'efforce aussi de réduire la violence sexiste, le trafic des femmes et des enfants et les autres formes de sévices dont les femmes sont victimes; de faire mieux prendre conscience des méthodes d'espacement des naissances et d'élargir l'accès aux services prénatals et postnatals; enfin, de prévenir les pratiques traditionnelles nuisibles, comme la MGF.

FORWARD est actif dans un certain nombre de communautés de l'État de Kano et a prêté appui à la création de comités de santé communautaire (CHC) composés de sept membres de la communauté, parmi lesquels des chefs de la communauté, des prestataires de services de santé et d'autres personnes. Les responsabilités des CHC consistent notamment à faire mieux prendre conscience au niveau local de ce qu'est la fistule obstétricale, à recueillir des informations sur les besoins sanitaires de la communauté, à dispenser une éducation nutritionnelle aux femmes enceintes, enfin à mettre en relation avec et aiguiller vers les centres de santé les femmes qui ont besoin de divers services, dont l'opération de la fistule obstétricale.

FORWARD s'occupe aussi de réadaptation et offre une formation professionnelle aux femmes qui ont eu une fistule et se sont vues rejeter par leur mari et leur communauté; il appuie en outre un programme de microcrédit. FORWARD prête appui à des programmes d'information sur la fistule obstétricale et il est membre du Comité consultatif de l'État sur la FVV. FORWARD envisage de reproduire son programme dans plusieurs autres États. FORWARD a aidé 75 patientes de la fistule, une fois opérées, à se réinsérer pleinement dans leur communauté d'origine.

Ressources : FORWARD reçoit des fonds non seulement du Gouvernement du Royaume-Uni, mais aussi du Programme national d'éradication de la pauvreté (NAPEP), du Ministère des affaires féminines de l'État de Kano, de l'organe de développement agricole et rural de Kano (KNARDA),

d'organisations philanthropiques locales et de particuliers. Il a aussi un élevage de volailles et trois autres exploitations agricoles qui produisent un revenu complémentaire pour alimenter ses activités.

Obstacles :

- Fonds limités.
- Personnel en nombre insuffisant.

E. Hôpital Babbar Ruga, Katsina, visité le 5 octobre 2002

Dimension : Deux ailes et une salle d'opération pour les interventions de la fistule.

Personnel médical : Le Dr. Kees Waaldijk dirige le centre, assisté par un autre médecin et deux infirmières, qui tous sont formés aux interventions de la FVV/FRV. Le centre, en collaboration avec le centre de Kano, a eu la charge de former plus de 180 médecins et plus de 200 infirmières.

Nombre de clientes : Très élevé. Quatre cent quinze interventions ont été pratiquées dans ce service l'année dernière.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Katsina et ses environs, mais elles viennent aussi de tout le Nigéria, notamment des États du nord.

Profil typique des clientes : La plupart sont de très jeunes femmes qui ont été atteintes de la fistule pendant le premier accouchement, du fait de sa longue durée. La plupart sont séparées de leur mari, ou divorcées, et rejetées par leur communauté en raison de leur état.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire pour localiser et décrire la fistule.
- Le taux d'hémoglobine est établi, mais les clientes ne sont pas soumises à un dépistage systématique des infections urinaires avant l'opération.
- Pas de dépistage du VIH/sida.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement normal d'urine et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent

des conseils sur la nécessité de soins prénatals et d'un accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse.

- Pas de conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs.

Réadaptation/réinsertion : Ces activités sont gérées par les ONG partenaires pour les clientes du foyer de la FVV.

Ouverture sur l'extérieur : L'unité ne participe à aucun programme de cette nature.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Katsina fournit les locaux, le personnel et les fonds nécessaires au fonctionnement de l'hôpital et du foyer.

Coût estimatif global par procédure : Gratuité pour les clientes; le coût supporté par l'institution n'est pas connu.

Ressources : L'hôpital est financé en premier lieu par le gouvernement de l'État de Katsina, mais le centre de la fistule reçoit un appui complémentaire de diverses ONG, dont Grassroots Health Organization of Nigeria (GHON) qui coordonne le programme de formation, de gynécologues néerlandais, d'équipes cyclistes néerlandaises et du Ministère fédéral de la santé, qui emploie le Dr. Waaldijk.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, ce qui a pour conséquence le mariage précoce et un comportement peu soucieux de préserver leur santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Manque de services obstétricaux d'urgence adéquats.
- Pénurie de médecins correctement formés à opérer la fistule.

F. Centre hospitalier et universitaire Usman Dan Fodio, visité le 7 octobre 2002

Dimension : 500 lits; le département d'OB/GYN dispose de 70 lits; l'aile de gynécologie compte 30 lits.

Personnel médical : Cinq consultants; 12 internes; neuf aides dans le département d'OB/GYN.

Nombre de clientes : Environ 48 interventions sont pratiquées chaque année.

Provenance des clientes : La plupart viennent de l'État.

Profil typique des clientes : Ordinairement, elles sont très jeunes et viennent d'accoucher. Elles n'ont eu aucune éducation structurée, appartiennent au groupe ethnique Hausa-Fulani, et n'ont pas reçu de soins - ni prénatals, ni durant l'accouchement, ni postnatals.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont examinées au service de gynécologie et font l'objet d'une évaluation.
- Recherche de base : taux d'hémoglobine, urée et électrolyte, dépistage des infections de l'appareil urinaire.
- L'état nutritionnel des clientes est amélioré.
- Ordinairement, les clientes attendent trois mois d'être débridées avant que l'intervention ait lieu.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement d'urine normal et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral et couverture antibiotique.
- Des conseils sont donnés aux clientes et aux membres de leur famille concernant les soins à dispenser et la nécessité de recevoir des soins obstétricaux durant la grossesse.
- Aucun conseil spécifique concernant la planification familiale ou le VIH/sida.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service n'est fourni.

Ouverture sur l'extérieur : Le département ne participe à aucun programme de cette nature.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'état ne prête aucune forme d'appui au service obstétrical du Centre hospitalier et universitaire.

Coût estimatif global par procédure : Environ 90 dollars É.-U.

Ressources : L'établissement est financé par le Gouvernement fédéral.

Obstacles :

- Manque d'éducation au niveau communautaire.

Ceux qui, au sein de la population, ont reçu une éducation et ceux qui n'en ont pas reçu ont beaucoup de mal à communiquer.

- Les centres de santé sont situés fort loin des communautés.
- Manque de prestataires qualifiés pour répondre à la demande de services.

G. Hôpital Maryam Abacha pour femmes et enfants, Sokoto, visité le 7 octobre 2002

Dimension : 24 lits dans le centre FVV, qui comprend deux ailes. Le centre dispose d'une salle d'opération.

Personnel médical : Seulement des généralistes. Aucun gynécologue consultant n'est employé par le gouvernement de l'État. Le centre de la fistule est tributaire de médecins de passage, notamment du Dr. Waaldijk. Dans le passé, d'autres spécialistes venaient de certains des centres du sud du pays. Le centre est géré par quatre infirmières.

Nombre de clientes : Variable; il est fonction de la disponibilité des médecins de passage. Douze à 15 cas au maximum sont pris en charge en l'espace de deux à trois semaines quand le Dr. Waaldijk est présent. Au moment de la visite de l'équipe, 36 clientes attendaient une opération. L'an dernier, 200 interventions ont été pratiquées.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Sokoto et de ses environs, mais d'autres viennent de tout le nord du Nigéria, même d'aussi loin que l'État d'Adamawa.

Profil typique des clientes : La plupart sont de jeunes adolescentes de condition modeste qui, en outre, n'ont reçu aucune éducation. Chez la plupart d'entre elles, la fistule est apparue au premier accouchement, qui s'est déroulé à domicile sans soins prénatals appropriés ni supervision durant l'accouchement même. La plupart sont des musulmanes du groupe ethnique Hausa-Fulani et sont inquiètes ou franchement troublées de leur condition. Il y a aussi des femmes plus âgées, mères de famille nombreuse (en général, au moins quatre

enfants), chez lesquelles la fistule est apparue après un accouchement prolongé. Les clientes dont c'est le premier accouchement sont le plus souvent divorcées ou séparées de leur mari, tandis que les femmes plus âgées, mères de famille nombreuse, sont pour la plupart encore mariées et soignées par leur mari.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire et font l'objet d'une évaluation pour localiser et décrire la fistule.
- Le taux d'hémoglobine est établi, mais les clientes ne sont pas soumises systématiquement à un dépistage des infections urinaires avant l'opération.
- Aucun dépistage du VIH/sida.

Soins postopératoires :

- Ils consistent notamment à assurer un écoulement normal de l'urine et à réduire la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent des conseils sur la nécessité de soins prénatals et d'un accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse. Beaucoup n'ont pas de ressources suffisantes pour venir recevoir des soins prénatals après une opération réussie, et seules celles qui souffrent de complications reviennent ordinairement pour un suivi.
- Pas de conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs.

Réadaptation/réinsertion : Pas de locaux pour la réadaptation.

Ouverture sur l'extérieur : Le centre ne participe à aucun programme d'ouverture sur l'extérieur. Les clientes viennent quand elles entendent dire qu'un médecin sera là pour pratiquer des interventions. Elles doivent se nourrir par leurs propres moyens et beaucoup retournent dans leurs villages pour les travaux agricoles durant la saison des pluies.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Sokoto prête appui au traitement des FVV/FRV.

Coût estimatif global par procédure : Les clientes bénéficient de la gratuité du traitement, mais doivent s'alimenter par leurs propres moyens en

attendant l'intervention.

Ressources : Le gouvernement de l'État de Sokoto.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, d'où les mariages précoces et un comportement mal fait pour préserver la santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Du fait de l'ignorance et de la pauvreté, faible utilisation des centres de santé.
- Pénurie de prestataires de soins de santé qualifiés pour répondre à la demande de services.

H. Centre hospitalier et universitaire Olabisi Onabanjo (Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital), Shagamwe, État d'Ogun, visité le 7 octobre 2002

Dimension : 253 lits, dont 18 dans l'aile de gynécologie.

Personnel médical : Neuf consultants OB/GYN, mais six seulement d'entre eux pratiquent l'opération de la fistule. Dix internes peuvent aider les consultants dans les interventions et conduisent des examens sous anesthésie, de même qu'ils aident aux soins postopératoires. Mais ils ne peuvent pratiquer seuls les interventions de la fistule. Il y a 14 infirmières dans l'aile de gynécologie, deux ou trois d'entre elles assurant chaque période de travail.

Nombre de clientes : Les interventions sont pratiquées à mesure que les clientes viennent, soit un total d'environ 24 par an. Les trois médecins avaient l'habitude de se rendre dans le nord, par exemple à Sokoto, pour une semaine environ par mois et de faire 40 interventions dans la semaine après annonce de leur venue par radio. Ils en ont pratiqué à peu près le même nombre pendant 15 mois environ à l'hôpital de l'État Maryam Abacha, à Sokoto.

Provenance des clientes : État d'Ogun. Certaines viennent aussi de l'État de Lagos, à 50 km, et de l'État d'Ui, à 100 km.

Profil typique des clientes : Soixante pour cent des patientes ont plusieurs enfants et reçoivent de

leur mari un certain appui. Elles ont près de 30 ans, ou près de 40, et peuvent avoir eu un accouchement prolongé parce que leurs bébés étaient devenus progressivement plus gros ou que ces gros bébés s'étaient présentés dans une position difficile.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- La plupart des femmes sont préparées au département de consultations externes pour réduire le temps d'occupation des lits et réaliser une économie.
- Les clientes sont généralement admises une semaine avant l'opération.
- On recourt aux cultures d'urine et un spécimen est recueilli à la pipette puisque les clientes ne peuvent évacuer volontairement.
- L'état nutritionnel est amélioré.
- L'hématocrite doit être supérieur à 30 %; sinon, une transfusion de sang est nécessaire.
- Les excoriations vulvaires sont nettoyées par une application locale de vaseline, qui donne des résultats presque aussi bons que l'oxyde de zinc, dont l'hôpital ne dispose pas.
- Il est procédé à un examen sans anesthésie et à un test par teinture afin de déterminer l'emplacement et la taille de la fistule et de décider la procédure à appliquer.
- Tantôt, l'intervention est pratiquée immédiatement dans la salle d'opération, tantôt les patientes doivent attendre jusqu'au lendemain.
- Pas de cystoscopie, mais les médecins peuvent effectuer un pyélogramme intraveineux si la fistule est trop vaste et déborde sur le méat urinaire; c'est là, toutefois, une procédure rare.
- L'abdomen est radiographié pour vérifier l'absence de lithiase rénale ou de calculs dans la vessie.

Soins postopératoires :

- Cathéter de Foley dans la poche à urine.
- Les clientes sont couchées sur un côté ou l'autre, alternativement, avec changement de position toutes les deux à quatre heures.
- Injection intraveineuse de fluides durant les premières 24 heures.

- Les poches à urine sont vidées toutes les heures pour contrôler qu'il n'y a pas obstruction du cathéter.
- Divers médicaments (mépéridine ou diazepam et analgine) sont administrés durant les premières 24 heures pour soulager la douleur.
- Des antibiotiques prophylactiques sont systématiquement administrés.
- Le cathéter est inséré pendant 10 à 14 jours, selon la complexité de l'intervention.
- La vessie est entraînée à surmonter l'incontinence due au stress; on utilise à cette fin un clamp.
- Les clientes sont conseillées quant aux causes et à la prévention de la fistule.
- Les clientes reçoivent le conseil de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois.
- Dans 90 % des cas, c'est-à-dire sauf si l'intervention a été très facile, les clientes reçoivent le conseil d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- 85% des patientes rentrent chez elles « sèches », mais pour une minorité deux ou plusieurs essais sont nécessaires.

Réadaptation/réinsertion : Des conseils relatifs à la planification familiale et divers types de contraception sont offerts. Les clientes reçoivent des conseils quant à leur fécondité future et à la douleur que pourraient leur causer les rapports sexuels en raison des cicatrices du vagin. Toutes ont entendu parler du VIH : l'hôpital a un centre d'études spéciales sur les microbicides et la prévention du VIH, mais non à l'intention des patientes de la fistule en particulier. Il n'y a pas de programmes de suivi communautaires pour aider les femmes à se réinsérer après l'opération.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune.

Appui des autorités : Le personnel ne dit pas clairement si la fistule constitue un problème prioritaire au regard du Ministère de la santé. Mais l'épouse du gouverneur de l'État organise parfois un soutien financier.

Coût estimatif global par procédure : Il s'agit d'un centre payant. Les redevances ont augmenté quand l'établissement a récemment été promu au

rang de centre hospitalier et universitaire – passant d'environ 150 dollars à environ 200 dollars. Ce montant inclut une subvention générale de l'État et ne peut être que rarement réduit davantage, ce qui suppose l'intervention de l'épouse du gouverneur ou d'une organisation, par exemple une église, qui paie pour la cliente. Si de nombreuses clientes sont en mesure d'acquitter cette redevance, les patientes de la fistule sont généralement très pauvres et ont du mal à réunir une telle somme. La plupart sont sans emploi, 80 % sont rejetées par leur mari et ne reçoivent aucune aide financière.

Ressources : Uniquement les redevances d'usagers et la subvention du gouvernement de l'État.

Obstacles :

- Les redevances élevées écartent certaines patientes et influent sur le type de test de laboratoire qui peuvent être conduits, comme les pyélogrammes intraveineux. Les coûts élevés limitent aussi la durée de séjour postopératoire à l'hôpital.
- Il n'y a pas d'infirmières formées à donner les soins nécessités par la fistule.
- La salle d'opération ne dispose pas d'une source fiable de courant électrique. Les chirurgiens ont souvent besoin d'utiliser le groupe électrogène.
- L'hôpital n'a pas de ressources suffisantes pour administrer des antibiotiques coûteux comme les céphalosporines, même si la culture locale le recommande.
- Le suivi est limité; aucun service communautaire n'est en place pour aider les clientes.

I. Centre évangélique pour FVV, Jos, Plateau, visité le mardi 8 octobre 2002

Dimension : Les ailes comptent 20 lits. Le foyer d'hébergement en compte 30.

Personnel médical : Deux chirurgiens de la fistule sont attachés au centre et y résident en permanence, avec l'aide fréquente de chirurgiens de passage; neuf infirmières, dont deux ont été formées aux interventions de la fistule; une assistance sociale; et un certain nombre d'aides-infirmières.

Nombre de clientes : 12 à 14 interventions par semaine. Il y a un jour de consultation chaque semaine.

Provenance des clientes : La plupart des clientes viennent de l'extérieur de l'État. Certaines viennent de pays voisins, dont le Cameroun. Beaucoup sont de l'État du Plateau et viennent du gouvernement local de Langtang Sud. La plupart ont connu un accouchement difficile à domicile; une raison possible de la préférence pour l'accouchement à domicile réside dans la croyance que des ennemis personnels pourraient conspirer avec les prestataires de services pour nuire à la mère et au bébé durant l'accouchement, de sorte qu'il y a moins de risque à accoucher à domicile. Les clientes sont généralement moins nombreuses en août et septembre (mois qui se situent dans la saison des pluies) que les autres mois.

Profil typique des clientes : Des femmes de tout âge viennent au centre. Chez beaucoup, la fistule est apparue peu après une naissance et elles la supportent depuis de longues années (jusqu'à 30 ans) car elles ignorent qu'un traitement existait. Ces clientes sont généralement déprimées, sous-alimentées et indigentes. Dans quelques cas, la fistule a été causée par un médecin. Beaucoup de femmes survivent en mendiant, en se prostituant et en travaillant dans l'agriculture.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les nouvelles clientes sont examinées une fois par semaine, généralement le mardi, et leur opération est prévue pour la semaine même. Mais il y a souvent une longue liste d'attente et les clientes ne peuvent alors être opérées que dans un délai allant jusqu'à deux mois.
- Établissement du taux d'hémoglobine, de l'urée et des électrolytes et dépistage des infections urinaires avant l'opération.
- Les clientes sont systématiquement dépistées pour le VIH/sida; celles qui s'avèrent séropositives sont mises en rapport avec une ONG locale, Spring of Life, qui dispense des conseils.

Soins postopératoires :

- Les clientes passent environ trois semaines

au centre, au cours desquelles l'issue de l'opération est évaluée et la vessie rééduquée.

- Aucun conseil n'est dispensé pour la planification familiale.

Réadaptation/réinsertion : Juste avant de quitter le centre, les clientes participent à une assemblée qui se tient l'un des jours de consultation et durant laquelle les anciennes et nouvelles clientes – aussi bien celles dont l'opération a réussi que celles dont elle a échoué – se rencontrent pour partager leurs expériences. Cette assemblée a pour but de ranimer l'espoir, surtout dans le cœur des nouvelles clientes, que la fistule peut être guérie, ainsi que de mettre en lumière les différentes manières dont une femme peut avoir une fistule ou prévenir son apparition. Il est prescrit aux clientes de venir pour un examen trois mois et six mois après avoir quitté le centre. Il leur est aussi prescrit de venir au service de maternité en cas de nouvelle grossesse, car la césarienne y est pratiquée à un coût modéré (30 dollars É.-U.) grâce à la subvention de Safe Motherhood. Il y a aussi un centre de réadaptation sur le terrain du centre, où l'on enseigne aux clientes divers savoir-faire, comme le tricotage, la confection de savon et la préparation de repas. De nombreuses clientes se remarient après une opération réussie.

Ouverture sur l'extérieur : L'Église évangélique d'Afrique de l'Ouest (ECWA) n'a pas de programme précis d'ouverture sur l'extérieur. Cependant, quelques organisations à base communautaire entrent en contact avec les communautés environnantes.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État ne fournit aucun appui au centre.

Coût estimatif global par procédure : Les clientes versent une redevance symbolique de 50 centimes pour qu'elles aient davantage le sentiment de contribuer à leur propre traitement.

Ressources : Le financement du centre pour fistules est assuré essentiellement par des églises et d'autres donateurs à l'extérieur du pays. Des organisations philanthropiques et des ONG font aussi des donations. Le NAPEP a récemment fait don d'équipement au centre de réadaptation.

Obstacles :

- La pauvreté. Les clientes n'ont souvent pas assez d'argent pour payer leur transport au centre pour les visites de suivi.
- Les pénuries de personnel. Souvent, une seule infirmière qualifiée prend soin des clientes dans les deux ailes.
- La pénurie d'équipement et de fournitures.
- Les pratiques traditionnelles nuisibles comme la MGF et les entailles de gishiri, qui peuvent prédisposer les femmes à la formation d'une FVV/FRV.
- Des croyances traditionnelles enracinées dans certaines parties de l'État du Plateau, qui empêchent les femmes d'avoir recours aux soins de santé durant la grossesse et l'accouchement par crainte de s'exposer à ce qu'on regarde comme des « forces mauvaises ».

J. Centre hospitalier et universitaire de l'Université de Calabar, Annexe de maternité, État de Cross River, visité le 8 octobre 2002

Dimension : 97 lits dans une annexe de l'hôpital principal, qui compte lui-même 237 lits. Le département de consultations externes a été transféré dans un nouveau site proche, mais l'unité de planification familiale, rénovée et équipée par EngenderHealth, n'a pas encore été associée à ce transfert.

Personnel médical : Il y a sept consultants OB/GYN, mais un seulement opère la fistule. Les autres souhaitent apprendre à opérer. Il y a 23 internes et, bien qu'il soit nécessaire de connaître la chirurgie de la fistule pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, ils ont rarement l'occasion de voir même un seul cas durant leur internat. Treize infirmières sont affectées à l'aile de gynécologie de 30 lits, où elles travaillent en trois équipes.

Nombre de clientes : Il est très faible; deux à quatre seulement sont opérées chaque année. Mais le personnel traite dans l'aile des soins postnatals, et surtout dans celle réservée aux patientes dont

l'arrivée n'était pas prévue d'avance, au moins 40 à 50 femmes venues à l'Hôpital pour les complications d'un accouchement prolongé entraînant l'apparition d'une fistule. La plupart d'entre elles ne reviennent pas pour une intervention de la fistule. Presque toutes celles qui sont opérées rentrent chez elles « sèches ».

Provenance des clientes : La majorité sont de Calabar et des environs. Certaines viennent d'aussi loin que Nkomand Ogoja, localité située à 200 km environ au nord de Calabar.

Profil typique des clientes : Ce sont des jeunes femmes âgées de 14 à 20 ans. La fistule est apparue à la première grossesse; elles sont pauvres, et admises en raison d'un accouchement prolongé qui entraîne la mort intra-utérine du fœtus. La plupart sont célibataires. La majorité souffrent d'une FVV, mais il y a aussi quelques cas de FRV, soit isolés soit en combinaison avec la FVV. La plupart des femmes effectuent des visites pour soins prénatals, mais elles préfèrent accoucher à domicile avec une parente ou une AT ou, bien plus souvent, dans une église avec les soins de la femme du pasteur ou d'une paroissienne. Les femmes semblent croire que, contrairement à l'église, l'environnement hospitalier ne les protège pas contre des « attaques spirituelles ».

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Prévention et traitement des excoriations vulvaires.
- Un examen sans anesthésie précède normalement l'intervention.
- On établit le taux d'hémoglobine et procède à une numération globulaire complète.
- Cultures d'urine pour garantir l'absence de toute infection.
- Il est rarement procédé à un pyélogramme intraveineux en raison de son coût élevé.
- Des conseils sont donnés aux clientes concernant la chirurgie et les causes de la fistule.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent pour 15 jours environ; drainage continu du cathéter pendant 14 jours.
- Des fluides sont administrés en abondance par

voie intraveineuse pendant les quelques premiers jours, ainsi que des antibiotiques et analgésiques.

- Une césarienne est recommandée à toutes les patientes pour leurs grossesses ultérieures.
- Les clientes reçoivent le conseil de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois. Antérieurement, la période suggérée était de six mois.
- Une information sur le VIH est généralement donnée aux clientes en consultation externe ainsi qu'aux autres, dans le cadre d'un entretien général sur la santé individuelle. La planification familiale est offerte et toutes les méthodes peuvent être obtenues à l'unité initialement financée par EngenderHealth.

Réadaptation/réinsertion : Il n'y a pas de services sociaux permettant aux clientes de retrouver leur équilibre et de se réinsérer dans la communauté. Certaines reviennent auprès de leur mari après une intervention réussie, mais un certain opprobre s'attache à leur état. La communauté peut croire que la fistule est la sanction d'une infidélité passée, qui débouche sur un accouchement prolongé. D'autres attribuent la fistule aux machinations de voisins. Les clientes elles-mêmes sont généralement très soucieuses de leur hygiène, utilisant des vêtements propres qu'elles changent souvent.

Ouverture sur l'extérieur : Il n'existe pas de programme centré sur la FVV en tant que problème spécifique. Cependant, cet hôpital a utilisé des fonds donnés par EngenderHealth pour lancer un programme éclairant la communauté sur la planification familiale et la maternité sans risques et pour élargir l'accès à des services de santé en matière de reproduction qui soient de qualité. Ce type d'intervention est permanent et vise les dirigeants religieux et d'autres chefs de communauté; y trouvent place des entretiens informant des risques que comporte le choix d'une église pour donner naissance, des dangers d'un accouchement non assisté (ou avec assistance non qualifiée), et narrant l'histoire de femmes mortes durant la grossesse et l'accouchement.

Soutien des autorités : Pratiquement inexistant.

Le Gouvernement a un rôle, mais il ne semble pas voir dans la fistule une priorité. On considère généralement qu'elle est un problème dans le nord du pays et c'est là que sont concentrées les ressources, y compris les campagnes de prise de conscience.

Coût estimatif global par procédure : Environ 250 dollars É.-U. Toutes les patientes doivent payer l'opération de la fistule mais, dans quelques cas désespérés, il est demandé à l'épouse du gouverneur de l'État de fournir une aide prélevée sur les fonds publics.

Ressources : Principalement une subvention mensuelle du Gouvernement fédéral par l'entremise du Ministère de la santé. EngenderHealth soutient le programme de planification familiale et, indirectement, les activités de maternité sans risques.

Obstacles :

- L'hôpital est situé dans un bâtiment très ancien, mais il est prévu de le reloger bientôt dans un nouveau site.
- L'équipement et les instrument sont inadéquats. Une seule salle d'opération est disponible pour la maternité et la chirurgie gynécologique, élective ou en urgence. On espère que cette situation changera quand la nouvelle salle d'opération en cours de construction sera disponible.
- Il n'y a pas de foyer d'hébergement.
- Financement insuffisant et coût élevé de la chirurgie.
- Les possibilités de formation pour le personnel médical et infirmier intéressé sont limitées en raison du très petit nombre de patientes et de médecins sachant opérer la fistule.
- Compétition pour l'espace dans les ailes, car les patientes de la fistule se disputent les lits disponibles avec d'autres patientes récemment opérées. En outre, les patientes de la fistule restent généralement plus longtemps à l'hôpital, trois semaines ou davantage. Elles occupent aussi plus longtemps la salle d'opération.
- Nécessité de mobiliser et d'éduquer au niveau communautaire concernant les meilleures pratiques obstétricales.

K. Family Life and Hospital, Imbribit Itam, État d'Akwa-Ibom, visité le 9 octobre 2002

Dimension : Hôpital de 38 lits fondé en 1991; ce centre est une succursale de l'Hôpital général Annuu, Uyo, fondé par les Missionnaires médicaux de Marie, mais passé depuis sous le contrôle du gouvernement de l'État. Les deux centres sont distants d'environ 8 km. L'hôpital occupe environ six acres et tous les bâtiments sont des bungalows avec des couloirs couverts qui unissent les secteurs les plus importants de l'hôpital, comme la salle d'opération et les ailes. Il y a des foyers d'hébergement pour hommes et pour femmes. Il y a une cuisine d'accès libre (utilisée surtout par les familles des clientes), un puits de forage et trois blocs électrogènes de diverses dimensions. L'hôpital comprend aussi un centre de réadaptation, le logement du personnel, un centre de conférence doté de locaux d'hébergement simples et un couvent.

Il a deux ailes de gynécologie. L'une est destinée aux soins postopératoires immédiats et compte 22 lits. L'autre aile compte 16 lits et sert les clientes qui n'ont pas encore été opérées ou dont la convalescence est avancée. Un foyer pour femmes de 30 lits est à la disposition de parentes ou autres personnes qui assurent l'alimentation et les soins des convalescentes; il y a aussi quelques matelas en supplément sur le sol. Un foyer pour hommes, qui compte environ 16 lits, a été construit près de la porte principale. L'hôpital assure aussi le logement du personnel féminin célibataire.

Personnel médical : Deux médecins, le Dr. Anne Ward et le Dr. Upuji, travaillent aussi l'un et l'autre à l'Hôpital public Annuu tout proche. Un autre praticien privé délaisse de temps à autre sa propre clientèle pour apprendre la chirurgie de la fistule. Il y a des infirmières diplômées et huit aides, dont quelques-unes étaient des patientes de la fistule souffrant de complications à long terme. Trois des infirmières sont détachées du Ministère de la santé, qui les rétribue. Le Ministère de la santé s'efforce aussi d'encourager les religieuses à gérer l'Hôpital

Annua, mais il pourrait alors être difficile de trouver le personnel nécessaire.

Nombre de clientes : Élevé, avec une vingtaine d'interventions par mois et au moins 200 à 240 cas par an, en fonction de la disponibilité du Dr. Ward. Le nombre d'opérations diminue durant ses absences. Cependant, le Dr. Ward estime que l'on insiste trop sur les chiffres. Elle note que l'on peut passer une matinée entière sur un cas difficile dont peu d'autres chirurgiens pourraient se charger, ou bien choisir de faire à la place trois ou quatre interventions simples. Elle n'aime pas non plus parler des taux de réussite; elle observe qu'elle-même et son personnel donnent à chaque cliente les meilleurs soins possibles. Il y a à peu près neuf fois plus de FVV que de FRV. Elle a observé en outre que de nombreuses fistules apparaissent durant un accouchement prolongé dans les établissements médicaux privés et que le nombre de fistules résultant d'opérations mal conduites ou imputables à un médecin pour quelque autre raison est en train d'augmenter. Il s'agit parfois de graves lésions de l'urètre, qui exigent une opération de réimplantation. Au cours des trois dernières années, elle a dû opérer 79 lésions de l'urètre causées par des médecins.

Provenance des clientes : Les femmes viennent de tout le sud-est du pays, les distances entre le domicile et l'hôpital pouvant aller jusqu'à 250 km. Les coûts de transport font difficulté, car la majorité d'entre elles sont pauvres. La Fondation Ford prête son appui à un groupe qui envoie un véhicule prendre à domicile certaines des femmes et les ramener pour l'opération. Ce véhicule sert aussi à atteindre les lépreux.

Profil typique des clientes : La plupart des femmes sont âgées de 16 à 20 ans et la fistule est apparue à leur premier accouchement. Elles sont accompagnées par une parente ou une amie. Elles sont très pauvres. Cependant, comme l'hôpital sert de centre d'aiguillage pour une grande partie du pays, on y trouve aussi des femmes plus âgées et mères de famille nombreuse.

Processus d'évaluation et de dépistage :

• La plupart des évaluations sont de type clinique en

raison du manque d'installations de laboratoire.

- Il est possible d'évaluer l'hématocrite parce que l'hôpital a une centrifugeuse et des tubes de verre.
- La détermination du groupe sanguin et la recherche de sang compatible, si nécessaire, doivent être faites dans un laboratoire privé situé à Uyo, ville distante de 10 km.
- Il est généralement procédé la veille de l'opération à un examen sans anesthésie; parfois, une rachianesthésie est nécessaire.
- L'état nutritionnel est évalué et, en cas de besoin, amélioré.
- Il n'est jamais procédé à un pyélogramme intraveineux ni à une cystoscopie.
- L'hôpital ne peut assurer une anesthésie générale durant l'opération : toutes les patientes sont opérées sous rachianesthésie avec lidocaïne à 2%.
- Il faut réutiliser les cathéters de Foley pour raison d'économie et, quand le ballon n'est pas gonflé, le cathéter est ordinairement fixé avec une suture en vicryl 2,0 au vagin et aux lèvres, au méat externe de l'urètre. Le vagin est obturé avec une seule épaisseur et, avant l'obturation, un test à l'encre est effectué.
- Toutes les interventions vaginales sont effectuées en position lithotomique, les patientes étant en trendelenburg exagéré.

Soins postopératoires :

- On administre aux clientes des antibiotiques et des analgésiques.
- Le drainage permanent de la vessie, pendant 14 jours, se fait dans un bol, parce que les poches à urine sont coûteuses et n'exercent pas la pression négative adéquate pour assurer un drainage continu.
- L'écoulement de l'urine et l'absorption de fluides sont contrôlés toutes les heures, et la cliente est tournée d'un côté sur l'autre toutes les trois à quatre heures.
- La vessie est rééduquée.
- Pour les escarres qui ne guérissent pas, le personnel médical parsème directement des morceaux de gaze stérile d'extraits d'aloès et couvre les blessures.
- Il n'est pas fait mention du VIH/sida parce que

le personnel médical estime ne pas être formé à délivrer des conseils à ce sujet ou n'a pas assez de connaissances ni d'expérience en la matière, surtout en ce qui concerne les impératifs d'ordre culturel.

- Aucune mention de la planification familiale.
- Les clientes et leurs partenaires masculins, s'ils sont présents, sont avisés de la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels.
- Il est conseillé aux clientes de revenir pour une césarienne en cas de nouvelle grossesse. Il convient cependant de noter que certaines ne reviennent pas.
- Après enlèvement du cathéter, les clientes restent à l'hôpital pour une semaine au moins.

Réadaptation/réinsertion : De nombreuses clientes ne retournent pas chez leur mari. Quelques-unes sont employées comme aides à l'hôpital. Il y a un centre de réadaptation, où les clientes peuvent recevoir une formation professionnelle (habillement, fabrication de lait de soja et de savon, travaux agricoles). Un enseignement élémentaire leur est aussi donné, car de nombreuses femmes ne savent ni lire ni compter.

Ouverture sur l'extérieur : Il y a un programme communautaire permanent sur la maternité sans risques, patronné par le NAPEP. Les entretiens sur la santé abordent la question de la fistule et de sa prévention.

Appui des autorités : Il apparaît pratiquement inexistant. Le Président du pays aurait récemment demandé à l'équipe de travail de la Fondation nationale de la fistule de mettre en route une évaluation rapide des besoins afin de déterminer le nombre total des femmes qui en sont atteintes. L'évaluation était aussi censée indiquer leur répartition géographique, ainsi que les ressources et le personnel disponibles pour traiter leur condition. Cette initiative a commencé mais n'a pas abouti, faute de moyens de financement suffisants. L'équipe de travail, dont le Dr. Ward est membre, a tenu sa dernière réunion en décembre 2001.

Coût estimatif global par procédure : Environ 85 dollars. Mais certaines clientes ne peuvent payer et sont exemptées de cette obligation. La perception des redevances versées par les usagers suffit à peine

à couvrir les coûts de gestion de l'hôpital, dont ces redevances représentent peut-être 30 % du budget total.

Ressources : Exxon Mobil a fourni les lampes à pied pour les deux salles d'opération et prend à sa charge la rémunération des membres du personnel, à l'exception de ceux qui relèvent du gouvernement de l'État. Des dons provenant de Guernesey, île anglo-normande, ont permis de construire la salle d'opération et d'acheter l'équipement, à savoir deux tables d'opération et deux ventilateurs de plafond – il n'y a pas de climatisation. Le Gouvernement de la République d'Irlande a équipé la blanchisserie avec une machine à laver (qui actuellement ne fonctionne pas), un séchoir et une repasseuse industrielle. Des dons parvenus du Royaume-Uni ont permis de construire le centre de réadaptation et d'en acheter l'équipement. Les sutures en vicryl sont généralement fournies par des amis qui résident aux États-Unis. Le gouvernement n'offre qu'un appui limité; l'épouse du gouverneur de l'État organise de temps à autre des groupes de soutien. Des groupes de femmes de l'État ont donné des fonds pour construire et équiper le foyer d'hébergement pour femmes. La Fondation Ford aide à financer le programme externe en transportant les clientes entre leur domicile et l'hôpital, dans les deux sens. En 2001, le PNUD a payé les honoraires dus pour 500 opérations de la fistule. L'UNFPA a promis quelque argent pour rémunérer le chirurgien assistant, mais on ne sait combien de temps il pourra offrir cet appui. D'autres donateurs ont aidé à réparer des blocs électrogènes défectueux.

Obstacles :

- Il faut accroître les moyens d'action. L'hôpital fait déjà fonction de centre régional d'aiguillage, mais il a besoin de plus d'espace encore pour atteindre un degré maximal d'efficacité.
- Financement insuffisant et dépendance du soutien des donateurs.
- Participation trop limitée du gouvernement.
- Difficulté de garantir la durabilité des services, à quoi s'ajoute le manque d'intérêt des médecins rémunérés par le Gouvernement à recevoir la

formation appropriée. Un chirurgien note que certains stagiaires portent si peu d'intérêt à la fistule qu'ils nuisent parfois à la cliente durant l'opération, lui causant ainsi un lourd préjudice étant donné le fardeau physique et affectif lié à la fistule.

- Quand le chirurgien en chef n'est pas disponible, les opérations sont suspendues. Il est nécessaire d'encourager et soutenir davantage de chirurgiens locaux tandis qu'ils se familiarisent avec les détails complexes de la chirurgie de la fistule.
- Des croyances propres à la culture locale attribuent la fistule à des malédictions ou à la sorcellerie. Certaines églises évangéliques de la région se sont opposées ces dernières années à l'utilisation des services de soins prénatals et de maternité dans les hôpitaux. On assure aux femmes qu'elles subiront des « attaques spirituelles » à moins d'accoucher dans l'église avec la femme du pasteur ou une autre paroissienne, généralement âgée.
- Profonde confiance dans les AT; moins dans les hôpitaux.
- Médiocrité des soins dans certains centres médicaux, où certaines fistules sont imputables à un médecin.
- Absence de conseils sur la planification médicale et le VIH. Il faut mieux former et soutenir le personnel pour qu'il offre ce type d'aide aux clientes. Le problème est lié à l'opprobre marqué qui entoure le VIH; les hôpitaux du voisinage envoient ici même les clientes non atteintes d'une fistule pour des opérations gynécologiques élémentaires, si elles sont séropositives. Le personnel de l'hôpital a estimé que les conseils dispensés dans les centres médicaux du voisinage n'étaient pas de bonne qualité et ne servaient qu'à renforcer la discrimination que les clientes affrontaient déjà.
- Les femmes atteintes d'une fistule se heurtent elles aussi à un opprobre marqué. Elles sont souvent considérées « malpropres » et susceptibles de « polluer » les autres. Par exemple, certains jeunes hommes qui étaient venus au centre de

conférences pour une réunion ont demandé au Dr. Ward de jurer que leur nourriture n'avait jamais été touchée ni préparée par une femme atteinte d'une fistule, maintenant ou dans le passé.

- Il faut mobiliser les dirigeants communautaires et religieux locaux et les instruire des causes de la fistule et des moyens de la prévenir.
- Médiocrité du transport. Il faut améliorer l'état des routes et les possibilités de déplacement, ce qui est particulièrement important dans les zones rurales, surtout pour les urgences obstétricales.
- Il faut améliorer les mesures de prévention des infections.
- Il faut intensifier les activités de plaidoyer et promouvoir les services disponibles à l'hôpital. Ils pourraient être mieux utilisés si davantage de femmes connaissaient leur existence.
- Bien que les soins délivrés par les aides des deux sexes constituent un atout réel pour les clientes et pour l'hôpital, il importe de comprendre plus complètement leur rôle. On pourrait conduire des recherches pour mieux savoir comment encourager une plus grande participation des hommes. Il serait aussi souhaitable d'être mieux informé de la manière dont les communautés perçoivent les aides féminines qui assistent les patientes de la fistule.
- Aucune recherche sociale ou clinique sur la fistule n'est actuellement faite à l'hôpital, mais toutes les données sur les clientes opérées y sont conservées. Il serait très utile de mieux connaître la condition sociale de ces femmes pour concevoir des programmes de prévention et autres initiatives.

L. Centre hospitalier et universitaire (University Teaching Hospital)Ahmadu Bello, Kaduna, visité le 11 octobre 2002

Dimension : 258 lits. Le département d'obstétrique et gynécologie dispose de 54 lits, dont 16 dans les ailes affectées aux femmes en train d'accoucher et aux patientes contraintes de garder le lit, 18 dans l'aile de maternité et 20 dans l'aile de gynécologie. Personnel médical : Cinq consultants, dont l'un est

actuellement en détachement à l'étranger; des internes principaux; et des internes. Les interventions de FFV/FRV sont actuellement effectuées par deux des consultants.

Nombre de clientes : Faible : 20 à 30 interventions sont pratiquées chaque année et il s'agit généralement de cas simples. Beaucoup de clientes ne peuvent se permettre le coût d'une intervention à cet hôpital. Le taux de succès est supérieur à 90 %.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Kaduna et de ses environs. Des membres de leur famille plus aisés, qui peuvent couvrir le coût des services de cet hôpital, font venir certaines clientes de villages écartés.

Profil typique des clientes : La plupart sont des adolescentes de condition modeste. Dans la majorité des cas, la fistule est apparue lors du premier accouchement, conduit à domicile ou dans un centre de santé mal équipé, sans la supervision voulue durant la grossesse et l'accouchement. Beaucoup sont séparées de leur mari après l'intervention. Chez 10 à 20 % des clientes, la fistule est due à une intervention chirurgicale mal exécutée, par exemple une césarienne ou une hystérectomie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire, où elles subissent un examen clinique détaillé, qui comporte notamment une évaluation de la fistule. La pathogenèse de la fistule est expliquée à la cliente.
- Avant l'opération, établissement du taux d'hémoglobine, évaluation de l'urée et des électrolytes, et dépistage d'une éventuelle infection des voies urinaires.
- Il n'est pas procédé systématiquement au dépistage du VIH.
- Les clientes doivent attendre trois mois environ après l'apparition de la fistule avant d'être opérées.
- Avant l'opération, il faut traiter les excoirations et les infections des voies urinaires.
- Amélioration de l'état nutritionnel.

Soins postopératoires :

- Portent sur le maintien d'un écoulement normal de l'urine, la prévention des infections des voies urinaires et la rééducation de la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent le conseil de s'abstenir de rapports sexuels, de recevoir nécessairement des soins prénatals et d'avoir une césarienne pour tout accouchement futur. Beaucoup ne reviennent pas quand elles sont enceintes, faute de pouvoir acquitter les redevances dues pour les soins prénatals et la césarienne.

Réadaptation/réinsertion : Cet hôpital n'a pas de service de réadaptation.

Ouverture sur l'extérieur : L'unité ne participe à aucune ouverture sur l'extérieur.

Appui des autorités : Les FFV/FRV ne sont pas une priorité pour le gouvernement de l'État de Kaduna.

Coût estimatif global par procédure : Le coût estimatif total du traitement de la fistule est d'environ 150 dollars É.-U.

Ressources : Financement par le Gouvernement fédéral en premier lieu. Les redevances versées par les clientes lui assurent un complément de ressources.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, ce qui se traduit par le mariage précoce et un comportement modérément soucieux de préserver leur santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Ignorance des complications dues aux grossesses et accouchements mal conduits.
- Accès limité aux centres de soins de santé, surtout pour les soins obstétricaux d'urgence.
- Sentiment des clientes que l'attitude des prestataires constitue un obstacle.
- Pénurie d'équipement hospitalier approprié pour le traitement de la fistule.

M. Centre hospitalier et universitaire (University Teaching Hospital) Ahmadu Bello, Zaria, visité le 11 octobre 2002

Dimension : 514 lits pour l'ensemble de l'hôpital. Il y a 96 lits dans l'unité d'obstétrique et gynécologie : 32 dans l'aile de maternité; 14 dans l'aile d'accouchement; et 50 dans l'aile de gynécologie.

Personnel médical : Cinq consultants; quatre internes de longue date; et 15 internes de fraîche date. Les interventions de la fistule sont pratiquées par tous les consultants et par deux des internes de longue date.

Nombre de clientes : Faible: 18 interventions ont été pratiquées au cours de l'année écoulée; beaucoup de celles-ci étaient des cas compliqués qui avaient donné lieu à des tentatives antérieures malheureuses. Le coût des interventions dépasse les moyens de nombreuses clientes dans cet hôpital. Le taux de succès est supérieur à 90 %.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Zaria et ses environs aussi bien que d'États voisins. Quelques-unes viennent même de Lagos, qui est éloigné.

Profil typique des clientes : La plupart sont des adolescentes de condition modeste. La plupart n'ont pas reçu d'éducation. Chez la majorité des clientes, la fistule est apparue au premier accouchement, qui a été conduit à domicile ou dans des centres de santé mal équipés, sans une supervision appropriée des soins avant et durant l'accouchement.

Beaucoup ont été contraintes à épouser leur mari, qui divorce ou se sépare de sa femme tant que la fistule n'a pas disparu. Très peu de clientes doivent la fistule à une intervention chirurgicale, telle que césarienne ou hystérectomie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire où elles subissent un examen clinique détaillé, qui comporte notamment une évaluation de la fistule. La pathogenèse de la fistule est expliquée à la cliente.
- Avant l'opération, établissement du taux d'hémoglobine, évaluation de l'urée et des

électrolytes, et dépistage d'éventuelles infections des voies urinaires.

- Il n'est pas procédé systématiquement au dépistage du VIH, mais seulement dans les cas où il y a lieu d'y procéder. Les services de VCT sont disponibles dans le centre de santé en matière de reproduction de l'unité, et cette option est communiquée à toutes les clientes du dispensaire de gynécologie durant l'exposé prononcé au début de chaque jour de consultation externe. Toutefois, les patientes de la fistule ne sont pas automatiquement aiguillées vers ces services.
- Les clientes doivent attendre environ trois mois après l'apparition de la fistule avant d'être opérées. Les excoriations et les infections des voies urinaires doivent disparaître avant l'opération.
- Renforcement de l'état nutritionnel.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir l'écoulement normal de l'urine, de prévenir les infections des voies urinaires et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels, de recevoir nécessairement des soins prénatals et d'avoir une césarienne pour tout accouchement futur. La moitié seulement environ des patientes traitées avec succès reviennent en cas de nouvelle grossesse, en raison des redevances à verser pour les soins prénatals et la césarienne.

Réadaptation/réinsertion : Il y a un foyer de la fistule géré par le service de protection sociale de l'hôpital, mais il est actuellement sous-utilisé parce que l'hôpital ne fournit pas la nourriture à ses clientes et a commencé d'imposer le versement d'une redevance pour ce qui était jadis gratuit. Le foyer a offert des classes d'alphabétisation des adultes et des séances de formation professionnelle, mais ce n'est plus le cas, et il n'y a actuellement que trois clientes qui y résident.

Ouverture sur l'extérieur : L'unité ne participe à aucune activité de ce genre.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Kaduna ne considère pas la fistule comme une priorité.

Coût estimatif global par procédure : Le coût estimatif total pour le traitement des FVV/FRV est d'environ 150 dollars É.-U.

Ressources : Le Centre hospitalier et universitaire Ahmadu Bello est financé en premier lieu par le Gouvernement fédéral. Les redevances versées par les clientes lui apportent un complément de ressources.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, ce qui se traduit par le mariage précoce et un comportement peu soucieux de préserver leur santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Ignorance des complications dues aux grossesses et accouchements mal conduits.
- Accès limité aux centres de soins de santé, surtout pour les soins obstétricaux d'urgence.
- Faible usage des centres de santé pour diverses raisons, principalement leur coût.
- Pénurie d'équipement hospitalier approprié pour les interventions de la fistule.
- Faible chance que les services disponibles puissent être assurés à long terme.
- Pratiques traditionnelles, comme les entailles de gishiri.

Principaux contacts

Bureau de pays de l'UNFPA

M. Essan Niangoran, Représentant de pays
Dr. Lucy Idoko, Administratrice recrutée sur le plan national

Ministère de la santé

Mme Eleumaka,
Département de la santé en matière de reproduction/santé publique
Mme Beatrice Eluaha,
Gender/Women's Health Development,
Reproductive Health Division
Dr. Mope Olanusi,
Hospital Services Department

Centre hospitalier et universitaire Ahmadu Bello, Kaduna

Dr. O. A. Oguntayo, Department of Obstetrics and Gynaecology

Centre hospitalier et universitaire Ahmadu Bello, Zaria

Dr. S.O. Shittu

Centre hospitalier et universitaire Aminu Kano

Dr. Hadiza Galadanci, Department of Obstetrics and Gynaecology

Hôpital pour la fistule Babbar Ruga

Dr. Kees Waaldijk

Centre évangélique pour la FVV

Mme Rose Peter, Matron-in-charge

Family Life and Birth Injury Hospital

Dr. Anne Ward

FORWARD

Dr. Marliyyah Mahmood, Project Development Officer

Hôpital Maryam Abacha pour femmes et enfants

Mme Hajara Suleiman Umaru, Matron-in-charge

Murtala Hôpital Spécialisé

Dr. Saduaki, Department of Obstetrics and Gynaecology

Fondation nationale de la FVV

Dr. Nana Tanko, Présidente

Centre hospitalier et universitaire de Calabar

Dr. Ekanem, Dr. Mabel I. Ekott, Dr. Etuk, Dr. E.J. Udoma, Department of Obstetrics and Gynaecology

Centre hospitalier et universitaire d'Ibadan

Prof. A. O. Ilesanmi, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology

Prof. O.A. Ojengbede, Dr. M. A. Okunlola, Dr. M. Oladokun, Department of Obstetrics and Gynaecology

Centre hospitalier et universitaire Usman Dan Fodio

Prof. B.A. Ekele, Department of Obstetrics and Gynaecology

UGANDA

Données générales

En Ouganda, la santé en matière de reproduction se caractérise par **un taux total de fécondité de 7,10, un taux de prévalence des contraceptifs de 18 % pour les méthodes modernes et un ratio de mortalité maternelle d'environ 1 100 pour 100 000 naissances vivantes**, selon le *Rapport sur l'état de la population mondiale* (publié par l'UNFPA) de 2002. Plus de 60 % des femmes donnent naissance à domicile. Parmi celles qui accouchent dans un centre, beaucoup ne bénéficient pas d'une assistance suffisante et contractent de ce fait divers infections, comme la fistule²⁹.

Le Ministère ougandais de la santé a engagé un processus de décentralisation et de modernisation des centres de santé au niveau du sous-district, avec le souci prioritaire d'élargir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. L'action porte avant tout sur trois fronts : il s'agit de former des médecins et de les motiver pour qu'ils acceptent de vivre et travailler dans des zones écartées; d'équiper et maintenir en état les salles d'opération; et d'assurer des services de transport d'urgence.

Il y a cinq ans, dans un projet pilote mené dans trois districts, l'UNFPA a prêté appui à **un complément de formation des AT, pour les aider à comprendre les signes de complication de l'accouchement**, et fourni des émetteurs-récepteurs pour que les prestataires puissent entrer en communication avec le poste sanitaire le plus proche. Il a aussi fait don de moyens de transport sous la forme de petites jeeps Suzuki. Grâce à ces initiatives, le ratio de mortalité maternelle a diminué, de sorte que l'UNFPA a commencé d'étendre son appui à 14 autres districts³⁰.

Le Plan stratégique ougandais du secteur sanitaire pour la période 2000-2005 **fixe des objectifs nationaux optimistes pour la santé en matière de reproduction, à savoir une augmentation de la**

prévalence des contraceptifs, qui passerait à 30 %, une diminution de la mortalité maternelle, qui tomberait à 354 pour 100 000 naissances vivantes, et une augmentation de la proportion des accouchements assistés par des agents sanitaires qualifiés, qui passerait de près de 40 % (en 1995) à 50 %³¹. Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la santé reconnaît la nécessité que les organisations des secteurs public et privé de la santé spécialisées dans la prestation de services travaillent en partenariat, et la nécessité aussi de réactiver les antennes sanitaires qui n'ont pas assez de personnel ni de ressources. En outre, le Ministère de la santé se préoccupe de motiver les médecins à demeurer dans des localités écartées afin d'inspirer aux communautés confiance dans les services de santé disponibles.

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins a visité dans le pays quatre sites de prestation de services où les interventions de la fistule sont offertes : l'Hôpital de mission Kitovu à Masaka, l'Hôpital de mission Kamuli à Busoga, l'Hôpital de district Lira à Lira et l'Hôpital de mission Nsambya à Kampala. En outre, l'équipe a rencontré des représentants du bureau de pays de l'UNFPA, des professeurs de l'Université Makerere et des membres du personnel de l'Hôpital Mulago, ainsi que le Directeur des services cliniques au Ministère de la santé.

Les entretiens, observations et discussions ont permis de dresser un tableau remarquablement similaire dans l'ensemble du pays, qui se caractérise par **le nombre élevé et toujours croissant de femmes atteintes d'une fistule, le très petit nombre de médecins ayant les compétences nécessaires pour les opérer, le petit nombre et l'équipement insuffisant des salles d'opération, et l'appel étonnamment étendu à des médecins**

bénévoles de passage, venus d'autres pays, qui font des séjours d'une semaine à un mois une ou deux fois par an afin d'aider à faire face à l'afflux des femmes en attente d'intervention.

Généralement, celles-ci sont jeunes (de 15 à 20 ans) et leur fistule est apparue durant leur premier accouchement, qui s'est prolongé et débouche presque invariablement sur un cas de mortinatalité. Il arrive que le mari ou partenaire de la femme l'ait abandonnée et qu'elle n'ait **aucun moyen de gagner un point de prestation de services ou d'acquitter le prix des services dont elle a besoin**. Dans tous les centres visités, bien que même les femmes incapables de payer soient opérées, un système de redevances était en place, sauf à l'hôpital public. Le coût dans les hôpitaux privés, qui sont des hôpitaux de mission, allait de l'équivalent de 75 à l'équivalent de 120 dollars É.-U. par intervention, en fonction du caractère de l'intervention et de la longueur d'hospitalisation nécessaire. Comme une sœur infirmière l'a observé à Kamuli, « De plus en plus, les femmes sont incapables de payer et nous comprenons pourquoi elles s'en vont en cachette une fois guéries ». L'obligation de payer a souvent été citée comme l'une des raisons pour lesquelles si peu de femmes viennent et « ... se bornent à endurer leurs souffrances dans la brousse », selon un médecin de l'Hôpital de Lira.

Faute de pouvoir collecter des redevances d'usager, le personnel note que les **organisations de prestation de services ont de plus en plus de mal à assumer les interventions de la fistule**. Quand les patientes de la fistule sont opérées, il faut mettre d'autres opérations en attente. Puisque ces patientes doivent passer bien plus de temps à se rétablir à l'hôpital que beaucoup des autres groupes de clientes, elles empêchent aussi d'autres femmes (qui pourraient peut-être payer) d'utiliser les lits qu'elles occupent. En outre, bien qu'elles soient censées apporter les fournitures chirurgicales de base, elles ne peuvent généralement pas et se font accompagner souvent d'une aide qui, elle-même, peut avoir besoin d'assistance pour se procurer

l'essentiel, comme la nourriture et le logement.

Bien que **le VIH/sida** soit reconnu comme un important problème, et certainement celui qui assure les rentrées les plus importantes aux points de prestation de services, il **n'est pas bien intégré aux soins donnés aux patientes de la fistule**. Chaque centre visité avait un programme de VIH/sida bien financé, qui comprenait tant une ouverture sur l'extérieur que le VCT, mais les patientes de la fistule ne recevaient aucun conseil spécial en la matière. Une sœur infirmière de Nsambya a expliqué que si une patiente de la fistule devait recevoir des conseils spéciaux sur le VIH/sida, elle serait inquiète, car elle se demanderait pourquoi elle, en particulier, avait été choisie pour recevoir cette information. « Elle se dirait : "Pourquoi me disent-ils cela? Qu'ont-ils vu dans mon corps quand ils m'ont ouvert pour l'opération?" », a expliqué l'infirmière. En fait, dans deux cas, le nombre de journées affectées au VCT avait été réduit de deux à une par semaine en raison du manque de demande, bien que le public connaisse le degré de prévalence du sida.

Dans les hôpitaux de mission, **le programme de VIH/sida est l'unique secteur de l'hôpital où les clientes puissent obtenir un type quelconque de planification familiale** – dans le présent cas, des préservatifs. Autrement, on les envoie dans les dispensaires publics locaux où elles peuvent obtenir diverses méthodes de planification familiale. Aucun centre n'avait en place un dispositif d'enquête quelconque pour déterminer combien de femmes allaient effectivement chercher une méthode de planification familiale là où on le leur conseillait, bien que certains centres aient vu des femmes revenir pour une césarienne à leur prochaine grossesse, comme on leur avait demandé de le faire. **Dans sa grande majorité, le personnel médical estime que la planification familiale n'est pas un besoin essentiel pour les patientes de la fistule**. Mais il reconnaît que si les clientes retournent chez elles, elles retrouveront probablement l'ensemble de facteurs qui les avait exposées à être atteintes d'une fistule la première fois : elles

vivent à l'écart de tout, les centres de santé sont difficiles à atteindre et leurs ressources sont très faibles. Bien évidemment, le bassin d'une femme ne change pas de taille, de sorte qu'elle courra un risque encore plus grand si elle est de nouveau enceinte et, même avec la possibilité d'obtenir une césarienne, il vaudra probablement mieux, dans l'intérêt de sa santé, qu'elle n'ait pas beaucoup de grossesses.

Les médecins qui prennent soin des femmes atteintes d'une fistule forment un groupe rempli de dévouement, mais peu nombreux.

Ils pratiquent la chirurgie de la fistule durant leur visite, une ou deux fois par an, sauf à Nsambya, où trois gynécologues consultants et l'administrateur en chef du service médical sont en mesure de pratiquer autant d'opérations que nécessaire. Les médecins de passage sont entourés du plus grand respect et leur travail est fort apprécié, surtout quand ils ont réussi à réparer une fistule qui avait été auparavant déclarée inopérable ou avait été opérée sans succès. L'un d'entre eux est au service de la Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) et les deux autres sont des chirurgiens britanniques retirés qui viennent en Ouganda à titre bénévole pour opérer des fistules et former de nouveaux chirurgiens à cette pratique.

Comme leurs visites sont relativement rares, il y a inévitablement plus de femmes à opérer qu'un seul chirurgien ne peut le faire. Le résultat est que les femmes doivent reprendre la queue à la prochaine visite des médecins. En outre, comme ils essaient d'opérer aussi vite que possible, ces médecins ne sont pas dans une situation idéale pour former d'autres prestataires, car le processus d'enseignement et de formation exige un temps qui leur fait défaut. Il faudrait que les médecins de passage soient en mesure de rester un peu plus longtemps pour étendre leurs responsabilités à l'enseignement.

Pour cette raison, **il est primordial de former des médecins locaux.** Beaucoup des spécialistes (pour la plupart, des OB/GYN) qui souhaitent recevoir une formation savent que celle-ci peut être dispensée en Éthiopie ou au Nigéria, mais ils savent

aussi qu'il est difficile d'y obtenir un créneau dans la liste d'attente. En outre, il leur faudra trouver des fonds pour suivre une formation si l'occasion leur en est offerte. Un médecin de rang élevé a expliqué que, si la formation éveille sur place de l'intérêt, la vérité est que les médecins sont soucieux d'élargir l'éventail de leurs compétences pour, en fin de compte, accroître leur revenu professionnel. Les patientes de la fistule ne seront probablement jamais en mesure de payer beaucoup, contrairement aux clientes qui, par exemple, viennent pour subir une hystérectomie ou chercher un remède à la stérilité.

En outre, un autre facteur interdit à certains médecins de chercher une formation à la chirurgie de la fistule : **les taux d'échec, qui donnent l'impression d'être élevés.** Les prestataires interviewés dans le cadre de la présente évaluation ont parlé de taux de succès compris entre 70 % et 90 % au premier essai. Il est toutefois probable que les taux de succès seraient moins élevés, à en écouter d'autres. Faisant état de la difficulté des opérations de la fistule et du fait qu'elles ne réussissent pas toujours, un médecin a expliqué que le bureau de la santé publique du district commençait à comprendre que, contrairement à la planification familiale et à la nutrition où un faible apport peut avoir des résultats extrêmement positifs, « avec la fistule, c'est juste le contraire ». L'apport est important (et complexe) et l'issue peut s'avérer un échec.

Enfin, **la culture locale valorise l'accouchement à domicile**, ce qui fait que les femmes arrivent dans les centres quand elles sont dans une situation désespérée due à un accouchement prolongé et que la fistule est déjà apparue. Ainsi que l'a expliqué un médecin, « c'est comme si l'on n'était pas une vraie femme à moins de pouvoir expulser le bébé par ses seuls moyens ». À ce désir d'accoucher à domicile, souvent sans assistance qualifiée, s'ajoutent les facteurs aggravants que sont l'incapacité d'une femme à prendre des décisions et la nature des soins dont elle dispose à son domicile. Elle peut être assistée par une AT, dont certaines ont un intérêt financier à ne pas aiguiller

les femmes vers un centre de santé, même en cas de complication de l'accouchement. En outre, de nombreuses femmes sentent qu'il leur faut l'autorisation du mari pour avoir recours à des soins de santé, de sorte qu'elles attendent jusqu'à son retour au domicile avant de chercher à obtenir de l'aide. Étant donné la nécessité de trouver un moyen de transport et de réunir les fonds nécessaires pour payer le transport, les retards peuvent être longs. Une fois parvenues à un centre médical, les femmes peuvent être exposées à de nouveaux retards ou bien soignées par un médecin insuffisamment qualifié pour diriger l'accouchement avec succès. Un médecin a noté que 10 à 15 % des fistules qu'il voyait actuellement étaient apparues au centre, parfois en liaison avec des accouchements et césariennes mal conduits.

Recommandations et besoins critiques

• Tirer parti de la fréquentation régulière des soins prénatals et utiliser les visites pour appeler l'attention des femmes enceintes sur la prévention de la fistule.

Même les femmes qui habitent les villages les plus écartés ont recours aux soins prénatals une ou deux fois avant de « disparaître » dans la période précédant l'accouchement. Leurs visites ont lieu sans aucun doute selon leur propre convenance, très probablement quand elles ont le temps et l'argent nécessaires pour le transport et la redevance à verser au dispensaire. Ces visites pour soins prénatals pourraient servir à exposer les complications de l'accouchement, notamment à parler de la fistule : sa nature, ses causes et les moyens de la prévenir. En outre, on pourrait parler de la manière de planifier l'accouchement dans un centre de santé, de même que de certains signes des complications possibles durant l'accouchement et de la nécessité d'avoir recours à des soins d'urgence si ces complications surviennent. Les prestataires pourraient aussi dire qu'il faut commencer à organiser un plan de transport dès le début de la grossesse, ce qui pourrait consister entre

autres à mettre régulièrement un peu d'argent de côté.

• Intégrer des messages relatifs à la planification familiale et au VIH/sida dans les soins délivrés aux patientes de la fistule, et veiller à ce que les dispensaires aient les fournitures appropriées en matière de planification familiale, notamment des préservatifs.

Bien qu'il soit généralement admis dans les centres visités que la plupart des patientes de la fistule souffrent d'aménorrhée (c'est-à-dire que la menstruation ne reprend pas après le traumatisme de l'accouchement qui est à l'origine de la fistule jusqu'au moment où celle-ci est réparée, si elle l'est jamais), une bonne proportion des patientes dont la fistule n'avait pas été opérée continuaient d'avoir un cycle menstruel régulier et parfois même étaient de nouveau enceintes. Étant donné cette situation, il est essentiel que les patientes de la fistule soient informées des dangers liés à une nouvelle grossesse et en mesure de contrôler leur fécondité. Elles sont aussi exposées au VIH, surtout si elles sont contraintes de rechercher une situation socioéconomique stable sans avoir un partenaire. Divers récits recueillis dans un centre donnent à penser que les patientes de la fistule doivent parfois se prostituer pour assurer leur subsistance et celle de leurs enfants, si elles en ont, ce qui les expose à un risque accru de reperdre les bienfaits de l'opération ainsi que de contracter le VIH. Les hôpitaux de mission ont manifestement reconnu leur responsabilité d'offrir des services de planification familiale, mais n'ont pas pris de mesures allant au-delà d'une mention occasionnelle des centres où les patientes devraient s'adresser.

• Étudier la possibilité de former les généralistes intéressés à pratiquer des interventions élémentaires de la fistule.

Dans la situation actuelle, les généralistes ne sont généralement pas considérés comme aptes à apprendre la chirurgie de la fistule, car ils n'ont suivi aucune formation spécialisée. S'ils sont

intéressés (et l'équipe a appris plus d'une fois que tel est le cas), ils peuvent se trouver en mesure d'apprendre comment pratiquer des interventions simples, ce qui pourrait conduire à une issue plus fréquemment favorable de la grossesse au niveau des postes sanitaires. Les généralistes sont beaucoup plus nombreux que les spécialistes et peuvent accepter plus facilement de résider dans une localité écartée qu'un spécialiste; c'est pourquoi, s'ils étaient formés à traiter les urgences obstétricales et les opérations simples de la fistule, il serait moins nécessaire pour les femmes de se rendre dans d'autres centres pour y recevoir des soins élémentaires et elles pourraient atteindre plus facilement un centre capable de les traiter. Un certain nombre de types de formation possibles devront certainement être étudiés tant pour les généralistes que pour les spécialistes, qui pourraient leur venir en aide dans les cas plus compliqués : ce serait par exemple une formation avant emploi pour les étudiants en médecine, en cours d'emploi pour les généralistes, avant emploi pour les diplômés en chirurgie ou gynécologie, ou en cours d'emploi pour les chirurgiens ou gynécologues.

• Conduire une évaluation des besoins au niveau communautaire pour mieux comprendre la vie des femmes atteintes d'une fistule, leurs conditions d'existence et ce qui peut être fait pour faciliter leur réinsertion dans la société.

Tous les prestataires et administrateurs interviewés ont dit qu'ils savaient peu de choses du cadre de vie de ces femmes et du processus de réinsertion par lequel elles passent quand elles reviennent dans leur communauté ou vont dans une autre. Les patientes de la fistule qui ont participé à la présente évaluation des besoins n'ont pas eu accès à des services communautaires quelconques, de sorte qu'elles ont été contraintes de se tirer d'affaire par elles-mêmes, en faisant appel à l'aide de la famille et d'amies. Mais toutes les clientes n'ont pas une famille ou des amies qui aient la possibilité ou le désir de les aider, de sorte qu'il est nécessaire de mieux comprendre comment mobiliser les communautés pour aider ces femmes.

• Utiliser les constatations faites durant l'évaluation des besoins pour conduire une formation en cours d'emploi à l'intention des infirmières et des assistantes sociales, afin qu'elles soient mieux en mesure de prendre soin des femmes et de les aider à se réinsérer après l'opération de la fistule.

Sans parler de la nécessité d'une prise de conscience et d'un soutien accrus des communautés, on pourrait aussi utiliser les constatations tirées de l'évaluation des besoins pour mettre en place une formation en cours d'emploi à l'intention des infirmières et des assistantes sociales. Les soins postopératoires, tant à l'hôpital qu'après la sortie de l'hôpital, sont indispensables aux patientes de la fistule, non seulement pour leur rétablissement physique, mais aussi pour leur équilibre psychique. Au moyen d'une formation de base, le personnel hospitalier pourrait en être instruit et formé à répondre aux besoins spéciaux de ces patientes.

• Étudier les moyens d'entretenir l'intérêt des médecins locaux pour la chirurgie de la fistule et assurer la durabilité des services.

Bien évidemment, l'opération de la fistule n'est pas une chirurgie facile ni brillante, et les risques d'échec sont plus grands que de nombreux médecins ne peuvent facilement l'accepter. De plus, elle est souvent pratiquée sur des patientes incapables de payer. Ces raisons, associées à l'insuffisance de l'équipement et à la faible rémunération du personnel médical (qui peut donc avoir intérêt à consacrer une partie de son temps à la clientèle privée), se conjuguent pour placer la fistule au bas de la liste des affections pour lesquelles les médecins pourraient souhaiter suivre une formation spéciale. Il faut porter une attention particulière aux prestataires et aux moyens de les motiver, peut-être sous la forme d'un petit projet de recherche qui aiderait à faire la lumière sur ce qui pourrait les persuader d'apprendre comment conduire une opération de la fistule et entretenir leur intérêt. La mise en place de certaines incitations de caractère

éducatif ou économique pourrait aussi aider à soutenir l'engagement des prestataires locaux.

• **Envisager de créer un centre de formation à la chirurgie de la fistule à l'Hôpital Nsambya.**
Puisque l'Hôpital Nsambya est l'unique centre où les

médecins locaux opèrent la fistule en permanence, qu'il occupe une place centrale dans le pays, que le nombre de patientes est relativement élevé et qu'il est réputé fournir des services de haute qualité, il serait logique d'envisager d'y créer une sorte de centre permanent de chirurgie de la fistule.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées en Ouganda

A. Hôpital de mission Kitovu, Masaka, visité le 6 mai 2002

Dimension : 200 lits, plus un dispensaire de consultations externes et des services de santé à base communautaire centrés essentiellement sur le VIH. L'établissement est géré par les Missionnaires médicales de Marie, qui font partie du réseau des Filles de Marie.

Personnel médical : Neuf médecins; 150 infirmières; un chirurgien expatrié, le Dr. Maura Lynch, a opéré jusqu'à une date récente la FVV; aujourd'hui, un chirurgien de passage (Dr. Brian Hancock ou Dr. John Kelly) vient deux fois par an passer plusieurs semaines à l'hôpital.

Nombre de clientes : Assez élevé. En septembre 2001, le Dr. Kelly a effectué 54 interventions. Le Dr. Lynch en avait fait environ huit un mois auparavant, chiffre habituel, mais il y avait beaucoup plus de patientes à opérer. Les FVV sont beaucoup plus nombreuses que les FRV – dans un ratio d'environ 9/1; quelques patientes ont les deux fistules.

Provenance des clientes : Elles viennent principalement du district, mais quelques-unes viennent aussi d'au-delà. Rakai compte un grand nombre de femmes atteintes de la FVV, par exemple, mais le transport est un grave problème, de sorte que l'hôpital a envoyé un véhicule prendre quelques-unes des femmes pour les opérer. Quelquefois, les agents sanitaires de la communauté affectés au projet VIH donnent aux clientes de quoi payer le transport.

Profil typique des clientes : Elles sont âgées de 15 à 20 ans et très pauvres; c'est leur première grossesse et une parente ou amie les accompagne.

Processus d'évaluation et dépistage :

- Les clientes attendent sur des bancs dans le couloir, où il leur est plus facile que dans l'aile de passer inaperçues.
- Elles sont examinées pour déterminer la présence

d'une fistule obstétricale. Le nombre et l'emplacement des trous sont aussi déterminés.

- Établissement du groupe sanguin.
- Établissement du taux d'hémoglobine.
- Il est vérifié qu'elles ne sont pas enceintes.
- Délivrance de conseils concernant l'intervention chirurgicale, la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels après l'intervention et d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse. Remise d'une provision de contraceptifs oraux pour deux mois.

Soins postopératoires : Les clientes restent à l'hôpital pour une période allant de deux semaines à deux mois. Si l'opération échoue, elles attendent de trois à six mois avant une nouvelle tentative. Si un pyélogramme intraveineux doit être pratiqué, les clientes sont aiguillées vers un hôpital local, mais il faut réunir les fonds nécessaires pour acquitter le prix de cette procédure, qui est d'environ 100 dollars É.-U.

Réadaptation/réinsertion : Il n'y a pas de services sociaux pour aider les clientes à retrouver leur équilibre et à se réinsérer dans une communauté. La plupart ne retournent pas chez leur mari, qui souvent a déjà rejeté l'épouse atteinte d'une fistule. Les femmes doivent trouver un moyen de subvenir à leurs propres besoins et trouver du travail. Dans les communautés où la FVV est extrêmement courante, par exemple une située à Rakai, il ne semble pas que l'environnement y attache un grand opprobre. En fait, le jour où un médecin était venu parler de problèmes de santé dans cette communauté et décrivait la FVV pour faire savoir qu'elle serait bientôt opérée à Kitovu, l'un de ses auditeurs a dit : « Mais ne se produit-elle [la FVV] pas toujours? »

Ouverture sur l'extérieur : Une fois fixées les dates de la visite d'un chirurgien, les médecins le disent aux agents communautaires, qui le signalent dans leurs entretiens sur les problèmes de santé. La visite est également annoncée à la radio.

Appui des autorités : Pratiquement inexistant. Le personnel se souvient que le dernier Ministre de la santé a marqué de l'intérêt parce qu'il venait d'une région montagneuse où l'affection est courante; on ne sait pas encore comment le Ministre actuel réagira. Mais le personnel a la conviction que le gros des fonds est consacré au sida.

Coût estimatif global par procédure : 75 dollars É.-U.

Ressources : L'année dernière, l'hôpital a reçu 5 000 dollars É.-U. d'une ONG tanzanienne; un petit montant est également venu de l'Irish Medical Association, qui a abordé la question sur son site Web et ainsi convaincu un particulier de faire une importante donation; le Gouvernement ougandais prête appui à l'hôpital, mais non à la FVV spécifiquement. L'Union européenne a accordé une importante subvention étendue sur cinq ans, mais c'est maintenant la dernière année. L'hôpital perçoit des redevances d'usager qui représentent 30 à 40 % de son budget; toutefois, les patientes de la FVV ne peuvent généralement pas payer.

Obstacles :

- Financement.
- Dépendance de médecins bénévoles de passage, qui apportent leur propre équipement.
- Éclairage (a besoin d'être remplacé).
- Les clientes ont besoin de fonds pour leur entretien, leur nourriture et leur logement durant les périodes d'attente et de convalescence après l'opération.
- Si des FVV sont opérées pendant deux à quatre semaines, tous les autres types d'opération doivent être suspendus parce que la salle d'opération est petite. En outre, les ailes sont alors remplies de clientes qui ne payent pas, de sorte que l'hôpital subit une perte de revenu.
- Au niveau communautaire, une éducation s'impose sur de nombreux points : prévention, économies en prévision de l'accouchement, recherche d'un moyen de transport, etc.
- Il faut un moyen de transport tant pour les complications obstétricales d'urgence que pour les opérations de la fistule.

B. Hôpital Kamuli, Busoga, visité le 7 mai 2002

Dimension : 170 lits; l'aile de chirurgie compte 30 lits.

Personnel médical : Quatre généralistes; 45 infirmières; 13 aides-infirmières; un chirurgien expatrié de passage (Dr. Brian Hancock) vient deux fois par an pour une semaine, généralement en avril et en novembre. Au début des années 80, un médecin local opérait aussi la FVV, mais il n'est plus là.

Nombre de clientes : Au début, il était difficile d'avoir des clientes, mais quand le Dr. Hancock a dit qu'il opérerait gratis, de nombreuses femmes se sont montrées. Durant une semaine d'avril, il a pratiqué 14 interventions (quatre femmes « fuyaient » encore ensuite) et, en novembre, 22 (toutes sont devenues « sèches »).

Provenance des clientes : La plupart viennent du district, mais certaines viennent d'aussi loin que Busia (plus de 50 km) ou d'aussi près que Kampala (une dizaine de kilomètres).

Profil typique des clientes : Elles sont âgées de 20 à 30 ans, pauvres, et la FVV est apparue d'un à 10 ans plus tôt. La plupart ont perdu leur bébé, mais l'une a eu une FVV, puis cinq enfants, puis alors seulement a été opérée avec succès. L'année dernière, l'hôpital avait vu trois patientes âgées de plus de 50 ans, qui devaient leur fistule à une hystérectomie. Les femmes viennent souvent avec une sœur ou une tante pour les aider, et certaines avec leur mari et leur bébé aussi.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les femmes viennent deux à trois jours avant l'opération.
- Une infirmière détermine si elles sont atteintes de paludisme ou souffrent d'anémie.
- Un médecin détermine le type et l'emplacement exact de la fistule.
- En outre, le Dr. Hancock indique aux clientes l'origine de la fistule, la taille du trou, la manière dont il envisage d'opérer, les chances de succès et le rôle d'un cathéter après l'opération.
- L'accent est mis sur la nécessité d'avoir une

césarienne pour tout nouvel accouchement.

- Des antibiotiques sont administrés aux patientes juste avant l'opération.

Soins postopératoires :

- Une infirmière parle de la planification familiale; la cliente est envoyée au centre de santé financé par le gouvernement (situé à environ un kilomètre) si elle veut obtenir une méthode quelconque.
- Les clientes passent deux semaines à l'hôpital.
- Il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels pendant six mois.

Réadaptation/réinsertion : Aucun programme communautaire n'est en place pour aider les femmes à retrouver leur équilibre. Elles ne sont souvent pas en mesure de payer et, simplement, quittent l'hôpital.

Ouverture sur l'extérieur : Un mois environ avant l'arrivée du Dr. Hancock, des annonces ont été faites à la radio; cela fait venir plus de femmes qu'il ne peut en opérer. Des agents mobiles vont dans les communautés pour l'immunisation et l'éducation sanitaire. Autrefois, un médecin allait régulièrement dans quatre différentes zones rurales du district offrir ses prestations, mais l'hôpital a perdu son moyen de transport, de sorte que ce service ne peut plus être rendu. Cependant, les femmes viennent pour des soins prénatals. Une redevance forfaitaire de 1 000 shillings (moins d'un dollar É.-U.) leur donne droit à cinq visites, mais la plupart viennent trois fois au maximum et beaucoup, seulement vers la fin de leur grossesse. La culture locale privilégie l'accouchement à domicile, de sorte que les femmes qui viennent à l'hôpital se trouvent déjà le plus souvent dans une situation très critique du fait d'un accouchement prolongé.

Appui des autorités : Le personnel ne sait pas clairement s'il se trouve quelqu'un au Ministère pour voir dans la fistule une priorité.

Coût estimatif global par procédure :

120 000 shillings (environ 75 à 80 dollars É.-U.).

Un accouchement normal coûte de 5 000 à 6 000 shillings et une césarienne, 20 000. Mais la plupart des femmes ne peuvent payer, et elles s'en

vont tout simplement, ce qui est un problème pour l'hôpital. Parfois, on leur demande de signer une déclaration écrite aux termes de laquelle elles paieront petit à petit, mais elles le font rarement.

Ressources : Le Gouvernement ougandais a versé un faible montant pour permettre à l'hôpital de réduire ses redevances d'usager; il a été ainsi possible de baisser celle perçue pour les visites d'enfants de 50 % (elle s'élève maintenant à 1 000 shillings) et pour les visites d'adultes de 25 % (elle s'élève maintenant à 2 000 shillings). Hors le soutien de l'Église, celui du Gouvernement et les redevances d'usager sont les deux seules sources de revenu.

Obstacles :

- Aucun médecin local n'est formé aux opérations de la fistule, mais certains des généralistes souhaitent apprendre comment les pratiquer.
- Si une femme a besoin d'un pyélogramme intraveineux, elle doit aller à Kampala (Mulago ou Nsambya).
- Après deux ou trois essais, si une femme fuit encore, elle ne souhaite pas faire un nouvel essai et ne paierait certainement pas pour celui-ci.
- Le financement est si incertain que le personnel reçoit des « primes » plutôt qu'un traitement ou salaire, parce que ceux-ci pourraient cesser d'être payés à tout moment.
- Il est très difficile d'essayer de collecter les redevances d'usager.
- La salle d'opération, les locaux et l'équipement sont périmés et/ou inadéquats.
- La salle d'opération est trop exiguë : si une urgence survient, le médecin doit arrêter l'opération de la FVV, s'occuper de l'urgence et reprendre ensuite l'opération.
- Le transport est un problème redoutable.
- Le suivi est limité; certaines femmes reviennent pour remercier le médecin, mais c'est tout.
- Aucun service communautaire n'est en place pour aider les clientes.
- On craint parfois que si des médecins locaux sont formés, ils ne soient pas en mesure de payer de leur poche les opérations de la même manière que

le médecin de passage – et qu'ils ne soient pas en mesure non plus de fournir l'équipement.

C. Hôpital de district de Lira, Lira, visité le 8 mai 2002

Dimension : 282 lits; neuf ailes (certaines sont très exiguës, comptant par exemple cinq lits).

Personnel médical : 10 médecins; six généralistes; un chirurgien dentaire; un ophtalmologue; un gynécologue; un administrateur en chef du service médical; 35 infirmières; 80 infirmières attachées à l'hôpital; 16 infirmières recrutées à titre temporaire; et 26 sages-femmes. Les infirmières suivent une formation en cours d'emploi pour la FVV. Les médecins de passage sont le Dr. Brian Hancock, qui est venu cinq fois, et le Dr. Tom Raassen, qui est venu deux fois (dont l'une au moment de la visite de l'équipe).

Nombre de clientes : Énorme. Quand le bruit s'est répandu que le Dr. Hancock allait venir, plus de 200 femmes se sont montrées; sur ce nombre, 200 ont été inscrites; une cinquantaine seulement ont été examinées et 20, opérées. Celles qui ont été inscrites, mais non opérées, ont reçu priorité pour la prochaine visite du médecin. Il y a parmi elles des cas très difficiles : les femmes peuvent avoir été déjà opérées plusieurs fois sans succès. Environ 90 % des opérations ont réussi.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Lira et des environs, mais certaines des districts voisins.

Profil typique des clientes : Ce sont des jeunes femmes âgées de 16 à 20 ans, le plus souvent accompagnées d'une sœur ou de leur mère. Elles sont très pauvres. Dans la plupart des cas, il s'agit de la première grossesse et elles perdent généralement leur bébé. Après l'apparition d'une fistule, beaucoup ont des « relations désagréables » avec leur partenaire, qui les abandonne, et elles deviennent des parias sociaux. Même leurs amies les traitent mal. En général, les femmes de la région viennent pour des visites de soins prénatals - plus souvent des zones

urbaines que des zones rurales. Les prestataires ont noté en outre que le problème du sida n'est abordé que très obliquement par les clientes.

Processus d'évaluation et dépistage :

- Examen général pour déterminer la taille et l'emplacement de la fistule.

Soins postopératoires : L'unité de planification familiale dispense des conseils deux fois par semaine à l'hôpital (séance ouverte à tous). Pour les patientes de la FVV, l'accent est mis sur l'espacement des naissances et les méthodes de planification familiale disponibles (pilules, depoprovera et Norplant sont les plus courantes; les femmes qui vivent loin veulent des méthodes d'effet durable). Les patientes de la FVV sont invitées à revenir un mois après la procédure, mais seules celles qui ont un problème quelconque reviennent. Une « sensibilisation » au VIH est impartie aux patientes de la FVV; un centre de VCT se trouve sur place, mais, vu sa faible utilisation, il n'est maintenant ouvert que le jeudi.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service ni programme communautaire.

Ouverture sur l'extérieur : L'hôpital planifie les visites des chirurgiens et s'efforce de mettre de côté des fonds pour tout achat de matériel complémentaire qui serait nécessaire. Deux stations locales de radio FM sont utilisées et les messages donnent lieu à d'innombrables réponses. Des agents mobiles communautaires à temps complet sont payés par le district.

Appui des autorités : Le district commence à reconnaître le grave problème que représente la FVV. Ce problème, pour citer l'administrateur en chef du service médical, tient au fait que l'on est habitué aux petits investissements qui ont un grand impact – comme dans le cas de la nutrition ou de la planification familiale –, mais la FVV présente le cas opposé. L'investissement est important et il ne donne pas toujours des résultats.

Coût estimatif global par procédure : Non connu.

Ressources : Le Gouvernement ougandais prête appui à l'hôpital par l'entremise du Ministère de la santé; l'hôpital reçoit aussi quelques fonds du

district de Lira pour des procédures spéciales ou des visites de spécialiste, et cela couvre la FVV. Les médecins de passage apportent leur propre équipement.

Obstacles :

- Espace insuffisant, ce qui constitue un grave problème. Parfois, on essaie d'emprunter un peu d'espace au service d'ophtalmologie, de mettre plusieurs femmes dans la même chambre/le même lit ou d'utiliser les couloirs et les bureaux pour y placer des lits.
- Quand les patientes de la fistule sont opérées, tous les autres types de chirurgie doivent s'arrêter, à l'exception des cas d'urgence.
- Équipement.
- Possibilités de formation pour le personnel médical et infirmier intéressé.
- Préférence locale marquée pour l'accouchement à domicile, de sorte que malgré la gratuité des services, les femmes veulent accoucher à domicile. Seulement 20 % environ accouchent à l'hôpital.
- L'hôpital a besoin d'un budget/de moyens de financement distincts pour les besoins spéciaux du traitement de la FVV, comme un supplément de fluides à injecter par voie intraveineuse. Si ses propres médecins étaient capables d'opérer la FVV, l'hôpital serait contraint d'acheter l'équipement.

D. Hôpital Nsambya, Kampala, visité le 9 mai 2002

Dimension : 360 lits.

Personnel médical : Il y a notamment trois gynécologues consultants. L'administrateur en chef du service médical est aussi un gynécologue; tous opèrent la FVV, ayant reçu une formation en cours d'emploi d'un médecin irlandais autrefois affecté à l'hôpital.

Nombre de clientes : Actuellement, Nsambya traite environ deux à trois cas par semaine. L'hôpital en voyait beaucoup plus par le passé, mais en 1996, quand l'activité économique a commencé de ralentir, beaucoup sont devenus soudain inca-

pables de payer même un faible montant, de sorte que le nombre de patientes a sensiblement diminué. L'année dernière, le personnel médical a effectué 60 interventions. Auparavant, le chiffre était de 120 par an. Les cas les plus difficiles de la région viennent maintenant à Nsambya. Le Dr. Kizza note que 10 à 15 % des fistules obstétricales sont dues à la manière déplorable dont certains accouchements sont conduits dans les postes sanitaires. Il a aussi vu plusieurs fistules qui résultent de césariennes mal exécutées. La fistule est opérée en permanence à l'hôpital.

Provenance des clientes : Beaucoup viennent des environs, mais beaucoup aussi parcourent une grande distance (venant d'aussi loin que Mbarara) parce qu'elles ont entendu parler de Nsambya et connaissent la bonne réputation de l'hôpital.

Profil typique des clientes : Certaines sont âgées de 16 à 19 ans, mais la majorité de 20 à 30. La plupart viennent avec une parente, mais certaines viennent seules, de sorte que les infirmières doivent répondre à des besoins divers, y compris celui d'assurer l'alimentation de toute accompagnatrice des clientes.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Établissement du taux d'hémoglobine.
- Examen des infections.
- Radiographie de la poitrine, si nécessaire.
- Anesthésie générale dans la salle d'opération pour déterminer la nature et l'emplacement exacts de la fistule.

Soins postopératoires :

- Les femmes sont couchées sur le ventre pendant deux semaines.
- Des rythmes de clampage différents permettent de rééduquer la vessie.
- S'il n'y a pas de signes ou symptômes du VIH/sida, il n'en est pas fait mention.
- Les médecins avisent les partenaires masculins des patientes de la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels.
- Les clientes sont avisées de la nécessité d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Les clientes sont informées de l'existence de la

planification familiale, mais aucune méthode ne leur est indiquée (les prestataires ont noté qu'il en est ainsi parce que Nsambya est un hôpital catholique).

- Un dispensaire du VIH est ouvert à Nsambya le mercredi et il est possible d'y obtenir des préservatifs.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service spécifique n'est offert aux femmes pour les aider à se réinsérer dans leur communauté.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune concernant expressément la FVV, mais il est bien connu dans la communauté que la fistule obstétricale peut être opérée à Nsambya.

Un programme organisé d'ouverture concerne les immunisations, de sorte que la chirurgie et la prévention de la FVV peuvent sans doute être mentionnées dans ce contexte, bien que l'un des principaux donateurs de l'hôpital s'intéresse tout particulièrement aux immunisations.

Appui des autorités : Les médecins de l'hôpital savent que le Ministère de la santé porte un certain intérêt à cette question; le Ministre précédent venait d'une région montagneuse où la FVV était répandue, de sorte qu'il y portait un vif intérêt, mais il occupe maintenant une fonction différente au sein du Gouvernement.

Coût estimatif global par procédure : Environ 120 dollars É.-U., mais le montant exact de la redevance dépend du temps qu'une femme finit par passer à l'hôpital, des interventions pratiquées et du traitement donné.

Ressources : Un groupe local anonyme a offert de verser 400 dollars É.-U. par mois à l'hôpital pour les opérations de la fistule; bien que Mulago (situé aussi à Kampala) en fasse quelques-unes, « les femmes finissent par y traîner longtemps ». Des redevances sont demandées aux clientes, mais elles ne sont pas toujours en mesure de les verser.

Obstacles :

- Les médecins ont besoin d'un complément de formation, surtout pour la conduite des cas difficiles.
- Il est nécessaire de réduire le montant des

redevances pour que davantage de femmes puissent venir à l'Hôpital.

- Il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur la prévention de la fistule.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont prêtée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

M. James Kuriah, Représentant de pays

Dr. Chris Baryomunsi, Administrateur national affecté aux projets

Ministère de la santé

Dr. Zaramba, Directeur des services cliniques

Hôpital de mission Kamuli

Dr. Alfonse Stella et le personnel infirmier

Hôpital de mission Kitovu

Dr. Maura Lynch

Dr. Carla Simmons et le personnel infirmier

Hôpital de district de Lira

Dr. Fred Nyankori, Administrateur en chef du service médical

Personnel médical et personnel infirmier

Hôpital Mulago et Université Makerere

Dr. Florence Mirembe

Hôpital Nsambya

Dr. Paul Kizza et le personnel infirmier

Données générales

Assurer la santé en matière de reproduction au Tchad présente certains problèmes redoutables pour la population, la classe politique et les prestataires de soins de santé. Dès l'âge de 15 ans, 9 % des jeunes filles ont eu des rapports sexuels et, dès l'âge de 17 ans, 40 % ont eu au moins un enfant ou sont enceintes. **Seulement 16 % du nombre total des naissances bénéficient d'une assistance qualifiée³². En outre, selon les enquêtes démographiques et sanitaires les plus récentes, moins de 1 % des accouchements se font au Tchad par césarienne.** L'utilisation des contraceptifs est un phénomène relativement nouveau dans le pays : jusqu'en 1996, le taux d'utilisation n'était pas connu au niveau national. **Le taux d'utilisation des méthodes modernes est actuellement de 2 %, et le taux général (toutes méthodes comprises) de 8 %³³.**

Le rapport de l'UNFPA sur *L'état de la population mondiale, 2002*, indique un **taux de fécondité de 6,65 et un ratio de mortalité maternelle de 1 500 pour 100 000 naissances vivantes. Toutefois, le Tchad ne signale que 241 cas de fistule par an.** Vu les autres données relatives à la santé en matière de reproduction, ainsi que la prévalence de facteurs de risque comme la MGF, **cette évaluation est probablement trop basse.** Et, comme la nouvelle qu'un traitement existait s'est répandue, les femmes sont apparues en grand nombre pour recevoir des soins. Par exemple, des missionnaires suisses qui opèrent de la fistule dans un hôpital public d'Adré, dans le nord du pays, ont invité une équipe de chirurgiens du centre de formation d'Addis-Abeba à venir en mars. Ces missionnaires ont, avec le directeur de l'hôpital, mené une campagne pour faire connaître la gravité de la fistule dans la région. Ils sont allés de village en village parler aux femmes de cette affection.

Ce qu'ils ont trouvé, ce sont des femmes abandonnées, réduites à vivre en cachette, honteuses d'elles-mêmes, ne sachant pas qu'il existait un espoir de guérison. Une semaine après le début de leurs visites, 70 femmes étaient venues recevoir un traitement. Cet épisode fait un contraste marqué avec le scénario typique, où **les femmes atteintes de la fistule n'ont pas recours à un traitement en partie parce qu'elles ignorent que la fistule peut être opérée.**

Les organisations non gouvernementales (ONG) aussi bien que le Gouvernement prennent actuellement des initiatives pour améliorer les soins de santé en matière de reproduction de manière générale et le traitement de la fistule en particulier. **L'UNFPA a choisi le Tchad comme pays pilote pour élargir les moyens de lutte contre la fistule**, donnant des fonds d'amorçage et patronnant d'autre part deux projets relatifs à la fistule. Le premier, basé à l'hôpital public de N'djamena, vise à traiter et opérer les clientes d'une région où la situation est particulièrement grave. Le deuxième consiste à soutenir un groupe qui met en commun les connaissances sur la fistule et dont le but est de créer un réseau couvrant toute l'Afrique pour débattre des moyens d'améliorer le traitement de la fistule et la réinsertion des femmes dans leur communauté. L'un des objectifs du groupe est de créer un site Web qui permettrait à d'autres pays d'en apprendre davantage sur la planification éventuelle de projets et programmes concernant la fistule.

D'un autre côté, **le Gouvernement a récemment tenté de mieux protéger les droits des citoyens sur le plan de la santé en matière de reproduction au moyen d'une nouvelle loi aux termes de laquelle le mariage forcé et la MGF, entre autres pratiques, sont illégaux et punissables par de sévères amendes de 500 000 francs CFA, soit**

environ 725 dollars É.-U. Une fois promulguée et reconnue au niveau national, cette loi pourrait avoir une influence très nette sur la prévalence de la fistule dans le pays.

Le Ministère de la santé a aussi reconnu la nécessité de rendre les Tchadiens plus conscients et soucieux des problèmes concernant la fistule, tant au niveau de la définition des politiques qu'à celui des communautés. En mai 2001, des représentants du Tchad ont assisté au Forum Vision 2010 pour l'Afrique centrale et de l'Ouest, conférence qui portait sur la mortalité et la morbidité maternelles. Ils ont vu à cette occasion un film intitulé "Guérir ou mourir", produit par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), qui concerne la prévalence de la fistule au Mali. Beaucoup n'avaient jamais entendu parler de cette affection auparavant. Par ailleurs, le Ministère de la santé s'occupe de mettre au point des mesures incitant les femmes prestataires de services à rester dans des localités écartées afin que les femmes qui par honte ne cherchent pas de soins auprès de professionnels de la santé masculins aient plus facilement accès aux services. Enfin, deux médecins ont passé le mois d'août à Addis-Abeba, recevant une formation à la chirurgie de la fistule.

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins s'est rendue au bureau de pays de l'UNFPA et a rencontré ses membres, travaillant en liaison étroite avec le représentant de pays et le directeur du programme. L'équipe a aussi visité deux points de prestation de services où est pratiquée l'opération de la fistule. L'Hôpital de la Liberté, à N'djamena, est un hôpital public qui offre des services aux femmes du pays entier. L'équipe y a rencontré le directeur médical et le gynécologue en chef, qui a été formé à la chirurgie de la fistule au centre d'Addis-Abeba. À cet hôpital, l'équipe a eu l'occasion de s'entretenir avec plusieurs femmes qui attendaient une opération, et avec six autres qui l'avaient déjà subie et se rétablissaient. À Abéché, l'équipe a rencontré un médecin généraliste, également formé à Addis-

Abeba, qui opère la fistule à l'hôpital public d'Abéché, et un gynécologue expatrié qui offre ses services à titre bénévole dans l'aile de maternité et prête assistance durant les opérations de la fistule. L'équipe a interviewé le Ministre de la santé, le Commissaire de district d'Ouaddaï, et le Délégué à la santé pour la région d'Ouaddaï. À Abéché, aucune cliente atteinte de la fistule n'était présente; mais l'équipe a été informée que beaucoup étaient attendues durant le mois de décembre, où les prestataires devaient revenir d'Addis-Abeba.

Les informations recueillies lors de ces discussions et observations ont conduit à former une image complexe de la fistule au Tchad, qui porte l'influence de facteurs tant culturels qu'économiques. **La majorité des femmes atteintes d'une fistule sont âgées de 15 à 20 ans et beaucoup de ces clientes ont déclaré avoir été mariées à 13 ans**, certaines affirmant l'avoir été dès neuf ans. Selon la croyance générale, contraindre une femme à se marier de bonne heure diminue le risque qu'elle ne devienne sexuellement active avant le mariage, déshonorant ainsi sa famille. En outre, les femmes non encore mariées n'ont pas accès à la contraception, ce qui signifie que les célibataires qui tombent enceintes et sont atteintes d'une fistule voient dans leur état une sorte de châtiment de leur « faute », sentiment avec lequel certains prestataires sont en accord. Même les femmes mariées atteintes d'une fistule sont parfois accusées d'avoir été infidèles. En cas d'accouchement prolongé, il arrive qu'on leur demande d'avouer le nom de leurs autres partenaires sexuels. Ces croyances traditionnelles peuvent contribuer à **l'opprobre général qui entoure la fistule au Tchad, lié à la notion répandue qu'il n'existe pas de traitement médical.**

Certaines autres pratiques traditionnelles exposent aussi les femmes à un risque élevé de fistule. Comme on l'a noté plus haut, **la plupart des femmes choisissent d'accoucher à domicile**, avec l'aide d'AT, de leurs parents ou sans aucune aide. C'est pour elles le choix le moins coûteux,

mais de nombreuses AT n'ont reçu aucune formation clinique. Par exemple, il n'est pas rare qu'une AT recoure à des pratiques telles que d'étaler du gombo écrasé sur ses mains et ses bras pour en faciliter le glissement avant de les passer dans le vagin de la mère et d'essayer de tirer le bébé. Si le bébé s'est présenté par le siège et que l'AT n'ait pu sentir sa tête, il arrive qu'avec le concours d'une autre aide non formée, elle saisisse la mère par les chevilles et la secoue de haut en bas pour changer la position du bébé dans l'utérus. Si des AT ont eu l'occasion de suivre quelque formation, les pratiques telles que celles-ci, susceptibles de prolonger un accouchement déjà compliqué, d'aggraver le risque de fistule et de mettre en danger la santé de la femme, ont alors chance d'être moins généralement suivies.

Avec de telles éventualités, les soins hospitaliers pourraient avoir plus d'attrait pour certaines femmes : cependant, c'est rarement le cas. **Si une femme a recours à l'opération de la fistule, elle peut avoir entendu parler d'opérations mal exécutées** qui ont aggravé l'état de la patiente. **Tous les médecins interviewés ont parlé de la fréquence avec laquelle des médecins non qualifiés opèrent des femmes**, créant parfois une nouvelle fistule ou agrandissant la fistule existante et rendant ainsi plus complexe toute nouvelle intervention. L'équipe a parlé avec une femme qui avait été opérée à plusieurs hôpitaux avant son arrivée à Liberté. À la suite de coupes faites au hasard et d'opérations manquées, il lui fallait attendre l'arrivée à Abéché, en décembre, de l'équipe d'Addis-Abeba pour être soignée.

Un autre aspect du traitement plusieurs fois mentionné est que **les femmes préfèrent parler de problèmes de santé intimes avec d'autres femmes; pourtant, le Tchad souffre actuellement d'une pénurie de prestataires de santé féminins**. Cette préférence est si forte que le Commissaire de district d'Ouaddaï a estimé que le manque de prestataires féminins constituait un obstacle sérieux à la réduction de la morbidité maternelle. Les agents sanitaires féminins font notamment

défaut dans les zones rurales et refusent souvent d'y travailler, même quand le Gouvernement les y affecte. Aucune incitation n'existe au niveau national pour déterminer les femmes à travailler dans ces localités. En outre, la pénurie de personnel n'est pas limitée aux prestataires féminins. **Du fait du manque aigu de médecins, le personnel d'entretien a parfois été formé à exécuter certaines procédures médicales et chirurgicales.**

Le coût tant du traitement que du transport interdit aussi aux femmes de rechercher de l'aide. **Les hôpitaux sont associés à l'idée qu'il faudra payer des sommes considérables pour les honoraires et les médicaments, et les femmes ont rarement les ressources nécessaires.** En outre, **le transport est difficile, long et coûteux.** La plupart des femmes n'ont pas de voiture à leur disposition et arrivent souvent à l'hôpital à dos d'âne ou de chameau. En outre, il est fort possible que les femmes aient besoin de la permission de leurs mari et parents pour avoir recours aux soins de santé.

Recommandations et besoins critiques

- **Mieux financer la formation du personnel actuellement disponible à la chirurgie de la fistule, et recruter davantage de prestataires.** Aujourd'hui, deux médecins seulement ont reçu une formation technique avancée. Pourtant, d'autres prestataires font savoir qu'ils sont intéressés à acquérir un complément de connaissances sur la chirurgie de la fistule et à améliorer leur niveau actuel de compétences. Si la formation appropriée était offerte, y compris l'accès aux protocoles à suivre, cela aurait pour effet non seulement de limiter la fréquence des opérations répétées pour certaines femmes, mais aussi de mettre l'opération à la portée d'un plus grand nombre.

- **Offrir aux clientes potentielles une information plus complète et de meilleure qualité sur la fistule.**

Les personnes interviewées ont avancé l'idée qu'un

bon moyen de faire mieux connaître la fistule serait de parler aux femmes de cette affection et d'indiquer les services possibles à la radio et à la télévision en français, en arabe et dans les langues locales. Ces messages pourraient aussi porter sur les préoccupations connexes, par exemple certaines des complications dues au mariage précoce, l'accouchement prolongé en l'absence d'un professionnel de la santé qualifié, et l'emplacement des centres. On a aussi proposé d'introduire dans ces messages l'histoire d'une ou deux femmes en vue d'atteindre et d'influencer un vaste public.

- **Rassembler des données auprès des communautés afin de décrire avec plus de précision l'impact de la fistule.**

Les formulaires détaillés établis par l'Hôpital de la Liberté à N'djamena pour relater les cas qui y sont traités pourraient servir à rassembler des informations sur la fistule auprès d'autres centres de soins. Une image plus claire de la fistule et de la manière dont elle retentit sur la santé et le bien-être des femmes et de leur famille aurait une meilleure chance de persuader le Ministère de la santé et le Gouvernement du pays, ainsi peut-être que d'autres partenaires, soit d'appliquer des politiques, soit de patronner des programmes spécifiques.

- **Mettre en place les moyens de faire participer les dirigeants locaux, les parents des patientes et les fonctionnaires de district à une meilleure prise de conscience de la fistule.**

Les prestataires estiment que la création de commissions locales, en particulier celles qui font appel aux compétences d'administrateurs régionaux, aiderait à mettre au premier plan le problème de la fistule. Avec des porte-parole locaux de divers types, la prise de conscience pourrait s'améliorer, et peut-être même verrait-on s'affirmer une responsabilité collective accrue à l'égard des femmes et des filles atteintes de la fistule.

- **Intégrer au programme des écoles médicales la formation à la chirurgie de la fistule.**

Si cette idée constitue un objectif important, les autorités locales suggèrent qu'il ne peut être atteint à court terme. Une fois que le niveau de compétence et le nombre de prestataires en mesure de réparer la fistule auront augmenté, ce peut être là en effet un moyen important d'améliorer les capacités locales. Un pas essentiel sur ce chemin consiste sans aucun doute à créer un protocole que les médecins suivront au cours de leur formation.

- **Envisager de mettre en place un centre national de la fistule à l'Hôpital de la Liberté.**

Cet hôpital pourrait en effet accueillir éventuellement un tel centre, étant donné l'espace dont il dispose, l'intérêt porté à la fistule par les prestataires, ainsi que l'équipement, les ressources et l'assistance qu'ils reçoivent maintenant d'autres partenaires.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Tchad

A. Hôpital préfectoral d'Abéché, Abéché (région d'Ouaddaï) , visité le 26 septembre 2002

Dimension : 214 lits; deux salles d'opération; une salle d'accouchement avec trois sections et deux tables d'accouchement par section.

Personnel médical : Cinq médecins, dont le Dr. Barrah Mallah, médecin généraliste formé à Addis-Abeba à pratiquer la chirurgie de la fistule; six infirmières; et une sage-femme, qui est l'unique sage-femme qualifiée pour toute la région d'Ouaddaï. En raison des pénuries de personnel hospitalier, le personnel d'entretien est parfois formé à certaines procédures comme les injections, les accouchements et la petite chirurgie, entre autres tâches. En cas de complications, un médecin est appelé pour prêter assistance.

Nombre de clientes : Environ 80 accouchements par mois. L'opération de la fistule est pratiquée chaque mercredi. De janvier à mars, avant l'arrivée d'Addis-Abeba de l'équipe de la fistule, 42 interventions chirurgicales ont été pratiquées, dont 32 avec succès. Entre mars et août 2002, 20 interventions ont été pratiquées.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de l'ensemble de la région d'Ouaddaï, Biltine et Salamata, dans le sud. Elles atteignent généralement l'hôpital à dos d'âne ou de chameau et très rarement par taxi.

Profil typique des clientes : La plupart des clientes sont des nomades du groupe ethnique peuhl et souvent viennent de villages ruraux très distants. Elles ont généralement moins de 20 ans (de 12 à 18 ans) et la fistule est apparue chez la plupart à la première grossesse ou, dans quelques cas, à la seconde.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Il n'y a pas de processus de dépistage en laboratoire

avant l'opération (bien qu'il y ait un laboratoire).

- Il n'y a pas d'équipement pour conduire des tests à l'admission, par exemple sur le taux d'hémoglobine ou les infections sexuellement transmissibles (IST). On se limite à un examen physique destiné à mesurer les paramètres vitaux : pression artérielle, pouls, température.
- En examinant l'emplacement de la fistule, le médecin considère aussi l'état de la vessie, du vagin et de leurs systèmes respectifs. Si la vessie est entièrement détruite, il n'opère généralement pas, parce qu'il est très difficile de reconstruire complètement un tissu aussi délicat. S'étant trouvé récemment en présence de tels cas, il a conseillé aux femmes de revenir en décembre 2002, quand l'équipe d'Addis-Abeba serait présente.
- La FRV est extrêmement rare et aucun cas ne s'en est présenté à Abéché.

Soins postopératoires :

- Les clientes sont gardées dans l'aile de maternité pour deux semaines environ.
- Un cathéter est inséré après l'opération et maintenu en place durant toute la convalescence. Treize jours après l'opération, le cathéter est clampé et enlevé le lendemain. Cela permet au médecin de vérifier si la patiente souffre toujours d'incontinence. Si les muscles urinaires sont intacts et s'il n'y a aucun signe d'incontinence, la cliente quitte l'hôpital une semaine plus tard.
- Avant le départ de la cliente, un carnet lui est remis indiquant qu'elle a été opérée de la fistule. Ce carnet est présenté aux prestataires si elle est de nouveau admise à l'hôpital pour un accouchement, afin qu'ils sachent qu'une césarienne doit être pratiquée.

Réadaptation/réinsertion : Aucune réadaptation physique à l'hôpital. On indique aux parents (s'ils sont présents) les exercices à faire éventuellement

pour renforcer les muscles. Aucun processus de réinsertion sociale n'est mentionné.

Ouverture sur l'extérieur : Néant.

Appui des autorités : Une prime est accordée chaque année par l'État aux agents de santé ; cependant, aucune ne l'a été en 2002.

Coût estimatif global par procédure : 10 000 francs CFA, soit environ 14 dollars É.-U. C'est un coût très faible, qui couvre seulement l'intervention elle-même. Les clientes payent pour la nourriture durant leur rétablissement et aussi pour les médicaments. Abéché espère que le projet de l'UNFPA sera bientôt étendu à l'hôpital de la ville, pour qu'un financement international soit disponible.

Ressources : Voir Appui des autorités.

Obstacles :

- Manque de l'équipement nécessaire. L'achat de l'équipement bénéficie souvent d'une subvention prélevée sur le traitement des médecins.
- Manque de personnel qualifié. Il est très difficile de persuader qui que ce soit de venir travailler dans cette zone, qui est fort reculée et où les conditions de vie sont primitives.
- Manque d'infrastructure adéquate pour faciliter les activités hospitalières.
- Les lits des ailes réservées aux patientes de la fistule ne disposent pas de matelas, mais seulement de nattes aussi dures que du carton.
- Un espace-laboratoire existe, mais il n'est pas utilisé faute de moyens de l'entretenir.
- Absence ou mauvaise qualité du transport des villages à l'hôpital, et mauvais état des routes.

B. Hôpital de la Liberté, N'djamena, visité le 23 septembre 2002

Dimension : 300 lits; 30 lits dans l'aile de maternité, où environ 45 accouchements ont lieu chaque mois, dont 3 % par césarienne; deux salles sont réservées aux patientes de la fistule – une pour les soins préopératoires et l'autre pour les soins postopératoires; une salle de réadaptation,

pour la kinésithérapie; une salle d'opération.

Personnel médical : Deux gynécologues, dont l'un, le Dr. Mahamat Koyolta, pratique la majorité des opérations de la fistule; deux médecins généralistes; quatre anesthésistes; un acupuncturiste, qui aide à la réadaptation physique; deux étudiants en médecine, dont l'un consacre sa thèse à la fistule obstétricale; 10 sages-femmes; huit infirmières; et 11 aides-infirmières.

Nombre de clientes : Durant les trois derniers mois, Liberté a vu 32 cas; la plupart des clientes étaient atteintes d'une FVV. Les FRV sont beaucoup moins fréquentes et on n'en voit généralement pas ici. Certaines opérations sont pratiquées sur des femmes déjà opérées dans d'autres hôpitaux par des médecins qui n'ont pas reçu une bonne formation. Ces cas sont souvent très difficiles et, s'ils s'avèrent trop complexes, il est impossible de les opérer ici.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de toutes les régions du pays, mais surtout du centre et du nord du Tchad où, pour des raisons culturelles, les femmes se marient généralement beaucoup plus jeunes que dans le reste du pays. De nombreuses femmes sont conduites à l'hôpital par leurs parents ou accompagnées par une amie. De toutes les femmes venues à Liberté, une seule était accompagnée par son mari. Il a pris soin d'elle durant son séjour, puis l'a reconduite à leur domicile et a continué de prendre soin d'elle durant toute la période de convalescence.

Profil typique des clientes : Elle sont généralement âgées de 15 à 20 ans et beaucoup d'entre elles ont été mariées à 13 ans. La plupart vivent en milieu rural, n'ont pas de profession hors du foyer et sont généralement très pauvres. Quand elles arrivent à l'hôpital, l'accouchement a presque toujours duré déjà plus de 48 heures. La majorité ont subi la MGF.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- La taille et l'état de la fistule sont évalués.
- La cliente est examinée afin de déterminer l'état de la vessie, de l'urètre et du col de l'utérus, ce qui permet d'établir, par exemple, si le tissu est enflammé ou endommagé. La plupart des cas jus-

tifient une opération; cependant, les fistules trop étendues ou celles que des chirurgiens inexpérimentés ont déjà opérées une ou même plusieurs fois présentent en certains cas trop de difficultés pour tenter une nouvelle opération.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent en salle postopératoire pour un mois de convalescence.
- Certaines, qui n'ont nulle part où aller, sont invitées à rester après leur guérison pour travailler à la maternité ou à l'aile de la fistule en qualité d'aides-infirmières.
- Si une femme qui a déjà subi une ou plusieurs opérations vient à Liberté, elle attend trois mois avant que le Dr. Koyalta tente une nouvelle opération.
- Il est conseillé aux femmes de ne pas avoir de rapports sexuels moins de trois mois après l'opération.
- Il est conseillé aux femmes de s'assurer qu'elles auront une césarienne ou accoucheront en milieu hospitalier en cas de nouvelle grossesse.

Réadaptation/réinsertion : Les femmes reçoivent une subvention de 60 dollars É.-U., distincte du montant fourni par le projet pour payer chaque opération, afin de les aider à reprendre pied. Mais ce montant est très insuffisant, car il sert à acheter de la nourriture durant leur rétablissement à l'hôpital (Liberté ne paie qu'un repas par jour) et le transport de l'hôpital à leur domicile. Il n'y a pas de fonds pour couvrir la réinsertion sociale dans les communautés.

Ouverture vers l'extérieur : Néant.

Appui des autorités : Pratiquement inexistant. Le personnel politique de haut rang ignore souvent que le problème existe.

Coût estimatif global par procédure : 222 dollars É.-U., versés par le projet de l'UNFPA. Ce montant couvre l'équipement chirurgical, le coût des médicaments et trois mois d'hébergement complet, avec un repas par jour durant la convalescence.

Ressources: Fonds du projet de l'UNFPA et assistance technique du centre de formation d'Addis-Abeba.

Obstacles :

- La situation est très difficile parce qu'il y a un seul chirurgien. Étant donné le nombre de clientes, il en faudrait au moins deux.
- L'équipement actuellement disponible n'est pas suffisant. Cependant, l'UNFPA a fourni des fonds pour acheter les matériels dont l'importance était soulignée dans une liste établie par le centre de formation d'Addis-Abeba.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

Dr. Daniel Sala-Diankanda, Représentant de pays
Dr. Sephora Kono, Assistant de programme

Ministère de la santé

M. Maïna Touka, Ministre de la santé

Bureau du Commissaire d'Abéché

M. Haroun Saleh, Commissaire

Délégation sanitaire pour la région d'Ouaddaï

Dr. Brahim Issa, Délégué à la santé, Abéché
M. Mahamat Taher, Épidémiologiste et Statisticien des problèmes de santé, Abéché

Hôpital de la Liberté, N'Djamena

Dr. Abdoulaye Adam, Directeur médical
Dr. Mahamat Koyolta, Gynécologue en chef de la maternité, chirurgien de la fistule

Hôpital préfectoral d'Abéché, Abéché

Dr. Barraah S. Mallah, Médecin en chef, chirurgien de la fistule
Dr. Lidia Martinez Gomakick, Gynécologue de l'ONU, Volontaire expatriée

Dr. Grace Kodindo

ZAMBIE

Données générales

En Zambie, le tableau de la santé en matière de reproduction est dominé par le fait que **83 % de la population rurale et 56 % de la population urbaine vivent dans la pauvreté. L'impact du VIH/sida a été dramatique, faisant tomber l'espérance moyenne de vie de 55 ans au début des années 80 à 37 ans en 1998.** La Zambie a la distinction fâcheuse d'être l'unique pays (sur 100 couverts par la recherche menée à ce sujet) dont l'indice de développement humain était plus faible en 1998 qu'en 1975³⁴. Il n'est donc pas surprenant que l'état sanitaire des femmes ne se soit pas amélioré pendant cette période. **Le ratio de mortalité maternelle est actuellement de 870 pour 100 000 naissances vivantes** selon le rapport sur l'État de la population mondiale, 2002 (UNFPA).

En dépit de tout cela, il y a aussi quelques bonnes nouvelles. **Le taux de prévalence des contraceptifs est passé de 15 % en 1992 à 25 % en 2002 (14 % utilisent des méthodes modernes)³⁵. La couverture des soins prénatals est comprise entre 72 % et 90 %, c'est-à-dire tout à fait dans la fourchette des normes internationales.** Le nombre de visites pour soins prénatals – 3,5 par grossesse – est également conforme à ces normes. Quarante-sept pour cent des accouchements bénéficient de l'assistance d'un agent sanitaire qualifié. Si cette proportion n'est pas élevée, elle est du moins analogue à celle d'autres pays de la région³⁶.

Le Plan stratégique national de santé pour la période 2001-2005 vise à répondre aux problèmes de santé en matière de reproduction grâce à une évaluation et une reformulation de l'ensemble minimal des soins de santé. Selon ce plan, **le district reste le niveau majeur d'intervention, avec le souci premier de répondre aux besoins des personnes jugées les plus vulnérables.** Cette préoccupation dominante procède de la loi sur les services de santé

de 1995, qui aborde la question selon une double approche : 1) création d'un groupe de structures populaires permettant aux citoyens de participer à la fixation des priorités et à la prise de décisions, par exemple les comités sanitaires de quartier; et 2) création de structures techniques et de gestion pour répondre aux besoins dans le domaine sanitaire d'une manière qui soit conforme aux meilleures pratiques et aux données réunies en matière de soins³⁷.

La composante centrale de la structure technique est formée des équipes de gestion sanitaire de district, des équipes de gestion des hôpitaux, des équipes de gestion au Comité central de santé (Central Board of Health – CBH) et au Ministère de la santé. Les équipes de district et de gestion sont en fait chargées sous contrat par le CBH d'assurer la prestation de service de santé. Les bureaux de santé de district peuvent, à leur tour, charger par contrat des prestataires du service public ou privé (dont les ONG) de prêter des services dans une zone déterminée³⁸.

Au niveau communautaire, **un certain nombre de projets sont en cours d'exécution : ils ont le soutien du Ministère de la santé (par l'entremise duquel l'UNFPA agit) et visent à rendre la grossesse moins dangereuse.** L'UNFPA a mis en route un projet qui comprendra la production d'une brochure sur la maternité sans risques et de « trousseaux de la maman » conçus pour fournir ce qui est nécessaire à un accouchement sans danger. En outre, en collaboration avec la White Ribbon Alliance, il est prévu de soutenir la formation de groupes d'action pour la maternité sans risques, ce qui recouvre notamment un fond autorenouvelable pour le transport. D'autres plans prévoient d'entrer en contact avec les chefs de communauté, à savoir les chefs traditionnels et d'autres hommes, afin de les sensibiliser au

problème de la maternité sans risques au moyen d'une série d'ateliers et d'obtenir leur aide pour de nouvelles activités à base communautaire sur la question.

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins a rendu visite au personnel du bureau de pays de l'UNFPA, y compris un conseiller technique détaché auprès du CBH, au directeur des services cliniques et au spécialiste des soins cliniques du CBH, au personnel du Centre hospitalier et universitaire et aux personnes qui participent aux opérations de la fistule dans cet établissement aussi bien qu'à l'Hôpital de mission de Monze, qui est le principal centre d'aiguillage du pays pour la fistule. En outre, des personnes connaissant bien la question ont aussi été interviewées, dont un chirurgien retiré qui a formé le personnel actuel de l'Hôpital de mission à opérer la fistule et des représentants du programme national intégré de santé, ainsi que le personnel du programme d'éducation internationale de l'Université Johns Hopkins (JHPIEGO), qui travaille en collaboration avec USAID à un projet bilatéral en cours sur la santé des mères et des nouveau-nés.

Malgré la vaste superficie de la Zambie (plus de 750 000 km²), **la fistule n'est opérée en permanence qu'à un seul endroit : l'Hôpital de mission de Monze.** Le Centre hospitalier et universitaire (CHU) de Lusaka fait aussi quelques opérations, mais seulement dans la limite de ses possibilités, car d'autres clientes ont des besoins urgents et les fournitures nécessaires ne sont pas toujours disponibles. En raison de l'espace et des ressources limités, et aussi de la complexité de certains cas, les patientes de la fistule sont souvent aiguillées du CHU à Monze, distant d'environ 150 km. Bien qu'il ait été procédé dans le passé à des interventions ailleurs dans le pays, on n'a localisé aucun autre centre qui offre régulièrement aujourd'hui ces interventions.

L'image de la fistule qui s'est dégagée de l'évaluation en Zambie est que l'affection est très répandue, mais non au degré stupéfiant

constaté ailleurs dans la région. Pourtant, il est tout à fait possible que ce ne soit pas le cas : il se pourrait qu'il existe de très nombreuses patientes incapables d'obtenir un traitement parce que les transports sont difficiles à trouver et les centres de prestation de services, rares. En outre, étant donné le ratio élevé de mortalité maternelle, il est possible qu'un certain nombre de femmes qui ont déjà souffert de complications comme la fistule obstétricale finissent par mourir en donnant naissance, de sorte que le nombre de femmes qui ont recours aux services serait effectivement représentatif. Selon une interprétation plus optimiste, on pourrait espérer que l'action à base communautaire a rendu la grossesse moins dangereuse et que les fistules sont moins fréquentes qu'ailleurs. **On ne dispose pas de statistiques nationales sur la prévalence de la fistule,** mais d'après les observations du personnel du CHU et de Monze **il est raisonnable de penser que le problème de la fistule pourrait être un peu moins grave en Zambie que dans d'autres pays de la région et que, d'autre part, toutes les femmes atteintes d'une fistule n'ont pas recours aux services.**

En outre, de nombreux médecins locaux ont quitté la Zambie pour chercher ailleurs un emploi plus lucratif, ce qui entraîne une crise aiguë de personnel médical. Ceux qui sont restés ne semblent pas porter grand intérêt à la fistule. Si **un OB/GYN local (fort intéressé) et un urologue du CHU font quelques interventions, la grande majorité de celles-ci sont dues à un médecin expatrié de Monze, qui renforce un médecin de passage** plusieurs semaines par an pour opérer les cas les plus difficiles. Le médecin expatrié a été affecté à Monze pour un an et demi et a reçu à Addis-Abeba sa formation initiale, complétée par une formation reçue du médecin de passage. Le taux de succès a été très élevé à Monze – environ 90 % l'année dernière.

Le médecin qui en pratique la plus grande partie assure que **les opérations de la fistule se divisent en trois niveaux différents, en fonction du**

degré de complexité de la chirurgie. Pour les deux premiers niveaux, il estime que la formation reçue à Addis-Abeba et celle reçue en cours d'emploi grâce au chirurgien de passage l'ont doté de compétences suffisantes; pour le troisième et plus difficile niveau, il estime qu'il devrait recevoir une formation complémentaire et acquérir plus d'expérience. La division des opérations en plusieurs niveaux de difficulté est essentielle pour concevoir les moyens possibles de répondre aux besoins de personnel à l'aide de prestataires de degrés inégaux de compétence.

Outre le manque très aigu de médecins que la Zambie connaît actuellement, il y règne aussi une **pénurie alarmante de personnel infirmier**. Au CHU, il n'y a en règle générale qu'une seule infirmière par aile et elle est souvent chargée en même temps de la gestion ou de la supervision. La Grande-Bretagne, l'Afrique du Sud et l'Australie exercent actuellement une grande attraction sur les infirmières zambiennes, qui sont bien formées mais incapables de gagner de quoi vivre dans leur pays. Pour cette raison, on recourt de plus en plus aux aides-infirmières, ce qui est un palliatif compréhensible, mais certainement pas une solution à long terme.

Les clientes viennent à Monze et au CHU de tout le pays; certaines sont **des réfugiées de l'Angola et du Congo voisins**. Elles sont en général jeunes; l'âge moyen des clientes de la fistule à Monze était d'environ 18 ans l'année précédente, point qu'il importe de noter étant donné que beaucoup avaient souffert de la fistule un ou deux avant d'avoir recours aux services. Si la grande majorité des fistules sont des FVV, plutôt que des FRV ou une combinaison des deux types, Monze a vu plusieurs cas de FRV chez des enfants sidéens; en de tels cas, l'opération n'est généralement pas pratiquée, car les enfants sont sur le point de mourir au moment où ils arrivent.

Comme c'est aussi vrai ailleurs et comme on l'a indiqué plus haut, **le problème du transport est critique**, étant donné la dimension du pays, le coût des voyages et la pauvreté des clientes en général –

en particulier des patientes de la fistule. Le médecin de Monze prend fréquemment à sa charge le coût du voyage de retour, car autrement ses patientes ne pourraient pas regagner leur communauté.

Aussi bien Monze que le CHU sont **tributaires des donations de médecins de passage pour s'assurer les fournitures de base nécessaires** aux opérations de la fistule, notamment le matériel pour sutures et les cathéters. Au CHU, beaucoup des tables d'opération sont brisées et ne peuvent servir dans leur état actuel.

Le manque de fournitures, auquel s'ajoute la nécessité de dispenser au personnel infirmier une formation complémentaire en cours d'emploi, a conduit le médecin expatrié, le Dr. Breen, et son prédécesseur à Monze, le Dr. Lucy O'Brien, à **introduire d'importantes innovations dans la chirurgie de la fistule** et dans les récipients utilisés au cours des soins postopératoires. Ils ont appris d'un autre médecin (sud-africain) comment faire une double boucle du colon sigmoïde et ensuite comment ouvrir la double paroi intestinale pour créer un vaste réservoir. Celui-ci contient un plus grand volume d'urine, ce qui permet à la cliente de rester continente sans devoir évacuer fréquemment son urine. En outre, si la cliente contrôle elle-même en vision directe l'écoulement de l'urine (minute par minute), il n'y a de risque d'hyperpression progressive sur les sutures intestinales, comme ce serait le cas derrière un clip que l'on aurait laissé trop longtemps sur le cathéter par négligence ou ignorance. D'autre part, à Monze, on mélange sur place le fluide intraveineux pour économiser sur les coûts à engager pour les patientes de la fistule et d'autres affections.

Comme ailleurs, le VIH/sida apparaît mobiliser la plus grande partie de l'appui financier. À Monze, **le programme « Transmission mère à enfant » financé par le Gouvernement a fourni les ressources qui manquaient désespérément pour rémunérer les infirmières**. Sans ces fonds, il est possible que les infirmières ne recevraient pas leur salaire régulièrement. Il faut noter que **selon les**

infirmières leur moral remonte beaucoup quand elles s'occupent de patientes de la fistule, car celles-ci sont souvent opérées avec succès et quittent l'Hôpital impatientes de commencer une nouvelle vie « sèche ». Cette issue est fort différente de celle qui attend les clients atteints du VIH, lesquels voient souvent leur santé décliner rapidement et/ou ne sont jamais en mesure de quitter l'hôpital une fois qu'ils y ont été admis.

Recommandations et besoins critiques

• Conduire une recherche pour voir plus clairement le problème de la fistule dans le pays.

Il est nécessaire de voir plus clairement le problème de la fistule en Zambie, aussi bien que d'analyser où la fistule se situe dans le cadre plus vaste de l'infrastructure sanitaire du pays, qui apparaît en crise. Comme l'incidence du VIH/sida est en augmentation très rapide, il sera nécessaire d'analyser la relation entre le VIH/sida et la fistule au moment où le Ministère de la santé, le CBH et d'autres partenaires clefs réexaminent les priorités en matière de soins de santé.

• Envisager de créer un centre de formation à la chirurgie de la fistule à l'Hôpital de mission de Monze.

Monze est l'unique centre qui assure actuellement la chirurgie de la fistule en Zambie, mais il n'a pas de ressources suffisantes pour continuer à le faire, à moins de recevoir des réapprovisionnements plus réguliers de fournitures et un complément de personnel. Le médecin en poste à l'hôpital doit consacrer davantage de temps à former d'autres médecins et assistants de salle d'opération afin de mettre en place une capacité et d'accueillir davantage de patientes. En ce moment même, toutefois, il convient d'observer que le médecin n'est pas submergé; il peut traiter le nombre de femmes qui arrivent à Monze. Comme en d'autres endroits, pourtant, il est possible que si la capacité augmente, davantage de femmes viennent alors se faire opérer.

• Mener une campagne au sein des établissements locaux de formation médicale et infirmière pour susciter une prise de conscience et tenter d'éveiller et de soutenir l'intérêt pour la chirurgie et la prévention de la fistule parmi les professionnels de la santé.

Dans le pays même, l'intérêt porté à la fistule serait très réduit. Ceux qui y portent intérêt reconnaissent que d'autres collègues sont mal informés de cette affection ou regardent la chirurgie de la fistule comme extrêmement difficile et décourageante. Si la chirurgie de la fistule pouvait être plus régulièrement intégrée à la formation médicale et infirmière, il y aurait ainsi une chance d'étoffer la capacité locale. En outre, si les médecins affectés aux hôpitaux de district pouvaient être formés à pratiquer des interventions simples, les médecins de Monze verraient leur fardeau allégé et les femmes ne se sentiraient plus contraintes d'y aller. Des mesures d'incitation d'ordre éducatif ou économique pourraient aussi garantir que les prestataires continueront de pratiquer leur profession avec zèle au lieu de quitter la médecine pour un autre métier plus lucratif.

• Mettre en place des systèmes novateurs de transport pour aider les femmes à atteindre Monze.

En raison de la dimension du pays et du coût des transports, il est très probable que des femmes sont simplement hors d'état de venir à Monze se faire opérer, même si elles savent que des opérations y sont pratiquées. Il est nécessaire de mettre en place un système quelconque qui aille au-delà de la prise en charge par le médecin du coût du retour des femmes opérées à leur domicile. Peut-être pourrait-on créer un fonds du transport ou persuader une entreprise industrielle locale de mettre un système en place, soit en faisant don d'un véhicule, soit en payant un ticket de chemin de fer, soit en créant une « équipe de camionnettes » quand des véhicules lourds doivent gagner Lusaka pour d'autres raisons.

- **Étudier la possibilité de créer des liens entre les groupes de prestataires soignant les malades du VIH/sida et les patientes de la fistule.**

Étant donné que certains prestataires ont signalé qu'il était satisfaisant de voir les patientes de la fistule guérir et se rétablir et que le VIH/sida recueille souvent des ressources abondantes, il pourrait être intéressant de mettre en relation les prestataires qui soignent les malades du VIH/sida et ceux qui soignent les patientes de la fistule, de manière à préserver le moral du personnel et à employer les fonds disponibles à diverses fins également utiles.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées en Zambie

A . Hôpital de mission de Monze, visité le 15 mai 2002

Dimension : 250 lits.

Personnel médical : Un chirurgien consultant; dix généralistes. Cinq étudiants qui pratiquent certaines opérations obstétricales grossesses ectopiques, comme les césariennes, préparent le diplôme de docteur en médecine. Ils sont capables de faire ces opérations aux postes sanitaires les plus écartés pour prévenir l'apparition de fistules aux centres du niveau le plus modeste; un OB/GYN, qui opère la fistule, le Dr. Michael Breen. Aucun autre médecin de l'hôpital ne s'intéresse à la FVV. Le Dr. Breen note que cet intérêt pourrait grandir quand un médecin a une expérience préalable et devient plus expert en chirurgie du vagin. En 2000, le Dr. Breen a passé trois semaines de formation à Addis-Abeba, à ses propres frais, et il a aussi appris du Dr. Kelly. Le Dr. Breen estime que même avec ce type de formation, il est important de travailler avec un expert de premier rang afin d'accéder au niveau de compétence supérieur.

Nombre de clientes : 36 opérations ont été pratiquées l'an dernier (34 FVV, deux FRV); cette année, le Dr. Breen en a déjà pratiqué 19 et prévoit d'en pratiquer environ une par semaine, sauf pendant le séjour de deux semaines du Dr. Kelly, où ils essaieront probablement d'opérer 20 à 25 patientes. Le Dr. Breen réserve les cas les plus difficiles pour la visite du Dr. Kelly.

Provenance des clientes : L'Hôpital de mission de Monze sert des clientes venues de tout le pays. Il est l'hôpital où les patientes sont aiguillées, même à partir du CHU de Lusaka. C'est l'unique centre dans tout le pays où la fistule obstétricale est opérée en permanence, de sorte que les clientes parcourent d'énormes distances pour venir ici; et le transport est problématique. Voici quelque temps,

il y avait trois autres centres dans des localités écartées où la fistule était opérée, mais ce n'est plus le cas.

Profil typique des clientes : Principalement des jeunes femmes, de 18 ans en moyenne. Chez beaucoup, la fistule est apparue au premier accouchement, mais elles ne viennent parfois à l'hôpital qu'au bout de deux ans à peu près. La plupart n'ont pas d'enfants ou, tout au plus, un seul. Elles sont généralement accompagnées de leur mère ou d'une amie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Dépistage du paludisme.
- Contrôle de l'hémoglobine.
- L'examen a lieu dans la salle d'opération, mais sans aucune anesthésie.

Soins postopératoires :

- Écoulement de l'urine dans un récipient plat plutôt que dans une poche, afin de simplifier le processus.
- Les clientes restent en général de trois à quatre semaines.
- Il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois et d'avoir une césarienne à leur prochain accouchement.
- Aucun conseil spécial n'est donné concernant la planification familiale ou le VIH/sida. Le Dr. Breen estime que la planification familiale n'est pas un problème, car les clientes ne pourront sans doute devenir enceintes que difficilement.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service n'est connu.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune de manière expresse. Comme Monze est l'unique hôpital qui assure régulièrement l'opération de la FVV, les autres hôpitaux du pays le connaissent bien. Les patientes de la fistule sont dispensées du versement de redevances. Le dispensaire de soins prénatals se trouve aussi dans les locaux de l'hôpital. Les

clientes venues pour soins prénatals sont dépistées pour le VIH et prennent de l'azidothymidine (AZT) si elles sont séropositives.

Appui des autorités : Aucun au sens strict, mais l'hôpital couvre les frais encourus pour les patientes de la fistule, ainsi que d'autres services, à l'aide des fonds du Gouvernement zambien.

Coût estimatif global par procédure : Non connu puisque les patientes de la fistule ne paient pas, selon la règle suivie depuis plus de 20 ans. Les clientes doivent payer 10 000 kwacha (un peu plus de 2 dollars É.-U.) pour un accouchement normal. La subvention du Gouvernement aide réellement l'hôpital. Il y a lieu de noter que les clientes ne paient pas à la journée d'hôpital, mais seulement un montant forfaitaire versé à leur admission. Les coûts de transport sont le point le plus délicat, et le médecin les paie souvent de sa poche pour que les patientes puissent rentrer chez elles. Pour réaliser des économies, le personnel de l'hôpital mélange lui-même les fluides intraveineux et recourt à la rachianesthésie par bupivacaïne, parce qu'elle est beaucoup moins coûteuse que l'anesthésie par inhalation.

Ressources : L'hôpital est financé par le Gouvernement zambien et reçoit quelques donations, dont un certain moment des Sœurs du Saint-Esprit, ordre zambien. Les activités de collecte de fonds ont fléchi depuis le départ du Dr. O'Brien. Le Dr. Kelly apporte des fournitures essentielles (fil de sutures, cathéters, etc.) à chacune de ses visites. L'hôpital mélange et met en bouteille ses propres fluides intraveineux. En partie grâce à ses activités concernant la FVV, l'hôpital a été promu au niveau 2, de sorte qu'il reçoit un peu plus de fonds gouvernementaux.

Obstacles :

- Transport.
- Faible rémunération des infirmières; actuellement le programme Transmission mère-enfant aide à couvrir le montant de leurs salaires.
- Lors des visites du Dr. Kelly, une aile latérale est affectée aux patientes de la fistule. Cette aile pourrait être rénovée et avoir des infirmières en propre.
- Les patientes de la fistule représentent une

certaine charge financière pour l'hôpital, étant donné leurs besoins et le fait qu'elles ne paient rien, bien qu'elles soient « bonnes pour le moral du personnel » parce que, contrairement à ce qui est le cas pour les malades du VIH, l'issue de l'opération est généralement positive.

- Manque de fournitures adéquates et nécessité en général de vivre « au jour le jour » concernant l'approvisionnement en matériel (par exemple, fil de sutures, gants, cathéters, etc.)

B. Centre hospitalier et universitaire (CHU), Lusaka, visité le 16 mai 2002

Dimension : Plus de 1 500 lits; c'est le plus important hôpital du pays, et l'unique hôpital classé tertiaire.

Personnel médical : Le Département d'obstétrique et gynécologie comprend trois consultants capables d'opérer la FVV, mais un seulement le fait régulièrement, et cette femme médecin doit trouver les fournitures nécessaires pour être en mesure d'opérer. Il y a aussi un urologue qui fait des interventions; il s'agit d'un homme qui est à l'hôpital depuis fort longtemps et connaît diverses personnes qui lui envoient des fournitures de temps à autre. L'hôpital souffre d'une pénurie aiguë d'infirmières; le ratio actuel infirmières/clients est de 30:1 dans certaines ailes. En outre, la sœur infirmière chargée de la supervision prend soin des clientes dans quelques cas. Les chefs de clinique allaient autrefois suivre une formation à Monze avec le Dr. O'Brien, mais ils n'ont pas établi un arrangement analogue avec le Dr. Breen.

Nombre de patientes : Environ 16 cas de FVV par an; la plupart sont aujourd'hui aiguillées vers Monze. Le chef du département d'OB/GYN a toutefois noté que, quand des cas de FVV sont opérés plus régulièrement au CHU, le nombre de clientes augmente, suppose-t-elle, par l'effet de la rumeur publique.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de tout le pays. Certaines sont des réfugiées.

Profil typique des clientes : Elles sont jeunes, mais ce ne sont pas nécessairement des adolescentes. La fistule apparaît le plus souvent lors du premier accouchement.

Processus d'évaluation et de dépistage : Le personnel du CHU a expliqué que presque toutes les patientes de la FVV allaient à Monze à ce moment. Pour une opération au CHU, l'évaluation de base porte sur les points suivants :

- Contrôle de l'hémoglobine.
- Dépistage du paludisme.
- Test des autres infections; si le test est positif, elles sont traitées.
- Les clientes sont examinées sans anesthésie pour déterminer l'emplacement et la nature de la fistule.

Soins postopératoires : Les soins postopératoires sont déficients au CHU en raison de l'extrême pénurie d'infirmières. L'OB/GYN qui assure les interventions a décrit une situation où la même cliente devait être opérée une deuxième fois en raison de l'insuffisance des soins postopératoires, dans les cas où, par exemple, le cathéter est bloqué sans que nul s'en aperçoive même si la cliente demande de l'aide. La sœur infirmière remettait les soins à la cliente au moment où le médecin qui l'avait opérée reviendrait de congé.

Réadaptation/réinsertion : Aucun des interviewés n'avait connaissance de services spéciaux à cet égard.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune à ce titre même.

Appui des autorités : Si le Ministère de la santé apparaît prêter son appui et si, en fait, le budget de la santé « est satisfaisant sur le papier », selon un membre du personnel, la vérité est qu'ils ne reçoivent en fait que 10 à 20 % des montants prévus au budget.

Coût estimatif global par procédure : Les services sont gratuits, mais les clientes doivent payer une petite redevance (environ 500 kwacha, soit 12 cents É.-U.) au moment de l'aiguillage. En outre, à partir de la semaine du 13 mai 2002, le CHU instituait une redevance de 5 000 kwacha (un peu plus d'un dollar

É.-U.) pour la « petite » chirurgie et de 10 000 kwacha pour la « grande » chirurgie. Les clientes sont parfois priées d'apporter des fournitures si elles peuvent le faire. La nourriture est gratuite à l'hôpital public, ce qui n'est pas vrai des hôpitaux de mission, et ce peut-être l'une des raisons pour lesquelles les clientes viennent d'abord au CHU.

Ressources : Le CHU fonctionne essentiellement grâce aux fonds du Gouvernement, auxquels s'ajoutent les faibles redevances des clientes (comme on a noté plus haut) et les fournitures dont il est fait don dans certains cas, par exemple le matériel utilisé pour la chirurgie de la fistule.

Obstacles :

- Le transport à destination des services de santé constitue un sérieux problème.
- Le personnel est extrêmement insuffisant dans les centres de district, aussi bien qu'à l'hôpital tertiaire. En raison de la faiblesse des traitements et salaires, médecins et infirmières quittent le pays en très grand nombre.
- La situation est également catastrophique pour l'équipement et les fournitures. Le CHU fait appel aux « bonnes volontés » pour l'aider à s'assurer les matériels nécessaires à la chirurgie de la fistule, par exemple.
- L'entretien de l'équipement représente aussi actuellement un redoutable problème. La plupart des tables d'opération sont brisées et n'ont pas été réparées.
- Le personnel suggère que pour être mieux en mesure d'opérer la fistule, des équipes médecin-infirmière reçoivent une formation complémentaire, peut-être à l'hôpital d'Addis-Abeba.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

Mme Margaret O'Callaghan, Représentante de pays
Mme Beatrice Chikotola, Administratrice nationale affectée aux programmes

Central Board of Health

Dr. Vileppi Mutonga, Directeur des services cliniques
Dr. Joseph Nikisi, Spécialiste des soins cliniques
Dr. Girma Alemayehu, Conseiller pour la santé en matière de reproduction

JHPIEGO/Zambie

M. Rick Hughes, Directeur associé ESA/Directeur de pays, Zambie

Hôpital de mission de Monze

Dr. Michael Breen et le personnel infirmier

Centre hospitalier et universitaire

Dr. Kaseba, Chef du département d'OB/GYN
Dr. Mukuma et le personnel infirmier

Programme sanitaire intégré de Zambie

M. Reuben Kamoto Mbewe, Spécialiste de la santé en matière de reproduction

Dr. Lucy O'Brien

Appendice

QUESTIONNAIRE/GRANDES LIGNES DE L'ENQUÊTE SUR LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Objectif

Afin de commencer à comprendre quel est le meilleur moyen d'aborder l'ensemble des interventions stratégiques possibles, il importe de bien savoir d'abord quels établissements existent, comment ils fonctionnent et s'ils sont en position d'améliorer et/ou élargir leurs services. L'objectif de l'enquête dont les grandes lignes sont ci-après proposées est donc de commencer à répondre rapidement à ces questions.

Questions

1. Décrire brièvement l'état actuel du problème dans le pays sur divers plans : prise de conscience, données relatives à la prévalence, degré d'intérêt porté par les administrateurs de la santé publique, associations professionnelles, ONG, donateurs. Noter si la fistule obstétricale est considérée comme un important problème et quelles sont les types de ressources disponibles, s'il y en a, pour l'aborder. Comme il s'agit d'un problème fort délicat, ce sondage initial peut exiger une série d'entretiens avec divers prestataires locaux pour commencer à découvrir lesquels possèdent une bonne information de la question.

2. Y a-t-il des centres de santé spécialisés dans le traitement et la réadaptation des patientes?

Dans l'affirmative, faire une évaluation sur les points suivants dans chaque établissement :

- centre indépendant ou aile d'hôpital
- nombre d'interventions de la fistule par an (pourcentage supposé « de réussites », définir la notion de réussite)
- provenance géographique des patientes
- nombre/formation/bilan de « réussite » des chirurgiens
- nombre/formation des infirmières
- nombre/formation du personnel chargé des soins postopératoires
- suivi et supervision habituels du personnel des services cliniques par des superviseurs résidents (et, éventuellement, par des experts de l'extérieur)

- possibilité de pratiquer des interventions « de manière continue » (chercher à déterminer ce qu'il faut entendre par « de manière continue »)
- potentiel d'amélioration, d'extension des services (noter si l'établissement pourrait se prêter éventuellement à devenir un centre régional de formation)

3. Quelles sont les sources actuelles de financement de ces centres de santé? Chercher à déterminer le soutien du secteur public, par exemple Ministère de la santé/Gouvernement, et des institutions privées, l'assistance externe, les redevances d'usager, etc. S'il y a des redevances d'usager, chercher à déterminer si elles sont jugées raisonnables ou si elles ont pour effet de détourner les clientes potentielles.

4. Pour tous les établissements, évaluer les points suivants :

- infrastructure
- foyer d'hébergement pour patientes avant et après l'opération
- équipement
- fournitures/articles consommables
- besoins de formation pour chirurgiens, infirmières, sages-femmes, prestataires de soins postopératoires
- problèmes de gestion, notamment traitements/salaires, coûts d'entretien, articles consommables, redevances, prévention des infections, etc.

5. De quoi ont besoin les communautés et la société pour aider les femmes à connaître l'existence des services et les aider à se réinsérer après avoir reçu ces services?

Chercher à déterminer l'information et l'éducation dispensées dans les communautés en matière de prévention, ainsi que les services disponibles.

6. Si un nouveau centre devait être établi, décrire brièvement la raison d'être, les avantages de ce centre et en évaluer les besoins. Voir les questions 2 et 4 pour les points à analyser.

7. Quels sont les besoins à satisfaire sur le plan des activités de plaidoyer auprès des responsables, des prestataires, des associations professionnelles et du grand public?

8. Pouvez-vous recommander deux à quatre experts nationaux, sur les plans tant médical que socioculturel? Chercher à déterminer si leur compétence est de niveau national ou régional.

9. Identifier les besoins de la recherche en matière de collecte des données et sur le plan des aspects socioculturels.

Notes

- ¹ C. Murray et A. Lopez. *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, OMS, Genève (Suisse). 1998.
- ² J. Kelly. Vesico-vaginal and recto-vaginal fistulas. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1992, 85:257-258.
- ³ Dr. Julius Kiiru, communication personnelle, Nairobi (Kenya), 3 mai 2002.
- ⁴ Dr. Paul Kizza, communication personnelle, Hôpital Nsambya, Kampala (Ouganda), 9 mai 2002.
- ⁵ Tom Raassen et Festus Ilako, communication personnelle, 3 mai, 2003.
- ⁶ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ⁷ Ibid.
- ⁸ Sentinel Surveillance Data, Comité national du sida, 2002.
- ⁹ Comité national de statistique du Malawi et ORC Macro. Malawi DHS 2000. Zomba, Malawi, et Calverton, Maryland. 2001.
- ¹⁰ Malawi Safe Motherhood Project: Six Month Report Jan-June 2002, Project Management Unit, (non publié).
- ¹¹ Malawi Safe Motherhood Project, Réunion des coordonnateurs, 2000.
- ¹² Dr. Hoffman, Conférence de l'UNICEF sur le taux de mortalité maternelle, district de Nankumba, Mangochi, 2001.
- ¹³ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ¹⁴ Comité national de statistique du Malawi et ORC Macro. Malawi DHS 2000. Zomba, Malawi, et Calverton, Maryland. 2001.
- ¹⁵ Ministère de la santé et de la population, Gouvernement de la République du Malawi, Politique de la santé en matière de reproduction, février 2002.
- ¹⁶ Lungu Kingsley et al. "Are bicycle ambulances and transport plans effective in strengthening obstetric referral systems in Southern Malawi?" Communication faite à la conférence de la FIGO, Washington DC, 2000.
- ¹⁷ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ¹⁸ Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé and ORC Macro. Mali DHS 2001. Calverton, Maryland, 2002.
- ¹⁹ Mariam Cissoko. Communication personnelle, 17 octobre 2002.
- ²⁰ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ²¹ Ibid.
- ²² Ibid.
- ²³ UNFPA, Analyse des données concernant le Mozambique pour un descriptif de projet avec le Gouvernement, juillet 2002.
- ²⁴ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ²⁵ Dr. Igor Vaz, communication personnelle, novembre 2002.
- ²⁶ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ²⁷ Ibid.
- ²⁸ Ibid.
- ²⁹ Ibid.
- ³⁰ Directeur des services cliniques, Ministère de la santé, communication personnelle, 11 mai 2002.
- ³¹ République de l'Ouganda, Ministère de la santé, Plan stratégique pour le secteur sanitaire, 2000/1-2004/5.
- ³² UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ³³ Ibid.
- ³⁴ Bilan commun de pays pour la Zambie, Organisation des Nations Unies, 2000.
- ³⁵ UNFPA, *Rapport sur l'état de la population mondiale*, « Population, pauvreté et potentialités », 2002.
- ³⁶ Ibid.
- ³⁷ République de Zambie, Plan stratégique national de santé, 2001-2005, Ministère de la santé, Lusaka, 26 novembre 2000.
- ³⁸ Ibid.



Fonds des Nations Unies pour la population
220 East 42nd Street
New York, NY 10017 U.S.A.
Tél: (212) 297-5000
Fax: (212) 557-6416
www.unfpa.org



EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Tél: (212) 561-8000
Fax: (212) 561-8067
www.engenderhealth.org