

# Bulletin médical de l'IPPF

## Sommaire

Déclaration de l'IMAP sur l'élimination des mutilations génitales féminines (MGF)

Women Deliver (conférence tenue à Londres)

La fistule obstétricale : un défi pour les services de santé maternelle  
Joseph K. Ruminjo

1  
2  
3

## Déclaration de l'IMAP sur l'élimination des mutilations génitales féminines (MGF)

La présente déclaration a été établie par le Groupe consultatif médical international (IMAP) en octobre 2007.

Par mutilation génitale féminine (MGF), on entend toute procédure qui entraîne l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou de la fillette, ainsi que toute autre atteinte à ces organes féminins pour des raisons non médicales. Cette pratique constitue une violation des principes et des normes établis en matière de droits de l'homme, y compris les principes d'égalité et de non-discrimination en raison du sexe, le droit au respect de l'intégrité corporelle, le droit à la vie (lorsque la procédure entraîne le décès) et le droit au meilleur état possible de santé physique et mentale.

Étant donné que les MGF sont infligées à des fillettes, ce type d'intervention constitue en outre une violation des droits de l'enfant. La pression intense que de nombreux parents et groupes sociaux exercent sur les fillettes pour qu'elles acceptent de s'y plier, signifie que l'enfant ne peut pas exercer un choix libre, informé et libre de toute coercition. La Convention relative aux droits de l'enfant mentionne explicitement les pratiques traditionnelles préjudiciables et demande que tous les États prennent toutes les mesures efficaces appropriées pour les abolir. La pratique des MGF est préjudiciable, et constitue la négation même de la vision de l'IPPF, qui est celle d'un « monde où toutes les femmes, tous les hommes et tous les jeunes ont accès aux informations et aux services dont ils ont besoin, un monde où santé et sexualité sont des droits fondamentaux et des éléments naturels et précieux de la vie humaine ». La Fédération continuera de défendre cette conviction au moyen d'efforts soutenus, en partenariat avec d'autres parties prenantes, afin d'obtenir l'élimination des MGF.

## La pratique des MGF

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), estime qu'entre 100 et 140 millions de femmes et de fillettes ont subi une mutilation génitale; et chaque année, environ 3 millions risquent d'y être soumises. Cette pratique a principalement été documentée dans les pays d'Afrique et dans quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient. En Europe, en Australie, au Canada et aux États-Unis, on recense de plus en plus de femmes ayant subi cette procédure, le plus souvent parmi les immigrées en provenance de pays où elle a cours.

Nombre d'arguments sont avancés pour légitimer les MGF; les raisons sont complexes et varient d'un pays à l'autre, et même au sein d'une communauté. Cette pratique est enracinée dans les structures sociales, économiques, culturelles et politiques et considérée comme une convention sociale qui est souvent acceptée sans être remise en question. Les justifications sociales comprennent la préservation de la virginité et la garantie de la fidélité; ainsi que son rôle en tant que rite de passage à l'âge adulte. Cette pratique constitue donc une partie importante de l'identité culturelle des femmes et des fillettes. Des arguments religieux sont souvent invoqués par certaines communautés chrétiennes, juives, musulmanes et par certains groupes africains autochtones pour défendre cette pratique, bien qu'aucun des textes sacrés ne prescrive les mutilations génitales féminines. La compréhension de ces croyances culturelles et sociales constitue un élément critique de tout travail visant à éliminer cette pratique préjudiciable.

L'Organisation mondiale de la Santé a établi la classification suivante parmi les MGF :

**Type I :** Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie) ;

**Type II :** Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ;

**Type III :** Rétrécissement de l'orifice vaginal au moyen de l'incision et de l'accolement des petites et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) ;

**Type IV :** Non classée : il s'agit de toutes les autres procédures préjudiciables pratiquées sur les organes génitaux féminins pour des motifs autres que médicaux, par exemple : piqure, percement, incision, cautérisation, raclage.

Dans de nombreux pays, l'âge auquel les mutilations génitales sont pratiquées est de plus en plus précoce en réaction directe à la législation sur les MGF. En outre, la procédure est en général exécutée par des praticiens traditionnels, mais de nombreux membres du personnel médical pratiquent maintenant ces interventions en raison d'une sensibilisation accrue à l'incidence négative des MGF sur la santé. La médicalisation des MGF est fermement condamnée et les prestataires de santé doivent être dissuadés d'y apporter leur concours.

## Effets négatifs

Tous les types de MGF ont des conséquences négatives pour la santé. Une fois ôtées, les tissus génitaux ne peuvent pas être remplacés, ce qui entraîne un changement physique à vie, indépendamment d'autres complications. La mutilation est souvent exécutée par un praticien traditionnel ou un membre de la famille, dans de mauvaises conditions d'hygiène, sans anesthésie et à l'aide d'instruments non chirurgicaux, non stérilisés, tels que des lames de rasoir, des couteaux ou du verre cassé.

Les complications immédiates incluent de la **douleur et des saignements**, pendant et après la procédure. Gonflement et oedème entraînent une rétention urinaire aiguë et provoquent des douleurs à la miction et à la défécation, qui devient difficile. La cicatrisation peut prendre jusqu'à huit semaines, en fonction de l'ampleur de la mutilation.

Des complications à long terme ou tardives peuvent survenir à tout moment de la vie d'une femme qui a subi une MGF.

- Les terminaisons nerveuses non protégées peuvent entraîner une douleur intense et une sensibilité des tissus au niveau de la cicatrice, d'où des rapports sexuels douloureux (dyspareunie), et ce même si l'ouverture de l'orifice vaginal est suffisante pour permettre la pénétration – ceci peut aussi survenir dans le cas des MGF de types I ou II. Les tentatives de pénétration à travers l'ouverture rétrécie du vagin peuvent provoquer lésions et hématomes, ce qui nécessite alors une intervention médicale.
- Les infections – abcès au niveau du périnée ou ulcères génitaux – sont fréquentes et peuvent conduire à une septicémie, au tétanos ou à une gangrène mortels. Des infections récurrentes du pelvis peuvent provoquer une douleur chronique au niveau du pelvis, et du dos. Les MGF accroissent le risque d'infection des voies urinaires, qui peuvent progresser jusqu'à la vessie et aux reins et entraîner une insuffisance rénale, voire une septicémie. Les mutilations génitales ont aussi parfois pour conséquences une incontinence urinaire, des dysfonctionnements sexuels et l'infécondité.
- On y associe un risque accru de transmission du VIH et d'autres **infections véhiculées par le sang**, telles que les hépatites B et C. Ce risque découle de l'utilisation d'instruments non stérilisés pour les procédures de mutilation, d'une mauvaise gestion des complications obstétricales liées aux MGF ou d'un traumatisme des voies génitales associé aux rapports sexuels.
- Une irritation ou une inflammation locale chronique fait parfois empirer l'état de la cicatrice et rétrécit encore l'ouverture, ce qui freine l'écoulement de l'urine, provoque une **rétention urinaire** ainsi qu'une **rétention vaginale des menstruations** (hématocolpos). Les anomalies qui en résultent entraînent des **accouchements difficiles**, qui accroissent les taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales. Les femmes qui ont subi une forme ou une autre de MGF présentent un risque notablement plus élevé de complications obstétricales, comme une déchirure du périnée, et, dans certains cas, une intervention chirurgicale s'avère

nécessaire pour ouvrir les voies génitales basses (désinfibulation). Les complications peuvent rendre une césarienne nécessaire ou déclencher une hémorragie postpartum, qui requièrent un séjour prolongé à l'hôpital. En outre, les enfants de mères ayant subi des MGF de types II et III sont exposés à un risque accru de décès à la naissance.

- L'incision des tissus génitaux, extrêmement sensibles, en particulier ceux du clitoris, la formation de cicatrices de taille excessive (cheloïdes) et la douleur peuvent avoir des répercussions sur la sensibilité et le plaisir sexuels. L'incidence négative de la procédure sur le **développement psychologique et psychosexuel** de la petite fille peut se prolonger à l'âge adulte. On observe aussi des manifestations d'anxiété, de dépression et de peur des rapports sexuels.

L'IPPF souscrit à la déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes des Nations Unies sur l'élimination de la pratique préjudiciable des MGF.<sup>1</sup>

## Que peuvent faire les Associations membres ?

Les Associations membres ont un rôle important à jouer pour l'élimination des MGF aux niveaux local et national. Ces pratiques sont profondément enracinées dans le tissu culturel. Une action soutenue est donc nécessaire pour obtenir leur élimination avec un impact durable, car le changement de comportement est un processus complexe. Les Associations membres doivent obtenir tous les éléments d'information possibles quant à la prévalence, à la dynamique et aux caractéristiques des MGF dans leurs pays respectifs. Elles doivent donc réexaminer leurs activités au regard des valeurs sociales et culturelles, se familiariser avec les ressources disponibles pour la lutte contre les MGF et élaborer des stratégies pour y mettre un terme. Les composantes suivantes doivent être incluses dans l'action que les Associations membres peuvent entreprendre pour éliminer la pratique des MGF :

### Plaidoyer

- La Charte sur les droits en matière de sexualité et de reproduction doit être utilisée en tant qu'outil de plaidoyer, afin de faire pression pour des changements législatifs qui protègent les droits fondamentaux des femmes et des fillettes et que soient éliminées toutes les pratiques néfastes et/ou discriminatoires.
- Les efforts pour encourager l'élimination des MGF exigent l'éclaircissement et l'application des lois existantes, ainsi que la formation des prestataires de services afin qu'ils comprennent mieux les conséquences de cette pratique en matière de droits de l'homme et sur la santé.
- Des efforts stratégiques doivent être entrepris à tous les niveaux, de la communauté à la région. Les Associations membres doivent collaborer avec d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales dans ce domaine, telles que les associations médicales professionnelles, et avec les parlementaires afin d'optimiser les contributions pour l'élimination de cette pratique grâce à des activités de plaidoyer, d'information, d'éducation et de recherche.
- Les chefs religieux et laïques doivent être impliqués pour garantir un environnement favorable au changement au niveau local. Ces leaders peuvent susciter l'appui de la société envers le changement en avançant des arguments solides contre les MGF.
- Dans les pays où celles-ci se pratiquent au sein des communautés d'immigrés, ces dernières doivent être mobilisées au moyen d'une information et d'une éducation exactes sur les MGF pour contribuer à un changement de comportement.
- Il faut que les femmes participent aux débats consacrés aux MGF, en particulier celles qui travaillent dans le secteur médical et les représentantes de collectivités locales.
- Pour qu'une pratique aussi profondément enracinée dans la vie culturelle évolue, les hommes ont un rôle tout aussi important à jouer. Le dialogue social est l'occasion d'éduquer l'ensemble des communautés aux droits fondamentaux des femmes et à l'application des lois relatives aux MGF.
- Le cas échéant, des programmes de plus vaste portée visant à améliorer la santé reproductive des femmes doivent inclure des débats sur les MGF et sur les mesures propres à y mettre un terme. Les prestataires de services doivent saisir toutes les occasions pour conseiller les femmes et leurs partenaires, ainsi que les parents de jeunes enfants, sur les effets nuisibles de la perpétuation de ces pratiques.

### Services

- Les Associations membres ont un rôle clef à jouer en mettant un frein à la tendance à la médicalisation des MGF. Les normes éthiques des professionnels de la santé doivent inclure une condamnation ferme de la pratique préjudiciable des MGF. Ces normes doivent être respectées, afin qu'aucun professionnel de santé n'exécute quelque

type de MGF que ce soit.

- Dans les pays où les MGF se pratiquent à grande échelle, les Associations membres doivent être équipées à fournir des conseils et des soins compassionnels, s'agissant des complications physiques et psychologiques des MGF. Les femmes qui ont subi des MGF et qui souffrent de complications chroniques ont parfois besoin de consulter un spécialiste ou de subir un traitement chirurgical. Un système approprié de renvoi en consultation doit être en place s'il n'est pas possible de fournir des soins complets au point de prestation de services. Les procédures relatives aux MGF demandées après un accouchement, telle que la désinfibulation (remise en l'état préalable à la mutilation), doivent être fermement condamnées.
- Les Associations membres doivent s'assurer que toutes les femmes, y compris celles qui ont été mutilées, ont accès à une gamme complète de services de santé sexuelle reproductive, notamment à des examens visant à établir la présence éventuelle d'une infection des voies génitales ou d'une infection sexuellement transmissible (IVG/IST), ainsi qu'à des services de contraception et d'éducation à la sexualité.
- Il faut informer toutes les clientes qui sollicitent des soins auprès d'un point de prestation de services des risques graves auxquels les femmes qui ont subi une MGF sont exposées pendant l'accouchement. Les femmes enceintes qui ont été mutilées doivent être orientées vers un service clinique pour l'accouchement, où les complications éventuelles pourront être gérées de manière effective.
- Les complications psychosexuelles doivent être identifiées de sorte que des conseils et un appui appropriés puissent être dispensés. Il arrive que les jeunes femmes et leurs partenaires aient besoin de conseils avant le mariage afin de faire face aux complications communément associées aux MGF.
- Après avoir conseillé une femme, avec son consentement éclairé, les professionnels de santé ayant reçu une formation appropriée doivent, chaque fois que c'est possible, s'efforcer de réparer les anomalies anatomiques provoquées par les MGF. Si de tels services existent, il faut orienter les femmes vers des services de désinfibulation.
- Les Associations membres devraient inclure toutes les activités relatives aux MGF dans les indicateurs mondiaux de l'IPPF. Des données sur la prévalence et les conséquences sur la santé des MGF doivent être recueillies auprès des services cliniques, pour être utilisées comme outil de plaidoyer pour appuyer le changement politique.

1. Déclaration conjointe interorganisations sur l'élimination de la pratique préjudiciable des MGF. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007 (à paraître).

*Déclaration établie par le Groupe consultatif médical international (IMAP) en novembre 1991, modifiée par le Groupe en octobre 2001 et en octobre 2007. L'IMAP se réserve le droit de modifier la présente déclaration si des éléments nouveaux se présentent dans ce domaine.*

## Women Deliver (conférence tenue à Londres)

Des représentants de pays du monde entier se sont réunis du 18 au 20 octobre pour célébrer le 20<sup>e</sup> anniversaire du lancement de l'initiative pour une maternité sans risques et évaluer les progrès accomplis en matière de prévention des décès maternels et de promotion de la survie de la mère et de l'enfant.

Plus de 1 500 délégués venus de 109 pays y ont assisté, parmi lesquels des hommes politiques, des défenseurs des droits de l'homme, des professionnels de santé, des économistes, des journalistes et des représentants d'organisations de la société civile. La Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) était l'un des 12 partenaires du groupe de planification principal. Divers membres du personnel et des volontaires de l'IPPF ont animé des sessions de la Conférence et/ou ont fait des exposés.

Les participants à la conférence ont identifié les conditions qui doivent être remplies pour que s'améliore la santé maternelle et infantile, sur lesquelles il faudra se concentrer davantage, parmi lesquelles :

- La prestation de soins obstétricaux d'urgence
- La prestation de soins spécialisés pendant la grossesse et après l'accouchement
- Une gamme complète de services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale pour tous (accessible et à prix abordable)
- L'établissement de partenariats avec des organisations de la société civile et d'autres organisations non gouvernementales.

Les participants ont avancé des propositions visant à remédier à certaines difficultés de la santé maternelle :

- Accroître le budget de la santé au plan national et accorder la

priorité aux programmes sanitaires aux niveaux national, régional et international

- Etablir des synergies entre le secteur de la santé et d'autres secteurs
- Organiser une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé maternelle, qui aboutirait à l'adoption d'un plan d'action mondial
- Créer un fonds mondial pour la santé des femmes
- Améliorer la collecte des données concernant la santé maternelle qui sont obtenues à l'issue d'audits de santé ou d'enquêtes confidentielles.

Un Forum ministériel s'est tenu pendant la conférence, auquel 70 parlementaires ont participé. Dans une déclaration finale, ils se sont engagés à atteindre le cinquième Objectif du Millénaire (Améliorer la santé maternelle) en en faisant « une priorité élevée des programmes de santé aux niveaux national, régional et international ».

Le 12 octobre, *The Lancet* a publié un numéro spécial consacré à la conférence, qui contenait divers articles traitant spécifiquement de questions touchant la santé maternelle (voir [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)).

Pour saluer l'organisation de cette conférence et souligner l'importance des questions touchant la santé maternelle et infantile, le *Bulletin médical de l'IPPF* publiera dans l'année à venir des articles consacrés à la santé maternelle. Un article sur la fistule obstétricale, du Dr Joseph Ruminjo, figure dans le présent numéro.

## La fistule obstétricale : un défi pour les services de santé maternelle

Joseph K. Ruminjo

### Historique et contexte

Les femmes du monde en développement paient un lourd tribut à la grossesse et à l'accouchement. En effet, plus de 300 millions d'entre elles connaissent des complications à la suite d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement. Ces complications sont les premières causes de décès et d'invalidité – on estime que chaque année 529 000 décès en résultent – alors que la plupart d'entre elles pourraient être évitées<sup>1</sup>. La disparité observée en ce qui concerne le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (1 sur 16 dans les pays les plus pauvres, mais 1 sur plus de 2 800 dans les pays développés) est l'indicateur le plus spectaculaire entre les pays qui regorgent de ressources et ceux qui en sont dépourvus.

Pour chaque décès, au moins 50 femmes (une étude de Family Health International estime que la proportion est bien supérieure) souffrent d'un grave problème de santé maternelle.<sup>2</sup> L'une des invalidités à long terme les plus dévastatrices est la fistule obstétricale, affection évitable et curable, mais susceptible de provoquer chez la femme de l'incontinence, des lésions neurologiques, et la mise au ban de la société.

### Définition et causes

La fistule obstétricale est une communication anormale entre les voies génitales (habituellement le vagin) et les voies urinaires (fréquemment la vessie) ou le tube digestif (d'ordinaire le rectum), ou les deux. Le plus souvent, elle apparaît au terme de plusieurs jours de travail prolongé, avec obstruction, pendant lesquels la tête du bébé a comprimé de façon continue les tissus mous maternels contre le pelvis, ce qui provoque une nécrose ischémique, puis la perte de tissus du périnée maternel.

Certains cas font suite à une intervention chirurgicale pratiquée pendant un accouchement difficile, notamment un accouchement vaginal instrumental, une opération vaginale étendue, ou à une lésion consécutive à l'incision de la partie antérieure de la paroi vaginale (*yankan gishiri*), un traitement traditionnel principalement répandu dans le nord du Nigéria et qui est impliqué dans 5 à 10 % des cas de fistule dans la région.

Les causes gynécologiques, parmi lesquelles le cancer et l'irradiation, sont moins fréquentes dans le monde en développement. Une exception est la fistule gynécologique traumatique, qui résulte d'actes de violence sexuelle perpétrés dans les pays en conflit, mais ce type de cause ne relève pas de ce qui est traité dans le présent article.

### Facteurs associés

EngenderHealth, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le projet *Averting Maternal Mortality and Disability (AMDD)* (Éviter les décès et les handicaps chez les mères) de l'Université Columbia ont réalisé la première évaluation multinationale des besoins en matière de fistule obstétricale et traumatique dans 12 pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud.<sup>3,4</sup> En collaboration avec d'autres institutions de premier plan et avec des partenaires nationaux et internationaux, ces organisations plaident depuis pour que se tienne un débat critique sur les politiques et programmes au plan international en matière de santé et de la reproduction

et de la maternité sans risques. Elles s'efforcent en outre de concevoir des programmes et des services spécialisés au niveau national, d'entreprendre des recherches cliniques et en sciences sociales et d'organiser des formations dans les domaines de la clinique et de la communication, à des fins de sensibilisation.

Les conclusions de cette évaluation montrent que les gouvernements et les ministères de la santé sont freinés dans leur action par des systèmes de santé inadéquats, par une pénurie de ressources humaines et par l'instabilité politique. Ils sont en outre submergés par d'autres priorités, médicales (paludisme, VIH, malnutrition) ou autres (pauvreté, conflit, insécurité, mauvaise gouvernance, inégalités). Leurs systèmes de gestion de l'information sont lacunaires, tout comme les directives et les normes politiques existantes.

Au niveau local, les problèmes suivants ont été identifiés : pauvreté, analphabétisme, infrastructure de mauvaise qualité, ignorance des signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement et absence de planification des naissances. Les normes culturelles et sexuelles et les conceptions erronées en matière de santé laissent les femmes impuissantes, notamment face aux décisions d'ordre financier ou relatives à la santé de la reproduction.

Les systèmes d'orientation des malades sont inefficaces, et les transports peu fiables et coûteux. Les structures médicales de mauvaise qualité sont perçues comme des endroits où « les gens se rendent pour mourir » ; l'infrastructure, les installations, le matériel, les fournitures et les médicaments sont inadéquats. Au niveau national ou local, les politiques, les directives et les systèmes de gestion de l'information sanitaire ne s'occupent ni de la prévention de la fistule ni des services curatifs et de réhabilitation correspondants. Quant aux honoraires pratiqués, ils sont prohibitifs. Des chirurgiens expatriés compétents et quelques médecins, infirmiers et auxiliaires médicaux autochtones dévoués et motivés se débattent avec un matériel et des fournitures inadéquates pour assurer des soins obstétricaux d'urgence et pratiquer en temps voulu des césariennes, mais de nombreuses femmes peuvent contracter une fistule en milieu hospitalier.<sup>5</sup>

Nombre des obstacles au traitement de la fistule sont très similaires à ceux qui sont décrits dans le modèle des « trois retards », conçu par Maine et al<sup>6</sup> pour la maternité sans risques, qui incluent le recours tardif aux soins de santé, le temps mis pour arriver dans la structure médicale, et le temps d'attente pour l'obtention des soins une fois sur place. On ignore dans quelle mesure d'autres facteurs de morbidité et de vulnérabilité – VIH, malnutrition, et pratiques culturelles telles que les mutilations génitales féminines – contribuent à la survenue d'une fistule et influent sur son traitement.

### Séquelles de la fistule

Parmi les effets physiques on trouve la dermatite de la vulve et des cuisses, les infections des voies urinaires, l'insuffisance rénale, les dysfonctionnements sexuels, une mortalité pouvant atteindre 90 % et l'infécondité. Les effets sociaux sont dévastateurs. L'humidité constante et l'odeur désagréable et extrêmement forte, ainsi que l'antécédent d'enfant mort-né, peuvent entraîner chez la femme une perte de dignité, lui valoir opprobre et discrimination, même au sein de sa famille, et l'abandon par son mari. La fistule a aussi des implications négatives en termes de scolarisation, d'emploi, de transport, et dans une kyrielle d'autres interactions sociales.

La fistule a une longue histoire, puisqu'il en a été fait état chez une momie égyptienne. À l'échelle de la planète, elle est fréquente dans les endroits où les soins obstétricaux d'urgence ne peuvent être fournis en temps voulu, et elle est indicative de la mauvaise qualité du système de santé maternelle : partout où l'on observe des cas de fistule, des femmes meurent pendant la grossesse ou l'accouchement.

Plus de 2 millions de femmes vivent avec une fistule obstétricale, principalement en Afrique subsaharienne et dans certaines parties d'Asie du Sud et du Monde arabe et, chaque année, on dénombre entre 50 000 et 100 000 nouveaux cas. Ces chiffres, recensés dans les structures médicales, du fait que les données communautaires sont rares, sont probablement des sous-estimations.<sup>7</sup> Il faudra de nombreuses années pour combler le retard accumulé dans l'enregistrement des cas nouveaux et anciens de fistule, compte tenu des ressources actuelles et du nombre de cas traités.

Toutes les femmes ou presque peuvent développer une fistule. La plupart sont de jeunes mères primipares, dont en général l'enfant est mort-né, malgré une intervention médicale tardive.<sup>3</sup> La pauvreté extrême, un état de santé compromis, peu ou pas d'éducation, un accès limité aux services de santé, l'inégalité des sexes, la mauvaise gouvernance, voire l'absence de responsabilisation de gouvernement et des prestataires sont autant de facteurs qui y contribuent. Dans les situations d'urgence, le risque est accru lorsque la préférence culturelle privilégie un accouchement à domicile pour le premier enfant et n'accepte pas à la césarienne.

### Interventions menées dans le cadre de programmes

Les systèmes de santé ont besoin d'une amélioration, des politiques d'appui et des directives et normes au niveau national et dans les établissements

sanitaires. On observe un manque criant de normalisation des directives et des documents utilisés pour la formation et la prestation de services, de la classification des fistules et des recherches cliniques et opérationnelles en matière de prévention, de traitement et de réinsertion sociale.

Il est nécessaire de mener un effort coordonné pour régler ce problème de santé publique. Les principaux acteurs comprennent les gouvernements, les organisations non gouvernementales (ONG) internationales et nationales, les associations professionnelles et les bureaux régionaux, les prestataires de services et les partenariats entre secteur public et secteur privé.

## Prévention

Le coût de chirurgiens compétents, de prestataires de santé et d'autres ressources est prohibitif pour réparer une fistule dans un milieu défavorisé – là où c'est le plus nécessaire. Dès lors, la prévention est essentielle. Elle implique l'engagement de multiples secteurs et partenaires, pour assurer grossesses et accouchements sécurisés. Les responsables politiques doivent allouer équitablement les ressources et faire appliquer la législation contre le mariage des enfants. Il faut disséminer l'information au sujet de la planification familiale et assurer son accès, à grande échelle; dispenser des services de santé de haute qualité dans des structures dont le personnel est bien formé et où le matériel est adéquat. Enfin, les agents de santé locaux, par exemple les accoucheuses traditionnelles, doivent eux aussi collaborer.

Les initiatives pour la maternité sans risques doivent définir des normes minimales pour les interventions et la méthodologie employée pour garantir l'adoption au niveau national et institutionnel de politiques de sensibilisation, d'amélioration de l'information et de la prestation de services de santé de qualité, qui doivent inclure une gamme de stratégies de prévention précoce et tardive contre la mortalité et la morbidité maternelles, y compris la fistule.

L'initiative doit préserver la santé et la qualité de la nutrition de toutes les femmes enceintes, améliorer l'environnement du fœtus, faire en sorte que les fillettes soient nourries, éduquées et vaccinées, inclure des services de planification familiale ou de référence, et faire en sorte que les femmes reçoivent une information de qualité et puissent se rendre, pour y recevoir des soins, dans des structures de santé intégrées, axées sur le client.

Ces interventions doivent être intégrées dans un programme de maternité sans risques horizontal. Pour ce faire, il faut :

- Encourager le renforcement des liens entre les collectivités locales et les structures cliniques en éduquant au sujet de la grossesse sans risques et des soins adéquats pour l'accouchement, en dialoguant, en montrant comment on se prépare aux situations d'urgence et au besoin de moyens de transport (à l'aide du microcrédit et d'assurances)
- Renforcer la capacité des structures médicales afin qu'elles incluent une gamme complète de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, ainsi que le suivi systématique du travail (à l'aide d'un partographe) et la pratique des césariennes
- Des évaluations régulières de la qualité des soins, un facteur crucial pour les chances de survie de la mère et du nouveau-né
- L'utilisation d'une sonde urinaire à demeure peut empêcher l'apparition d'une fistule résultant d'un accouchement prolongé avec obstruction, ou faciliter la guérison d'une fistule existante.<sup>8</sup>

## Traitement

Certaines femmes économisent pendant plusieurs années pour pouvoir régler des frais médicaux et de transport. Le retard accroît la probabilité de complications médicales et psychosociales. Toutefois, la communauté peut s'employer activement à exiger un traitement des fistules au moyen d'une campagne de sensibilisation et en s'assurant le concours des hommes à tous les niveaux. Les responsables politiques peuvent mobiliser les ressources nécessaires ; on peut informer les hommes, grâce à la radio, au théâtre, à la musique et à d'autres moyens interactifs, pour informer des ressources dont les femmes ont besoin et qui doivent être à leur disposition.

Les centres de traitement doivent moderniser l'infrastructure, les installations, le matériel d'utilisation générale et spécifique à la fistule, améliorer les fournitures et les médicaments. Ces centres doivent recevoir des appuis sous forme de politiques nationales et individualisées, de supervisions facilitatives, d'un suivi et d'une évaluation de la performance des prestataires, de la qualité des formations, des soins, et de la gestion financière. La supervision médicale et le suivi de l'exécution des programmes sont importants, et les systèmes logistiques et de gestion de l'information sanitaire doivent être améliorés.

Il est difficile de motiver, de former et de retenir des chirurgiens spécialisés en fistules obstétricales. Ils souhaitent avoir des perspectives de carrière, être reconnus sur un plan professionnel, avoir un environnement de travail adapté et bénéficier de l'appui de ceux qui les supervisent. Il faut développer les compétences des infirmiers, des anesthésistes, les travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes.

## Réinsertion

Les femmes qui ont vécu avec une fistule pendant une période relativement courte avant d'être opérées avec succès se réinsèrent plus facilement dans leur communauté.

Dans le cas d'une opération infructueuse, ou s'il est nécessaire de mettre en place une déviation urinaire ou fœcale avec une stomie, des problèmes médicaux, logistiques, éthiques et sociaux peuvent survenir.

Une réadaptation physique, psychologique et professionnelle est nécessaire. EngenderHealth a mis au point un programme de conseils en matière de fistules. Les femmes qui en ont été victimes ont particulièrement besoin d'être conseillées en raison du traumatisme physique et psychique subi auparavant ou encore présent, de leur ambivalence au sujet de la planification familiale, des menaces sur l'exercice de leur droit de faire un choix informé, et de leur vulnérabilité face au VIH. Certaines ONG et associations locales leur apprennent à maîtriser leurs finances, à acquérir des compétences génératrices de revenus et à se prévaloir du microcrédit, en liquide ou en nature.

Les interventions visant à faciliter la réinsertion doivent impliquer la femme, sa famille, et sa communauté afin de surmonter l'opprobre, la discrimination et les conceptions erronées au sujet de la fistule. La collectivité peut contribuer à la prévention de la fistule grâce à des dons financiers ou à son travail, et se mettre en contact avec des prestataires de santé pour identifier les femmes qui ont une fistule et exiger qu'elles soient traitées.

## Impact

Les femmes bénéficieront d'interventions qui leur sauveront la vie, de grossesses et d'accouchements plus sûrs ; les nouveau-nés seront en meilleure santé et il sera possible de prévenir et de traiter la fistule. Lorsqu'elles prendront des décisions, en connaissance de cause, les femmes se verront garantir respect, dignité et confidentialité. Du fait qu'elles auront une confiance accrue dans la qualité des services, elles seront davantage disposées à retourner.

Pour empêcher les infections et traiter les complications liées à la grossesse, les prestataires de services de santé pourront utiliser de bonnes pratiques basées sur l'évidence scientifique, utiliser du matériel correspondant à l'état actuel des techniques, et se prévaloir de systèmes de gestion modernes. Ils seront en mesure d'atténuer la réprobation sociale associée à la fistule, de conseiller les clientes et de les orienter vers des services de planification familiale, de santé maternelle et infantile et autres.

Les structures locales et les systèmes de santé seront transformés, car les moyens et l'appui dont disposeront les services de santé de la reproduction, et de maternité sans risques seront renforcés de façon viable.

## Conclusion

La prévention et le traitement de la fistule sont possibles sur la base d'une collaboration étroite avec les partenaires locaux et internationaux. Les nombreuses femmes qui deviennent enceintes partout dans le monde à chaque minute ne méritent rien de moins.

Dr Joseph Ruminjo  
Senior Clinical Manager,  
Safe Motherhood Programme, EngenderHealth/ACQUIRE.

1. World Health Organization. World Health Day highlights scandal of 600 maternal deaths each year. Press release, WHO/33, April 6, 1998. [www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-33.html](http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-33.html)
2. Family Health International. The base of the iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1997.
3. United Nation's Population Fund (UNFPA), EngenderHealth. Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries. New York, NY: UNFPA & EngenderHealth, 2003
4. EngenderHealth, Mailman School of Public Health of Columbia University. Obstetric fistula: a needs assessment in Ghana and Rwanda; expanding knowledge. New York, NY: EngenderHealth & Columbia University, 2004.
5. Association of East, Central and Southern African Obstetrics and Gynecology Societies (2005). Women's Dignity Project Symposium on Obstetric Fistula, ECSAOGS 7<sup>th</sup> Scientific Conference, Dar-es-Salaam, Tanzania Nov 13-16, 2005.
6. Maine D et al. Prevention of maternal deaths in developing countries: Programme options and practical considerations. Paper presented at the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, 10-13 February, 1987.
7. Murray C, Lopez A, eds. Health dimensions of sex and reproduction: The global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies. Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and World Bank, 1998; p390.
8. Waaldijk K. Immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **191**: 795-99
9. Ghachatou AK. Taking care of fistula patient's social reintegration. Presentation at International Fistula Ethics Meeting, Duke University, Durham, NC, Feb 2007. [mc.duke.edu/pdf/Ghachatou.pdf](http://mc.duke.edu/pdf/Ghachatou.pdf)