

DEUXIÈME RÉUNION DU GROUPE DE TRAVAIL



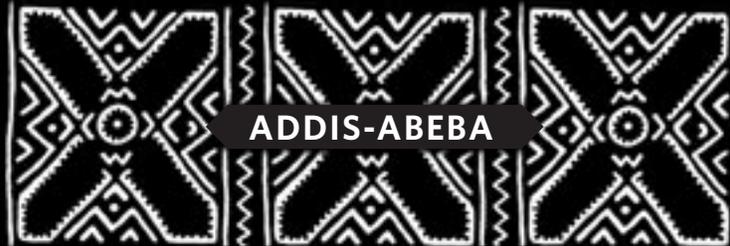
POUR LA

PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT



DE LA

FISTULE OBSTÉTRICALE



ADDIS-ABEBA

30 OCTOBRE-1er NOVEMBRE 2002



TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Avant-propos	3
Points d'action clefs qui se sont dégagés de la réunion	4
Un mot d'explication concernant la fistule	6
Pour un plan d'action	8
Des stratégies, fondées sur les évaluations, pour lutter contre la fistule	13
Points mis en exergue par les groupes de travail	16
L'UNFPA et la fistule	22
Résumés des évaluations des besoins	24
Bénin	24
Tchad	25
Kenya	26
Malawi	27
Mali	28
Mozambique	29
Niger	30
Nigéria	31
Tanzanie	32
Ouganda	33
Zambie	34
Agenda	35
Liste des participants	37

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organisations ont contribué au succès de la réunion, à commencer par celles qui en avaient jeté les bases. Les remerciements vont tout d'abord au Dr Andrew Arkutu, qui s'est intéressé à la fistule obstétricale bien avant que cette question ne soit largement débattue, et au Nafis Sadik, qui a su porter cette question à l'attention des organisations multilatérales. La participation à la réunion, avec leurs expériences et leurs opinions, des chirurgiens qui se dépensent pour opérer les femmes souffrant d'une fistule, a permis d'asseoir les débats sur une base pratique et informée. Nos remerciements vont tout particulièrement aux médecins Catherine Hamlin, Ann Ward, John Kelly et Barbara Kwast. Il faut féliciter EngenderHealth, le Women's Dignity Project et la Fondation africaine de médecine et de recherche, qui ont fait un travail remarquable d'évaluation des besoins. Nous remercions Mary Nell Wegner, Maggie Bangser et le Dr Julius Kiiru, qui nous ont présenté des exposés aussi instructifs qu'approfondis, et l'équipe d'appui technique de l'UNFPA à Addis-Abeba pour l'excellent soutien logistique qu'elle a fourni. Nous avons également beaucoup apprécié l'excellente contribution d'Amy Pollack, Président d'EngenderHealth, et de Lord Patel, Vice-Président de la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, ainsi que celles du Dr Doyin Oluwole du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), du Dr Luc de Bernis du siège de l'OMS et de Petra Ten Hoope de la Confédération internationale des sages-femmes. Enfin, nous souhaitons remercier de leur participation active les nombreux collaborateurs de l'UNFPA en provenance de 12 bureaux de pays, de trois équipes d'appui de pays et du Groupe de travail sur la fistule du siège, ainsi que des membres de la Division de l'appui technique, de la Division de l'information, du Conseil d'administration et de la mobilisation des femmes et de la Division Afrique. La réunion a été rendue possible grâce au soutien financier généreux de l'Université Columbia et de son programme de prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles, de la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, d'EngenderHealth et de l'UNFPA. Nous tenons enfin à remercier particulièrement Laura Weil, qui s'est dépensée sans compter pour que le présent rapport puisse voir le jour.

LISTE DES SIGLES

AMDD	Averting Maternal Death and Disability (Université Columbia)
AMREF	Fondation africaine de médecine et de recherche
EAT	Equipe d'appui technique
FIGO	Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
OMS	Organisation mondiale de la santé
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
WHO	World Health Organization
WDP	Women's Dignity Project

AVANT-PROPOS

La publication du présent rapport de la deuxième réunion du Groupe de travail pour la prévention et le traitement de la fistule obstétricale est pour moi une source de grande satisfaction. La réunion de cette année a bénéficié de l'apport d'une équipe d'experts d'une valeur exceptionnelle et suscité un grand enthousiasme chez tous ceux qui sont résolus à aller de l'avant. Elle a réuni des représentants de plusieurs divisions du siège de l'UNFPA et de 12 bureaux de pays, ainsi que de quelques-unes des organisations les plus importantes qui oeuvrent dans ce domaine, à savoir l'Organisation mondiale de la santé, le Programme de prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles de l'Université Columbia, la Fondation africaine de médecine et de recherche, la Confédération internationale des sages-femmes, la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, le Women's Dignity Project et EngenderHealth.

Une grande partie de la réunion a été consacrée à la présentation d'évaluations des besoins de 12 pays d'Afrique. EngenderHealth a évalué les besoins de neuf pays, la Fondation africaine de médecine et de recherche a évalué les besoins du Kenya, et le Women's Dignity Project a évalué la situation en Tanzanie. Les docteurs Catherine Hamlin et Ruth Kennedy ont présenté de leur côté des informations concernant la situation en Éthiopie. Ces évaluations fournissent, pour la première fois, une base claire et informée sur laquelle il sera possible de concevoir un plan d'action réaliste en vue de la lutte contre la fistule dans la région. Pareille information devrait également permettre de lever le voile de honte et de secret qui dissimule la tragédie de la fistule. Nous espérons un soutien accru de beaucoup de programmes qui sont parmi les meilleurs déjà en place en Afrique, et la création d'un réseau régional de prévention et de traitement de la fistule.

Dans le bref espace des deux années écoulées, des progrès remarquables ont été accomplis sur le plan de la sensibilisation et de la mobilisation des ressources en faveur de la prévention et du traitement de la fistule. Mais il reste beaucoup à faire. Nous sommes résolus à poursuivre cette action et à la développer de façon que les femmes souffrant d'une fistule puissent mener à nouveau une vie pleinement normale et active, et que ce fléau soit épargné à d'autres femmes.



Mari Simonen
Directrice de la
Division de l'appui technique
UNFPA

POINTS D'ACTION CLEFS QUI SE SONT DÉGAGÉS DE LA RÉUNION

1. Encourager l'intégration de la prévention de la fistule et des soins dans les services en luttant contre la pratique des mariages précoces et autres pratiques qui entraînent la morbidité et la mortalité maternelles permet d'améliorer la vie des femmes d'une manière générale. De plus, la prévention et le traitement de la fistule permettent de mesurer vraiment la valeur et la qualité d'ensemble des services obstétricaux d'un pays. La question de la fistule peut servir d'entrée en matière lorsque l'on tente de persuader les gouvernements d'appuyer les programmes de la maternité sans risques en affectant les fonds requis pour permettre à un personnel qualifié d'être présent à l'accouchement et d'intervenir en temps voulu lorsque se produisent des complications obstétricales. La concertation avec les décideurs à l'effet de prévenir les fistules causées par la dystocie d'obstacle ne peut que renforcer l'ensemble des services obstétricaux d'urgence et contribuer également à réduire la mortalité maternelle et infantile.

2. Continuer l'action entreprise dans les pays dont les besoins ont été évalués. Le Bénin, le Kenya, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, le Tchad et la Zambie vont chacun recevoir une subvention pour leur permettre de concevoir des projets de pays à partir des conclusions de l'évaluation des besoins. Ce travail d'élaboration va commencer en 2003, et les projets retenus, qui devraient couvrir une période allant de trois à cinq ans, seront mis en oeuvre à partir de 2004. L'Éthiopie, le Kenya et la Tanzanie fourniront un soutien à ces nouveaux projets grâce à l'expérience qu'ils ont acquise dans la lutte contre la fistule et son traitement.

3. Continuer les campagnes médiatiques et les activités de plaidoyer. Une campagne mondiale de plaidoyer va être menée de pair avec l'élaboration de programmes de pays. Tous les collaborateurs et membres des groupes de travail de l'UNFPA seront invités à faire des exposés sur la fistule lors de conférences nationales et internationales. De plus, les conclusions des neuf évaluations de besoins réalisées par EngenderHealth et financées par l'UNFPA seront publiées et rendues facilement accessibles aux décideurs, praticiens et militants. Le lancement de la publication se fera avec tous les moyens requis. Le Groupe de travail va explorer de manière approfondie la possibilité de concevoir l'organisation d'un mois de sensibilisation à la fistule.

4. Améliorer la communication entre les prestataires de services, les décideurs, les ONG et autres parties intéressées. À mesure que les activités concernant la fistule vont aller en se développant, il sera important de pouvoir compter sur une communication étroite entre prestataires de services, planificateurs et militants. Le Groupe de travail va s'adresser aux ONG et organisations de femmes et créer des comités directeurs pour traiter de questions concrètes comme la prévention et la formation des fournisseurs de traitement. Dans le domaine de la formation, les comités directeurs s'emploieront également à arrêter des normes de formation pour les prestataires de traitement et à mettre au point des matériels de formation. On pourrait également prévoir l'octroi d'une subvention aux institutions pour leur permettre de développer leur offre en matière de formation.

5. Proposer des services de traitement de la fistule gratuits ou largement subventionnés.

Ce sont les femmes les plus pauvres qui sont le plus exposées à la fistule, car elles se marient généralement jeunes et ont peu d'accès à l'éducation et aux services de soins de santé. Il arrive que toutes leurs économies leur permettent uniquement de se faire transporter jusqu'à un établissement de soins; après quoi, il leur faut faire face au coût de l'intervention chirurgicale et de la rééducation. Il faut prévoir des fonds pour permettre à ces femmes de recevoir des soins.

6. Étendre les activités de prévention de la fistule à de nouveaux pays et régions.

Continuer de cataloguer les activités et les services dans ce domaine, y compris les services de soins obstétricaux d'urgence. Le résultat auquel il faut tendre, c'est la création de centres pour le traitement de la fistule et la formation dans chaque pays concerné.

7. Éliminer la pauvreté et améliorer la condition socioéconomique de la femme.

Le terrain d'élection de la fistule, c'est la pauvreté, et, à son tour, la fistule entrave le bien-être économique des femmes et, en définitive, celui de leur communauté.

UN MOT D'EXPLICATION CONCERNANT LA FISTULE

La fistule obstétricale est une lésion du tissu pelvien causée par un travail prolongé et entravé (dystocie d'obstacle) pouvant durer jusqu'à cinq jours. Il s'agit littéralement d'un orifice entre le vagin et la vessie ou le rectum, voire les deux, qui provoque une incontinence urinaire et/ou fécale totale. Les cas les plus fréquents de dystocie d'obstacle se produisent lorsque l'enfant ne parvient pas à passer par le col de l'utérus parce qu'il est trop grand ou que le bassin de la mère est trop étroit, ou encore lorsque l'enfant se présente mal chez une mère multipare. Faute de traitement, cette dystocie d'obstacle peut entraîner la mort du bébé et de la mère, ou une fistule obstétricale chez les femmes qui survivent. La plupart des femmes ayant une fistule accouchent d'enfants mort-nés.

La fistule obstétricale est un fléau dévastateur et évitable qui frappe avant tout des femmes jeunes et pauvres démunies des moyens nécessaires pour avoir accès à des soins maternels de qualité. L'écoulement provoqué par la fistule fait que les femmes sont constamment mouillées et qu'elles souffrent souvent d'ulcération génitale, d'infections et d'une odeur humiliante. Environ 20 % d'entre elles souffrent de pieds tombants, suite de compression à la nerveuse ce qui entrave leurs activités quotidiennes. Il est symptomatique que leur partenaire, leur famille et leur communauté les fuient, parce qu'ils les considèrent comme impures, et beaucoup de ces femmes en sont réduites à vivre pratiquement à l'écart. Faute de soutien financier, nombre de ces femmes sont contraintes de mendier pour survivre et elles sont tout particulièrement exposées à la malnutrition et à la violence.

La pauvreté est la cause fondamentale de la fistule. Une nutrition inadéquate, un retard de croissance, un accès limité aux soins de santé et

des traditions favorisant les mariages et grossesses précoces sont autant de facteurs qui contribuent à la dystocie d'obstacle. Des pratiques traditionnelles comme les mutilations de l'appareil génital féminin, en particulier les mutilations du type III, peuvent également aboutir à la formation d'une fistule. Celle-ci se rencontre le plus fréquemment dans des communautés pauvres d'Afrique et d'Asie. On estime que plus de deux millions de femmes en sont affligées. Dans les pays où le taux de mortalité maternelle est élevé, pour 1 000 naissances, on compte de deux à trois femmes qui seront atteintes de fistule. Rien qu'en Afrique, cela signifie de 50 000 à 100 000 nouveaux cas de fistule chaque année. Les femmes qui ne bénéficient pas d'un traitement sont exposées non seulement à une vie malheureuse et à l'écart de tous, mais également à une mort lente et prématurée des suites des cas fréquents d'infection et d'insuffisance rénale.

Heureusement, comme une abondante littérature nous l'indique, des chirurgiens expérimentés arrivent à traiter avec succès de 80 à 90 % des cas (selon le type de fistule) et permettent de la sorte aux patientes de mener à nouveau une vie normale et épanouie. Cependant, les pays africains dans lesquels l'incidence de la fistule est la plus élevée sont aussi des pays qui manquent des installations et du savoir-faire médical requis pour proposer pareil traitement. Il n'y a qu'une poignée de pays, en particulier l'Éthiopie et le Nigéria, qui possèdent des centres spécialisés, et ceux-ci ne peuvent satisfaire le besoin énorme de soins en la matière. Il est absolument urgent de développer les capacités de traitement de la fistule, alors qu'environ 1 million et demi de femmes et de jeunes filles attendent une intervention chirurgicale. Il faut renforcer les centres existants et créer

de nouveaux centres. Il est nécessaire à cet effet de sensibiliser le grand public à la prévalence de la fistule et aux difficultés qu'elle cause et de mieux faire comprendre les causes et le traitement de la fistule.

Autrefois, la fistule était répandue en Europe et aux Etats Unis, mais les soins médicaux modernes l'ont fait disparaître. Le fait que les pays industrialisés et de nombreux pays en développement ont mené avec succès la lutte contre la fistule montre qu'il existe des solutions praticables, même dans des pays pauvres. La persistance de la fistule renvoie à une situation dans laquelle l'accès à des services obstétricaux d'urgence est tout à fait insuffisant. La fistule obstétricale est une question inextricablement liée à la condition inférieure réservée aux femmes et aux jeunes filles. On se trouve ici en présence des droits fondamentaux, et l'UNFPA est résolue à rendre les femmes et les jeunes femmes qui souffrent d'une fistule à une vie dans la dignité et la santé.

POUR UN PLAN D'ACTION

Le ton de la deuxième réunion du Groupe de travail pour la prévention et le traitement de la fistule obstétricale était à l'enthousiasme, les participants se félicitant du travail déjà accompli et se montrant résolus à relever les défis à venir. La réunion avait été élargie de manière à accueillir non seulement les membres du Groupe de travail original, mais également davantage d'ONG et de praticiens travaillant sur cette question. Conformément à ce qui avait été envisagé, les participants ont examiné le suivi des mesures prises l'année précédente et se sont attelés à l'élaboration d'un programme orienté vers l'action.

Une grande partie de la réunion a été consacrée à la présentation et à la discussion des 12 évaluations des besoins décidées en 2001 et réalisées par l'UNFPA, en collaboration avec des partenaires, dont le Programme de prévention de l'invalidité et des décès maternels de l'Université Columbia, EngenderHealth, la Fondation africaine de médecine et de recherche et le Women's Dignity Project. Les évaluations devaient offrir un aperçu général des expériences des femmes souffrant d'une fistule, ainsi que des ressources mises à leur disposition. C'est la première fois que de telles évaluations ont été réalisées, les services disponibles n'ayant été catalogués adéquatement dans aucun des pays d'Afrique. Ceci a contribué à rendre le problème opaque et a compliqué la fourniture d'un soutien stratégique aux programmes.

La fistule est répandue dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie et du Moyen-Orient, mais il est extrêmement difficile de déterminer sa prévalence avec exactitude. Dans de nombreux cas, les services travaillant sur la fistule fonctionnent en dehors du secteur public de la santé et font appel à des chirurgiens étrangers invités. L'ampleur de la face cachée du problème

échappant aux évaluations des besoins a surpris plus d'un participant, même ceux d'entre eux qui travaillent en Afrique. On trouvera à la page ... et aux pages suivantes...des résumés des évaluations. On pourra se procurer des exemplaires cartonnés des rapports proprement dits auprès de l'UNFPA, d'EngenderHealth, du Women's Dignity Project et de la Fondation africaine de médecine et de recherche. On pourra aussi les consulter sur le site Web de l'UNFAP (www.unfap.org).

Une subvention d'un montant de 40 000 dollars destinée à la formulation de projets sera disponible aux fins d'examen et d'élaboration d'un plan dans chaque pays ayant fait l'objet d'une évaluation des besoins. Une grande partie de ce montant a été offerte généreusement par le Gouvernement finlandais. Elle devra servir à encourager l'élaboration de programmes d'action intégrés pour lutter contre la fistule dans chaque pays. Les projets pourront comprendre des activités de plaidoyer, de formation, de réhabilitation et de sensibilisation. Plusieurs pays ont présenté des projets dans les mois qui ont suivi immédiatement la réunion, témoignant ainsi d'une forte motivation à lutter contre la fistule au niveau de pays. L'Ouganda a été le premier bureau extérieur à bénéficier de la subvention pour la formulation de projets.

Les méthodes utilisées pour les évaluations des besoins ont été variées. EngenderHealth a travaillé en coopération avec les bureaux extérieurs de l'UNFPA pour se rendre sur les lieux et remettre des questionnaires standard aux personnalités et institutions qui s'occupent des patientes souffrant d'une fistule. Ensemble, ils ont également effectué une recherche qualitative auprès des patientes et des survivantes. Le Women's Dignity Project a travaillé avec le Ministère de la santé pour adresser un questionnaire d'une page

« Je me trouvais dans le district de Rakai pour faire un exposé à des villageois sur l'éducation sanitaire et je voulais faire part à mon auditoire de la venue prochaine d'un chirurgien spécialiste de la fistule. Je me suis dit qu'il me fallait toucher un mot de la fistule, car je ne savais pas exactement comment cela se disait dans la langue vernaculaire. J'en étais arrivé à mi-chemin de mon explication, lorsqu'un homme leva la main et dit : "Mais cela n'arrive-t-il pas toujours en cas d'accouchement?". Et je compris en un éclair que je me trouvais dans une communauté où pratiquement chaque femme avait une fistule ... »
—Un prestataire de soins de santé en Ouganda

à tous les hôpitaux (hôpitaux de district, hôpitaux régionaux et hôpitaux de mission) en Tanzanie. Le taux de réponse exceptionnellement élevé (80 %) illustre tout l'intérêt porté à la question. Les hôpitaux vers lesquels des patientes avaient été aiguillées ont été approchés séparément. La Fondation africaine de médecine et de recherche a utilisé un questionnaire analogue à celui utilisé par EngenderHealth.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DES ÉVALUATIONS DES BESOINS

Les évaluations des besoins nous ont appris beaucoup sur les facteurs qui contribuent à l'incidence de la fistule et à l'impact de celle-ci sur la vie des femmes. Voici un bref exposé des facteurs communs qui se sont dégagés des évaluations des besoins :

Pauvreté. La pauvreté est une cause déterminante du mauvais état de santé en général et présente des liens avec la fistule à de nombreux niveaux. Elle peut contribuer à la formation de fistules en causant la malnutrition, laquelle peut à son tour entraver le développement du bassin. Elle peut également déterminer des mariages et accouchements précoces.

Des soins dispensés à la naissance et des soins obstétricaux d'urgence en cas de dystocie d'obstacle peuvent s'avérer trop coûteux pour des personnes pauvres. La pauvreté réduit également la possibilité pour une femme de s'adresser à un chirurgien, même si le coût des interventions chirurgicales et les méthodes de recouvrement de ces coûts présentent un large éventail. Dans beaucoup de pays, l'intervention est payante, souvent selon une échelle mobile.

Dans presque tous les cas de fistule signalés, le manque de soins dispensés par des personnes expérimentées – médecins, sages-femmes ou infirmières – a eu pour résultat un accouchement prolongé sans intervention appropriée. Plusieurs raisons expliquent pourquoi les accouchements se font sans assistance qualifiée. L'une de ces raisons est la tradition. Dans beaucoup de pays, une forte valeur culturelle s'attache à l'accouchement à domicile. Cela peut être imputé à la crainte d'accoucher en présence d'étrangers (surtout des hommes), ou à l'idée que l'accouchement est un rite de passage qu'il faut entreprendre seule. Mais il est beaucoup d'autres cas qui tiennent simplement au fait qu'il y a trop peu de personnel qualifié ou qu'il est inaccessible, en particulier dans les zones rurales, ou au manque de travailleuses sanitaires. Les évaluations ont proposé plusieurs solutions, dont celles consistant à déployer un personnel mieux formé dans les zones rurales et à

« Ces femmes sont tellement pauvres ... elles viennent à nous entièrement démunies. Elles n'ont pas de quoi manger, en général elles n'ont personne pour s'occuper d'elles pendant leur séjour à l'hôpital, et souvent elles souffrent de paludisme, de tuberculose et parfois encore d'autres infections. Elles sont presque toujours victimes de malnutrition, et le spectre de la famine n'améliore pas les choses ... »

— Un prestataire de soins de santé au Malawi

payer mieux ce personnel lorsqu'il est déjà établi dans les zones rurales de manière à les inciter à y poursuivre leur travail.

Manque de soins obstétricaux d'urgence.

Les évaluations ont révélé de nombreuses raisons culturelles et socioéconomiques poussant les femmes à choisir de renoncer aux soins obstétricaux dispensés dans un hôpital. Dans plusieurs pays, les femmes ont dit qu'elles répugnaient à se faire soigner dans un hôpital, établissement qu'elles associaient à la mort. Certaines femmes ne veulent pas être confiées aux soins d'un personnel du sexe masculin. Dans certaines régions, les femmes pensaient que le personnel hospitalier ne serait pas attentif à leurs besoins, voire qu'il leur serait carrément hostile. Certaines femmes, par exemple, avaient entendu dire qu'elles ne seraient pas autorisées à accoucher en position accroupie, position qui leur paraissait préférable. D'autres craignaient d'être soumises à un dépistage obligatoire du VIH. La décision de solliciter des soins obstétricaux d'urgence est également tributaire de considérations liées au coût et au transport. Dans de nombreux cas, même lorsqu'une femme souhaite se faire soigner dans un hôpital, elle ne peut le faire qu'avec le consentement de son mari ou d'un proche du sexe masculin.

Manque de moyens de transport. Dans pratiquement tous les pays étudiés, les cas de fistule étaient concentrés géographiquement dans des régions rurales, en particulier des régions pauvres et reculées ayant un accès limité aux transports et aux services. Dans ces régions, il est extrêmement difficile de trouver un moyen de transport pour aller à l'hôpital, et lorsqu'il en existe, le coût peut être très élevé, et il est souvent exorbitant pour des femmes pauvres. Cette situation est encore aggravée par le fait que les femmes peuvent n'avoir pas le pouvoir de prendre des décisions importantes, comme celle de se faire soigner, ou de consentir des sacrifices financiers pour obtenir un transport, même lorsqu'il y a va de leur vie.

Manque de sensibilisation des décideurs.

Rares sont les décideurs qui saisissent l'ampleur des problèmes qui se posent aux femmes ayant une fistule. Dans plusieurs cas, une fois que les décideurs avaient pris la mesure de ces problèmes, ils se sont montrés résolus à consacrer leur énergie et des ressources pour trouver des solutions. Les prestataires de soins de santé sont mieux au fait de la question, mais il arrive que certains d'entre eux sous-estiment la gravité des difficultés avec lesquelles les femmes atteintes sont aux prises.

Pénurie de chirurgiens spécialisés. On observe qu'il existe trop peu de chirurgiens formés, en particulier dans les pays où la fistule est la plus prévalente, de chirurgiens possédant l'expérience et le savoir-faire requis dans ce domaine. De ce fait, il faut faire appel à des chirurgiens étrangers, ce qui crée des problèmes de viabilité pour les services spécialisés dans la fistule. Même dans les pays où le traitement de la fistule fait partie des programmes de cours des futurs médecins, beaucoup d'entre eux choisissent des spécialités plus rémunératrices et préfèrent s'installer dans les villes plutôt que dans les zones rurales. Faute d'expérience, il y a très peu de praticiens capables d'effectuer ces opérations compliquées. Cette pénurie ne se limite pas à la fistule. Dans certains pays, elle se manifeste dans presque tous les secteurs de soins de santé. Au Malawi, par exemple, on manque cruellement de personnel infirmier dans toutes les spécialités.

Information insuffisante concernant les possibilités d'intervention. Dans beaucoup de pays, rares sont les femmes qui savent qu'il est possible d'opérer de la fistule et que cela se fait. Aussi de nombreuses femmes souffrent-elles d'une fistule depuis de longues années. Toutefois, dès lors que des campagnes de communication sont lancées et que le « bouche à bouche » fonctionne, comme cela a été le cas au Tchad, on voit que les femmes demandent à bénéficier de ce traitement. Plusieurs pays hésitent cependant à faire trop de publicité pour de telles

interventions chirurgicales, par crainte de susciter de faux espoirs et d'être ensuite submergés par des demandes qu'ils ne pourront satisfaire. Ils craignent de traumatiser davantage encore des femmes qui n'hésitent pas à dépenser tout ce qui leur reste pour se rendre dans un établissement hospitalier et y attendre indéfiniment d'être traitées ou s'entendre dire que les services visés n'existent plus.

Manque d'intégration des services. Bien que les femmes souffrant d'une fistule aient des relations sexuelles, il arrive souvent que les conseils en matière de VIH ne soient pas inclus dans le traitement de la fistule. Selon de nombreux prestataires de soins de santé, des services de conseils VIH ne feraient qu'ajouter au « fardeau psychologique » des patientes. Toutefois, certains établissements

hospitaliers, comme l'hôpital Evangel dans le nord du Nigéria, proposent aux patientes qui souffrent d'une fistule un dépistage volontaire du VIH et des services de conseils.

Offre insuffisante de conseils en matière de contraception. Les services de conseils offerts avant et après une intervention chirurgicale n'incluent habituellement pas des conseils en matière de contraception, malgré toute l'importance que de tels conseils revêtent pour des femmes ayant une fistule. Après une intervention, ces femmes devraient éviter d'être enceintes immédiatement; lorsque cela arrive, elles devraient subir une césarienne pour éviter une nouvelle fistule. On part, semble-t-il, de l'idée que les femmes souhaitent être à nouveau enceintes immédiatement après une intervention ou qu'elles n'ont pas de relations sexuelles. Dans certains cas, les patientes

À L'HÔPITAL D'ADDIS-ABEBA ET DANS LE VILLAGE DE LA JOIE

Tous les participants ont pu se joindre à une visite de l'hôpital d'Addis-Abeba où sont soignées des patientes de la fistule. La visite a été effectuée sous la conduite du Dr Catherine Hamlin, qui a fondé l'hôpital en 1974 avec son mari, le Dr Reginald Hamlin, décédé depuis. Il s'agit d'un des rares hôpitaux dans le monde qui sont spécialisés dans le traitement de la fistule, et il joue également le rôle de centre international de formation. Les participants ont visité les salles d'opération, les salles de réanimation, le centre de kinésithérapie et les cuisines. Ils ont également eu l'occasion de saluer des femmes qui venaient d'arriver après un voyage de trois jours pour être opérées, ainsi que d'autres patientes qui avaient été opérées avec succès et s'apprêtaient à regagner leur foyer.

Le groupe a également visité le « Village de la joie » (Desta Mender), qui était en construction à cette époque, mais qui s'est ouvert depuis et constitue une oasis rurale pour des femmes souffrant d'une fistule chronique. Un petit nombre d'entre elles (environ 3 % des personnes traitées) ont subi de tels dommages lors de l'accouchement qu'il n'est pas possible de les opérer, et elles nécessitent des soins constants.

Malgré cela, près de 40 patientes ont reçu une formation d'aide-soignante, ce qui leur permet de soigner et de réconforter des femmes qui se trouvent dans la même situation qu'elles. D'autres ne sont pas en mesure de travailler à temps plein comme soignantes, et on leur propose des tâches moins contraignantes. En 2000, le Gouvernement éthiopien a donné à l'hôpital un terrain de 21 hectares de terres agricoles en dehors d'Addis-Abeba pour y construire un village d'« autoassistance » pour ses patientes. Un financement complémentaire a été fourni par des dons de l'Australie. Dans un premier temps, le village accueillera 100 femmes dans 10 maisons indépendantes. On leur dispensera une formation dans les domaines de l'agriculture et de l'artisanat.

qui attendent d'être opérées ne reçoivent pas de conseils en matière de contraception, même lorsqu'elles le demandent, et on leur dit d'attendre d'avoir été opérées avant d'avoir des relations sexuelles. Or, dans certaines régions, il peut arriver que des femmes gagnent leur vie en se prostituant et il faudrait donc qu'elles puissent bénéficier de conseils concernant le VIH et la contraception même avant d'être opérées. Il importe également de proposer une formation à des emplois rémunérateurs. Dans certains pays, les femmes qui ont été opérées avec succès regagnent normalement leur foyer et se réinsèrent dans la communauté. Dans d'autres pays, il y a moins de chances que les choses se passent ainsi, et les femmes devront trouver d'autres moyens pour subvenir elles-mêmes à leurs besoins.

Marginalisation des femmes ayant une fistule. Les femmes atteintes d'une fistule sont peu visibles ou n'ont guère de pouvoir. Étant stigmatisées, elles vivent souvent cachées. Dans la plupart des pays évalués, ces femmes étaient très jeunes. Dans certains pays, en particulier en Zambie et au Tchad, faisant partie des réfugiés, elles étaient de ce fait déjà marginalisées. Les évaluations ont mis en lumière un grand nombre de causes communes dans tous les pays, comme elles ont servi de base à plusieurs recommandations communes d'action.

DES STRATÉGIES, FONDÉES SUR LES ÉVALUATIONS, POUR LUTTER CONTRE LA FISTULE

Les évaluations ont mis en lumière un grand nombre de causes communes dans tous les pays, comme elles ont servi de base à plusieurs recommandations communes d'action.

Sensibiliser. Comme les évaluations l'ont mis en lumière et comme cela a été largement signalé, la communauté médicale perçoit rarement la fistule comme une source de préoccupation grave. Dans de nombreux cas, les planificateurs des services de santé sous-estiment largement le nombre de femmes atteintes de fistule, ainsi que les conséquences dévastatrices que cette condition a sur leur vie. Des activités de plaidoyer sont nécessaires pour mieux informer les prestataires de soins de santé, les hommes politiques et les ministres de la santé. En faisant de la fistule publiquement une question touchant aux droits de l'homme, on contribuera également à en faire une préoccupation pressante tant pour les ministres que pour les praticiens.

Il faudra également mettre l'accent sur la fistule dans les documents consacrés aux stratégies nationales dans le domaine de la santé génésique, non seulement comme faisant partie de la santé en matière de reproduction, mais également comme constituant une question en soi. La fistule offre également l'occasion d'éclairer les politiques d'hygiène sexuelle et de santé en matière de reproduction et de souligner l'importance des soins obstétricaux d'urgence. Il faudra également appeler l'attention des spécialistes des sciences humaines sur tout ce qui concerne la fistule.

Améliorer l'accès aux soins de santé maternelle. Si l'on ne consent pas un effort concerté en vue d'améliorer l'accès à des soins de santé maternelle de qualité, l'incidence de la fistule continuera d'augmenter. À ce titre, il faudra améliorer l'accessibilité des services, à des prix abordables. Améliorer l'accès, cela signifie qu'il faudra

s'assurer qu'un personnel soignant bien formé et des services obstétricaux d'urgence sont disponibles dans les zones rurales; à cet effet, il faudra pouvoir compter sur la participation active des gouvernements et des ministères de la santé. Pour accroître le nombre de praticiens capables de sauver la vie des femmes, il faudra peut-être former des généralistes à la pratique de la césarienne. Dans l'immédiat, il sera également très important de veiller à ce qu'au moins un nombre minimum d'hôpitaux disposent du matériel et des fournitures nécessaires pour pratiquer des césariennes et administrer des cathéters afin de prévenir la formation de fistule dans le cas de dystocie d'obstacle prolongée. Il faudra aussi prévoir des mesures d'incitation pour les praticiens travaillant dans des zones rurales et pour ceux qui choisissent de recevoir une formation et traitement des fistules.

De plus, il faut prévoir des systèmes de financement pour permettre aux femmes de subir une césarienne lorsque cela est nécessaire; et c'est le cas en particulier pour les femmes qui ont déjà subi une intervention pour une fistule. Faute de pratiquer dans ce cas une césarienne, il y a un grand risque de voir se reformer une fistule. L'incidence de la fistule peut être réduite considérablement par le biais de la césarienne.

Opérer de la fistule gratuitement ou à des prix fortement subventionnés. Le manque d'argent risque d'empêcher des femmes qui doivent être opérées d'avoir accès aux services. Ce sont précisément les femmes les plus pauvres qui sont le plus exposées à la fistule car elles ont eu le moins d'accès à l'éducation, elles se sont mariées le plus tôt et elles sont le moins en mesure d'avoir accès aux

soins préventifs et curatifs. Souvent, ce n'est qu'au prix de nombreuses années d'économie qu'elles peuvent payer les frais d'opération et les frais de convalescence à l'hôpital, sans compter le coût du transport vers celui-ci. Le coût de l'intervention chirurgicale doit être à la portée de toutes les femmes pour lesquelles elle est nécessaire. Il est donc indispensable de mettre en place des stratégies de financement, comme c'est le cas pour les césariennes pratiquées d'urgence, afin de permettre aux femmes les plus pauvres de se faire opérer de la fistule.

Organiser des campagnes de sensibilisation de la communauté. Il faut mettre l'accent aussi bien sur la prévention que sur le traitement. Des campagnes radiophoniques et des campagnes avec le concours des médias locaux permettent de mettre en garde la communauté contre les dangers des mariages précoces, les complications qui peuvent être liées à l'accouchement et la nécessité, lorsque des complications se produisent, de disposer de services de soins obstétricaux d'urgence. Ces campagnes peuvent également renseigner les femmes sur les possibilités de se faire opérer de la fistule. Il faudrait songer à appuyer ces campagnes par une recherche qualitative au niveau de la communauté pour déterminer comment celle-ci perçoit les patientes de la fistule. À cette fin, il faudra trouver des responsables locaux prêts à s'engager à sensibiliser l'opinion à ce problème.

Mettre au point des formules de transport.

Dans la plupart des pays, les opérations de la fistule ne sont pratiquées que dans une poignée d'hôpitaux. Il est difficile pour les femmes de trouver un transport pour les y amener, en supposant – et cela soulève un problème encore plus difficile – qu'elles puissent acquitter le prix de ce transport. Plusieurs participants ont fait le récit poignant de jeunes femmes qui voyagent à pied, à cheval, voire en bus, pour se rendre dans un établissement hospitalier. Une

« Vous savez, mon papa a tout d'abord entendu à la radio que l'on pouvait faire quelque chose pour cette fistule et il m'en a parlé ... s'il n'avait pas écouté la radio ce jour-là, je continuerais à avoir des écoulements. »

—Une patiente ougandaise

formule qui pourrait améliorer l'accès au transport consisterait à obtenir des camionneurs locaux qu'ils acceptent de transporter les femmes vers les hôpitaux. Il faudrait également envisager la possibilité, pour les femmes qui vivent dans des zones où le besoin s'en fait fortement sentir, de mettre au point des formules de transport collectif, comme des bus qui assurent le service régulier depuis un site d'aiguillage jusqu'à l'hôpital.

S'employer à intégrer les services de conseils en matière de VIH et de contraception dans les services de soins de santé maternelle et d'opération de la fistule.

Les conseils en matière de contraception peuvent contribuer pour une bonne part à prévenir des grossesses non planifiées. Celles-ci risquent d'endommager plus fortement encore le bassin d'une femme souffrant d'une fistule ou de provoquer une fistule chez une femme qui avait subi avec succès une intervention chirurgicale. Les conseils en matière de VIH contribueront à protéger les femmes contre le danger de contamination. En outre, l'intégration des services qui s'occupent des femmes souffrant d'une fistule et des activités de prévention en matière de VIH devrait permettre aux hôpitaux qui opèrent de la fistule d'avoir un meilleur accès aux sources de financement, car les montants consacrés à la prévention du VIH sont relativement importants. Il faudrait aussi examiner la possibilité d'intégrer dans le champ de cette action les services offerts aux réfugiés, car l'incidence de la fistule parmi les populations réfugiées est élevée dans de nombreux endroits.

Fournir aux jeunes femmes des possibilités d'éducation et d'enseignement professionnel.

Les jeunes femmes qui ont des grossesses précoces sont les plus exposées à la fistule. Il est un fait bien établi que les femmes qui ont bénéficié d'une éducation et de l'enseignement professionnel retardent les grossesses, réduisant ainsi le risque de dystocie d'obstacle et de fistule. Ces mêmes possibilités devraient être offertes aux femmes qui ont été opérées d'une fistule, car elles doivent, dans la plupart des cas, subvenir elles-mêmes à leurs besoins. On ne peut se borner à pratiquer l'intervention chirurgicale et ensuite replacer ces femmes dans les situations qui sont à l'origine de leur mal. L'hôpital d'Addis-Abeba spécialisé dans les opérations de la fistule est un bon exemple en matière d'alphabétisation et de formation professionnelle.

Développer la recherche clinique sur la fistule. Il existe déjà d'excellents travaux dans ce domaine, mais il est possible d'aller plus loin, notamment en ce qui concerne la gestion pré-opératoire et postopératoire de la fistule. On pourrait insérer dans ce cadre des systèmes d'information susceptibles de saisir des cas de fistule dans les pays où de tels systèmes sont déjà bien en place.

On peut également songer à encourager la collecte de données sur la fistule dans des pays où les systèmes intégrés en matière de gestion et de santé commencent à se développer. L'évaluation des besoins en Tanzanie a montré que seuls quelques hôpitaux avaient des informations concernant le taux de réussite des interventions chirurgicales. Cela souligne la nécessité de s'attacher davantage au suivi et à l'évaluation des services de traitement de la fistule.

POINTS MIS EN EXERGUE PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

Parallèlement aux recommandations fondées sur les évaluations, les participants se sont attachés aux recommandations formulées à la réunion de 2001 à Londres. Les groupes de travail qui ont examiné ces sujets ont été très productifs et témoignent de l'engagement des participants à susciter le changement. Les questions ci-après ont retenu toute leur attention et ont été ciblées en vue d'actions futures.

Mettre l'accent sur les politiques. Des politiques intégrant la fistule dans les programmes existants de maternité sans risques éviteront qu'elle devienne une question « à la mode », donc rapidement oubliée. Au contraire, la fistule peut être un moyen d'appeler l'attention sur la nécessité de répondre à un besoin plus grand encore, celui de soins de santé maternelle de qualité. Les groupes qui mènent des activités de plaidoyer devraient être toujours à l'affût de créneaux favorables dans le cycle politique pour mettre en lumière la question de la fistule.

Élargir le rôle des centres de la fistule.

Les centres de la fistule sont un élément essentiel du travail effectué dans ce domaine, car ils jouent le rôle non seulement d'installations pour les interventions chirurgicales et la réadaptation psychosociale, mais aussi de centres pour des activités de plaidoyer et la formation. Par leur seule présence, ils sensibilisent à ce problème. On continue de réfléchir aux meilleurs moyens qui s'offrent d'intégrer les services fistulaires dans le secteur de la santé en général, tout en veillant à permettre à ces centres de continuer à jouer le rôle indispensable qui est le leur. Il faudrait établir des normes minimums pour les centres qui s'occupent exclusivement de la fistule et pour ceux qui offrent d'autres services également. Ces normes permettront de faciliter le choix de nouveaux sites qui pourraient devenir des centres d'intervention chirurgicale sur la fistule.

On a proposé de retenir les normes ci-après, notamment :

■ La capacité de pratiquer des césariennes. Il s'agit là non seulement d'une mesure permettant de prévenir la fistule, mais également d'une possibilité

offerte aux femmes opérées de la fistule qui sont à nouveau enceintes.

- Posséder deux salles d'opération, l'une réservée aux cas d'urgence, l'autre à des interventions choisies.
- Capacité de répondre à des situations d'urgence 24 heures par jour et sept jours par semaine.
- Capacité d'opérer des fistules compliquées.
- Existence d'un système d'aiguillage s'appuyant sur des centres de santé ruraux qui peuvent être le premier point de contact entre une patiente de la fistule et le système de soins de santé.
- Capacité de jouer le rôle de centre de formation pour le pays ou la région.
- Existence d'une équipe médicale soudée et bien formée.

Outre ces normes médicales, un centre qui fonctionne bien doit être bien géré, mais c'est là un élément souvent sous-estimé. Il faut un gestionnaire dévoué pour rédiger des demandes de subventions, veiller aux fournitures et au bon fonctionnement du matériel et du centre en général, prévoir des voyages de formation et assurer la liaison avec le Ministère de la santé. Aussi faudrait-il envisager d'intégrer dans les futurs programmes de formation un module de formation à la gestion.

Il est évident qu'il faut améliorer dans toute la région la communication et la collaboration entre les centres de la fistule et les hôpitaux où sont pratiquées des opérations de la fistule. Cela facilitera la formation, la recherche, l'aiguillage des patientes, les activités de plaidoyer et la mobilisation des ressources. La mise au point d'un système d'établissement de carte et d'aiguillage aidera également à assurer la durabilité. Le Groupe de travail a aidé à établir des communications entre certains des centres, mais il faudrait concevoir

un système plus intégré qui pourrait assurer les fonctions d'une instance pour le partage de matériaux de plaidoyer, de stratégies réussies en matière de programmation, et de recherches cliniques. La coalition devrait s'efforcer de mettre au point un système intégré de gestion universel afin de normaliser les données recueillies dans chaque établissement hospitalier et de faciliter une recherche multisites.

En facilitant la communication entre les établissements du pays et de la région qui opèrent les femmes souffrant de fistule, grâce à certaines des méthodes utilisées à la Fondation nationale nigériane pour la prévention et le traitement de la fistule vésico-vaginale et par le Women's Dignity Project, on contribuera à la coordination des services. Il faudra dans cette perspective tenir à jour une liste de tous les sites et chirurgiens qui pratiquent l'opération de la fistule. Pareille documentation permettra également d'en savoir davantage sur la prévalence de la fistule. En suivant le dossier des interventions chirurgicales, on peut également mesurer l'efficacité des programmes de pays dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de la maternité sans risques.

Les centres de la fistule peuvent également jouer le rôle de centres pour différents types d'activités de plaidoyer. Par exemple, plusieurs centres de la fistule du Nigéria ont mis sur pied avec l'aide de spécialistes des sciences humaines la Fondation nationale nigériane pour la prévention et le traitement de la fistule vésico-vaginale, laquelle a amélioré la communication entre les centres nationaux de la fistule et encouragé des politiciens et des artistes et

« Une opération réussie de la fistule va au-delà de l'aspect chirurgical et inclut également l'atténuation de l'"incontinence due au stress" et la contribution à un changement positif durable dans la vie de la femme ».

—Maggie Bangser, Women's Dignity Project

« Pour nous, traiter les fistuleuses est une aide morale réelle.. quand elles réalisent qu'elles sont guéries and peuvent reprendre une vie normale, elles sont si heureuses ... »

—Une infirmière en Zambie

amuseurs bien connus à sensibiliser l'opinion à cette question. Le personnel des centres peut également jouer un rôle de pointe dans ce domaine, car le contact quotidien avec les patientes souffrant de fistule leur permet de prendre toute la mesure de cette affection et des ravages qu'elle provoque dans la vie des femmes et des jeunes filles.

En Tanzanie, les centres de la fistule ne sont qu'un des volets d'un système d'aiguillage à trois niveaux. Le volet supérieur est constitué des centres d'aiguillage qui traitent les cas compliqués de fistule comportant des dommages et des lésions étendues; le volet central est composé des centres d'aiguillage et réalise des opérations simples et assure l'aiguillage des cas plus difficiles; le volet inférieur est constitué des centres capables de prévenir la fistule par la gestion de la dystocie d'obstacle et éventuellement le cathétérisme pendant ou après l'accouchement, en cas de besoin.

La coordination des efforts déployés dans la région et à travers le monde revêt une importance toujours plus grande. Il faut commencer par établir des normes pour les opérations de la fistule, la formation et les centres. Il faudra notamment mettre au point des protocoles et des directives pour les interventions chirurgicales et pour les soins préopératoires et postopératoires. Des normes de formation basées sur la compétence ne manqueront pas d'encourager un processus de formation permanente des chirurgiens spécialistes de la fistule. Cela permettra d'envoyer les stagiaires partout dans la région et pourra réduire les longues listes d'attente dans plusieurs centres de formation bien connus. Des

programmes de formation fondés sur la compétence permettront de disposer de chirurgiens et de soignants capables de relever le défi de la fourniture de services aux patientes souffrant d'une fistule. L'OMS s'est attaquée à l'élaboration d'un manuel de formation avec le concours de plusieurs membres du Groupe de travail.

Les normes comporteront également une stratégie de réintégration pouvant être adaptée au niveau local. Les protocoles, une fois mis au point, pourront être appliqués par le Ministère de la santé et financés par les pouvoirs publics, des ONG ou des donateurs multilatéraux.

Renforcer le monitoring et l'évaluation.

Les indicateurs existants utilisés pour assurer le monitoring de la santé en matière de reproduction et de la maternité sans risques peuvent être facilement adaptés en vue du monitoring de la fistule. Comme pour toute activité de contrôle, il faut pouvoir disposer d'indicateurs robustes, c'est-à-dire valides, fiables, sensibles, spécifiques, utiles, accessibles, représentatifs, compréhensibles et éthiques. Les indicateurs en matière de maternité sans risques particulièrement important sont les suivants :

- Pourcentage de femmes soignées, au moins une fois pendant la grossesse, pour des raisons liées à la grossesse, par un personnel sanitaire expérimenté.
- Pourcentage de femmes ayant accouché avec l'aide d'une personne qualifiée.
- Nombre d'hôpitaux disposant de services obstétricaux d'urgence de base ou de services spécialisés pour la fistule, pour 500 000 habitants.
- Nombre d'hôpitaux disposant de services obstétricaux d'urgence intégrés, pour 500 000 habitants.
- Répartition géographique des hôpitaux disposant de services obstétricaux d'urgence/ de services spécialisés pour la fistule.

Les données de base que fournissent ces indicateurs sont utiles pour déterminer les services disponibles et estimer l'incidence probable de la fistule. À elles seules, elles ne permettent cependant pas de se faire une idée

précise des femmes elles-mêmes et elles devraient être complétées par des données qualitatives.

Les enquêtes de prévalence sont coûteuses, prennent du temps et sont difficiles à réaliser. Les résultats seront inévitablement d'une précision ou d'une utilité contestable. Cela étant, on peut estimer la prévalence de la fistule à 0,3 % des naissances dans les pays où l'on compte plus de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Cette façon d'estimer la prévalence de la fistule se fonde sur une recherche non publiée du Dr Mulu Muleta de l'hôpital de la fistule à Addis-Abeba.

Les audits de la mortalité maternelle et « des cas où il s'en est fallu de peu » sont tous deux particulièrement utiles pour le monitoring de la fistule. Cela comprend des audits de la communauté, des examens des cas et notamment des cas où la femme a survécu malgré une complication qui a failli être fatale. Ces différents moyens aideront à disposer de données concernant les femmes qui sont en train de mourir et celles chez lesquelles une fistule est en train de se développer.

Les indicateurs qui concernent plus spécifiquement la fistule sont les suivants :

- Nombre de femmes enceintes aiguillées vers l'hôpital pour une dystocie d'obstacle prolongée.
- Taux de césariennes en général et taux de césariennes pratiquées en raison d'une dystocie d'obstacle prolongée.
- Nombre de services ou de lits réservés aux personnes souffrant de fistule par pays, par population ou par niveau de soins.
- Besoins satisfaits : nombre de fistules traitées par cas de fistule.

Il faut également évaluer avec soin les services de traitement de la fistule existants. Cela exigera que tous les hôpitaux qui opèrent de la fistule utilisent un ensemble normalisé d'indicateurs et réalisent une collecte systématique des données, y compris un système normalisé pour la classification des fistules et le monitoring du pourcentage d'opérations réussies par groupe.

Il faudra également déployer des efforts pour suivre de près la façon dont un sous-ensemble de femmes réussissent la réinsertion sociale après le traitement.

Le suivi des activités de plaidoyer joue un rôle important également. Il s'agit d'identifier les pays qui ont adopté des politiques, des lois et des règlements en vue de protéger les femmes. Par exemple :

- Elever l'âge du mariage;
- Assurer et encourager l'éducation des filles;
- Améliorer la condition socioéconomique de la femme;
- Fournir des services de planification familiale et des informations aux adolescents;
- Réaliser une planification aux fins d'une répartition équitable des services obstétricaux d'urgence de base et des services obstétricaux d'urgence intégrés.

Former davantage de prestataires de soins. La formation revêt des formes diverses selon les centres et les pays étudiés. Certains font payer la formation; d'autres ne font payer que les frais de voyage, de nourriture et d'hébergement. Toutefois, même dans ce dernier cas, le coût peut s'avérer prohibitif pour certains candidats.

La formation devrait être suffisamment approfondie pour que les chirurgiens entreprennent une intervention sans appréhension. Or, nombre de chirurgiens sont persuadés que l'opération présente des difficultés techniques et ils évitent donc d'intervenir par crainte d'un échec. En effet, une opération de la fistule qui échoue risque de marquer profondément la femme et le chirurgien. Il n'est pas rare qu'une femme emploie les économies de toute une vie pour se rendre à un centre de la fistule, et tous ses espoirs et ses rêves sont suspendus à la réussite de l'intervention. En cas d'échec, son désespoir peut être profond et risque d'affecter le chirurgien également.

La formation revêt de nombreuses formes dans les centres de toute la région. Dans certains pays, elle fait partie du programme de cours des futurs médecins. Dans d'autres, elle n'est dispensée que sur demande et peut exiger de se rendre à l'étranger. Une évaluation

« Quand une femme arrive à un hôpital où on opère les fistules, c'est comme arriver à La Mecque. Les économies de toute sa vie, tous ses espoirs sont tournés vers sa guérison et son retour à la maison. Si le chirurgien n'y accorde pas d'importance ou n'est pas prêt à l'opérer, ses attentes sont terriblement déçues. Le désespoir des femmes qui ne sont pas traitées est indescriptible ».

—Dr. Ann Ward

approfondie des programmes de formation réalisée dans chaque pays devrait permettre de déterminer quels programmes sont couronnés de succès et pourquoi. Sur cette base, il sera possible d'établir des normes de formation qui soient pratiques et utilisables, et de dresser un catalogue des services disponibles.

Les chirurgiens qui opèrent les fistules n'ont pas besoin uniquement de formation; quel que soit l'hôpital où ils exercent, ils doivent pouvoir compter sur un soutien administratif. Dans le cadre de la formation, il faudrait prévoir un atelier de gestion pour ceux qui seront chargés de fournir ce soutien. La formation de tous les spécialistes de la fistule devrait porter également sur les moyens de répondre aux besoins psychosociaux des patientes. L'expérience de nombreux spécialistes ne les a tout simplement pas préparés à fournir ce type de conseils et d'appui, et ils auront besoin d'une aide à cet égard. Il importe de leur fournir cette aide dans le cadre des sessions de formation.

La formation doit comporter aussi des ateliers de suivi et un appui dans ce domaine. Les chirurgiens qui opèrent les fistules sont facilement découragés après un échec. Des taux élevés de réussite supposent une longue expérience. La durabilité des services exige des sessions de formation consacrées au suivi pour détecter les problèmes, analyser les échecs et dispenser les compétences nécessaires pour entreprendre des interventions plus compliquées.

Travailler avec les médias. La question de l'équilibre à instaurer entre la sensibilisation avec le concours des médias et le refus de susciter de faux espoirs par le biais de ce mêmes médias est restée une question prêtant à controverse aux yeux du Groupe de travail. On s'est également inquiété du fait qu'en se contentant de dépeindre les femmes souffrant d'une fistule comme des victimes on risquait de victimiser davantage encore celles d'entre elles qui survivaient dans ce état.

Toutefois, le Groupe a convenu que la sensibilisation à cette question était importante et exigeait une campagne médiatique de grande envergure. Les modalités de réalisation d'une telle campagne n'ont pas été fixées. Parmi les possibilités suggérées, il y a le lancement d'un « mois de sensibilisation à la fistule ». Ce mois serait utilisé pour rendre compte des activités et des réalisations des centres de la fistule et des ONG au cours de l'année précédente. Idéalement parlant, ce mois devrait montrer les progrès réalisés d'une année sur l'autre et contribuer à une sensibilisation durable de l'opinion.

Le lancement d'une campagne exigera qu'on détermine avec soin le public cible et le calendrier des opérations. Il faudra rassembler une équipe d'experts, notamment des spécialistes des sciences humaines, des chirurgiens et des personnalités qui assumeront le rôle de porte-parole. La campagne médiatique a déjà été amorcée par des publications des membres du Groupe de travail, comme le Bulletin FIGO et l'État de la population mondiale de l'UNFPA. Des groupes comme le Women's Dignity Project ont également suscité l'intérêt des médias pour la fistule en publiant leur rapport. Le Groupe de travail entend poursuivre son travail de sensibilisation à l'égard de la fistule par le biais de publications techniques et des médias grand public.

Mobiliser des ressources pour encourager la durabilité. La durabilité des services sera fonction de nombreux éléments déjà discutés ici, notamment les ressources humaines, la volonté politique et les ressources. On a observé que de nombreux médecins

« Les jeunes filles et les femmes qui vivent avec une fistule sont des survivantes solides et résistantes, et non des victimes. »

—Women's Dignity Project

du pays formés pour opérer la fistule n'utilisent pas cette compétence. Dans certains cas, c'est parce qu'ils choisissent d'autres spécialités plus lucratives ou qu'ils ne souhaitent pas s'installer dans des régions dans lesquelles il y a une forte demande d'opérations de la fistule. Il en est résulté une dépendance à cet égard vis-à-vis de médecins étrangers. Il est indispensable d'associer des médecins du pays à la mise au point de programmes durables concernant la fistule. Cela impliquera une rémunération adéquate des médecins concernés et peut-être la mise au point d'un système d'incitation.

Les services qui s'occupent de la fistule devraient être intégrés dans les programmes de la maternité sans risques. De la sorte, on encouragerait les pouvoirs publics à s'intéresser à la question sans que celle-ci ne se noie dans le vaste programme de la santé en matière de reproduction. Il va falloir à cette fin créer ou développer des alliances nationales et régionales qui sachent se battre pour obtenir des engagements financiers et des politiques en faveur des femmes et des jeunes filles. Il ne faudrait pas sous-estimer à cet égard des groupes comme les associations d'avocates et les groupes religieux de femmes.

Il faudra aussi mettre l'accent sur les gestionnaires des services s'occupant de la fistule. Faute d'une gestion adéquate des programmes, ces services ne sont pas viables. Il faudrait mettre au point des directives définissant les besoins minimums en personnel et en matériel qui sont nécessaires pour réaliser des opérations de la fistule.

Il va falloir absolument créer une source de revenus pour continuer à pratiquer des opérations de la fistule; cette initiative exigera la mise au point de solutions

financières novatrices. La possibilité de réaliser des césariennes et des opérations de la fistule entièrement gratuites varie au gré des pays et des hôpitaux. Toutefois, comme les femmes qui ont besoin de pareils services ne pourront vraisemblablement pas payer un montant suffisant pour en couvrir le coût, ces services doivent être fournis au coût le moins élevé possible. Il faut trouver d'autres sources de financement, par exemple du côté des budgets nationaux affectés aux soins de santé, en particulier aux hôpitaux publics. Il va également falloir consentir de gros efforts pour collecter des fonds du côté des donateurs privés afin de soutenir la réalisation d'améliorations sur une grande échelle et de trouver des fonds d'exploitation moins importants.

Une autre possibilité d'obtenir des dons moins importants afin d'alléger le fardeau des frais d'exploitation consiste à créer un fonds d'affectation spéciale pour les opérations de la fistule. Un tel fonds pourrait aider à financer le coût des opérations sans faire peser ce fardeau sur les femmes ou sur les hôpitaux. Le fait de réaliser des opérations gratuites ou à des prix fortement subventionnés bénéficiera aussi aux établissements de formation en élargissant l'éventail des patientes désireuses de se faire opérer de la fistule, ce qui permettra aux internes de réaliser suffisamment d'opérations pour se sentir à l'aise et sûrs d'eux-mêmes lorsqu'ils interviennent seuls.

Les fonds destinés aux services chirurgicaux opérant de la fistule peuvent également provenir de programmes réalisés dans des domaines connexes, comme les droits de l'homme et la santé en matière de reproduction. Certains pays ont imaginé avec succès le moyen de tirer parti des ressources affectées à des

programmes qui font double emploi en les faisant servir au recrutement, à la formation et à la rémunération de collaborateurs exerçant des responsabilités dans des programmes qui se chevauchent. En Zambie, par exemple, beaucoup d'infirmières employées dans le cadre d'un programme sur le VIH/sida et rémunérées par le biais de ce programme s'occupent également des femmes opérées d'une fistule. Elles disent qu'elles aiment s'occuper de ces patientes-là car il y a de fortes chances qu'elles se rétabliront et qu'elles seront prêtes souvent, au sortir de l'hôpital, à commencer une nouvelle vie. Cela ne peut que reconforter des infirmières affectées surtout aux soins de patients qui meurent du sida, des patients qui n'ont guère de chances de quitter l'hôpital vivants.

On peut également envisager la fistule sous un angle multisectoriel. Une collaboration avec les ministères des transports et de l'éducation appellera davantage l'attention sur cette question et favorisera des solutions plus durables. Il existe un lien de connexité étroite entre l'éducation et la scolarité des filles, d'une part, et une façon réaliste de concevoir l'exécution de politiques axées sur l'hygiène sexuelle, la santé en matière de reproduction et la maternité sans risques, ainsi que l'impact qu'elles ont sur la fistule, d'autre part. Des politiques qui réussissent peuvent être mises au service des activités de plaidoyer dans d'autres pays. Un soutien complémentaire apporté à des politiques en place sera beaucoup apprécié, car de nombreux pays ont arrêté des politiques résolues en matière de maternité sans risques, mais ces politiques ne sont pas bien exécutées. Mettre ce paradoxe en lumière pourrait s'avérer un outil efficace dans la lutte contre la fistule.

L'UNFPA ET LA FISTULE

En rassemblant une gamme étendue de connaissances spécialisées et de savoir-faire afin de travailler sur une même question, les programmes concernant la fistule représentent un nouveau domaine de collaboration entre les divisions de l'UNFPA. Elles proposent un modèle pour tous les programmes de l'UNFPA, un modèle qui a déjà réussi remarquablement à créer et encourager des stratégies novatrices.

L'UNFPA a manifesté sa volonté de régler définitivement le problème de la fistule tout au long de la réunion, qui était la première réunion internationale rassemblant des représentants de l'UNFPA provenant de différents services de l'organisation pour aborder cette question. Les évaluations des besoins ont été accueillies avec beaucoup d'enthousiasme, les participants y voyant une chance pour les bureaux de l'UNFPA de jouer le rôle d'un chef de file durant les prochaines étapes. Les représentants de pays des 12 pays ayant fait l'objet d'une évaluation des besoins ont travaillé avec des fonctionnaires du siège à peaufiner le programme d'action élargi de l'organisation pour aller de l'avant. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer le rôle que l'UNFPA peut jouer le plus efficacement au niveau de pays.

Plusieurs représentants de pays de l'UNFPA ont fait observer que les évaluations des besoins avaient contribué à appeler leur attention sur la question de la fistule. Et plusieurs d'entre eux ont ajouté qu'ils n'avaient pas pris jusqu'ici toute la mesure du problème tel qu'il se posait dans leur pays. Pareille sensibilisation avait renforcé leur volonté de faire face à ce problème dans leurs programmes. Des conseillers des équipes d'appui technique venus de Dakar, d'Addis-Abeba et de Katmandou ont contribué à stimuler les participants et à mettre au point un programme d'action régional.

L'idée d'une campagne contre la fistule

Au départ, l'UNFPA a estimé qu'un effort coordonné pour réduire la prévalence de la fistule grâce à la prévention et au traitement pourrait être entrepris dans le cadre d'une campagne contre la fistule. Le docteur France Donnay, Kristin Hetle et Mari Tikkanen ont exposé cette idée au nom du Groupe de travail interdivisions de l'UNFPA sur la fistule obstétricale. Cette campagne devrait s'articuler sur la formation, la fourniture de services et des activités de plaidoyer.

Les objectifs poursuivis sont les suivants : prévenir de nouveaux cas de fistule en retardant les mariages précoces et en améliorant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, améliorer l'accès à un traitement de qualité pour les femmes atteintes, faciliter l'intégration sociale des femmes qui ont été opérées et de celles qui ne l'ont pas été, et sensibiliser l'opinion internationale à ce problème. La campagne doit se développer par paliers et être couronnée éventuellement par l'organisation d'un mois de la fistule qui servirait à la fois à augmenter le nombre d'interventions chirurgicales effectuées en l'espace de 30 jours et à appeler l'attention sur cette question. Un débat particulièrement animé a fait cependant ressortir qu'une telle initiative n'était pas faisable techniquement. Les participants ont convenu qu'un effort supplémentaire de préparation était nécessaire pour faire connaître toute campagne qui pourrait être lancée. Il faudra renforcer considérablement la coordination entre les organes existants. Il faudra s'attacher davantage à cataloguer les services exis-

tants et à constituer des réseaux de communication avant de lancer une campagne de grande envergure. Cependant, tous les participants ont estimé qu'il faudrait réexaminer plus tard l'idée d'une campagne.

Le partage des connaissances

Pour faciliter le processus de partage des connaissances concernant la fistule, un projet pilote a été lancé par l'UNFPA en vue de concevoir et créer une base de données sur la fistule. Cette base de données devrait faciliter l'échange d'informations et l'accès à des conseils et à des ressources en vue de la mise en place progressive de programmes. Un réseau d'experts

de la fistule obstétricale des bureaux extérieurs de l'UNFPA et d'autres organisations a apporté sa contribution à ce projet pilote par des informations et des expériences. Ces informations vont être organisées pour être ensuite mises sous la forme de questions et de réponses sur un site Web interactif conçu par le Service du partage de l'information de l'UNFPA.

À la réunion, la base de données a fait l'objet d'une démonstration. Comme elle est appelée à évoluer constamment pour permettre un échange dynamique d'informations, on a demandé à tous les participants de faire partie du réseau en tant qu'experts.

RÉSUMÉS DES ÉVALUATIONS DES BESOINS

On trouvera ci-après des résumés des évaluations des besoins qui ont été présentées à la réunion. Toutes ces présentations ont été faites par EngenderHealth, sauf pour la Tanzanie, qui a été présentée par Maggie Bangser du Women's Dignity Project, et le Kenya, qui a été présenté par la Fondation africaine de médecine et de recherche. Le texte intégral des évaluations fait l'objet d'une large distribution à la presse et aux décideurs; il peut être consulté sur le site www.UNFPA.org/publications.

Benin

Depuis les élections démocratiques qui se sont déroulées dans le pays en 1996, il semble que les idées traditionnelles en matière de santé génésique se soient quelque peu assouplies. Certains indicateurs de santé s'améliorent. Jusqu'à une date récente, la césarienne n'était même pas envisagée comme une forme acceptable d'accouchement, mais aujourd'hui elle représente environ 3 % de ceux-ci. Plusieurs organisations (notamment l'UNFPA-Bénin) ont pu faire de la santé génésique un thème central de leurs programmes. L'objectif est d'améliorer le sort des femmes, des hommes et des adolescents en intégrant la planification familiale et la santé génésique dans des programmes en mettant en place des services pour diffuser l'information concernant les relations sexuelles sans risques et en recueillant des données sur la fistule pour permettre l'élaboration et la planification des interventions. Le Ministère de la santé a fait savoir qu'il soutenait toute initiative propre à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, ce qui comprend la lutte contre la fistule.

Des discussions menées avec le personnel de l'UNFPA, des administrateurs de district et des travailleurs sanitaires de quatre hôpitaux du pays (deux hôpitaux publics et deux hôpitaux privés) donnent à penser que la fistule n'est pas encore reconnue comme une question vraiment importante au Bénin. Trois des quatre hôpitaux visités proposent l'opération de la fistule. La fistule est rarement enregistrée dans les livres des prestataires de soins, et l'on n'a jamais collecté de données concernant

sa prévalence ou son incidence. Il n'existe qu'une poignée de chirurgiens qualifiés qui opèrent les cas actuels, la plupart des hôpitaux visités faisant appel à des médecins expatriés. Il y a déjà de longues années que la fistule a été détectée et opérée, mais certains prestataires de soins considèrent qu'il s'agit là d'une « chirurgie de luxe », puisque peu de femmes en meurent. C'est oublier qu'elles vivent souvent comme des parias dans leur propre communauté. C'est pourquoi, on perçoit la fistule davantage comme un problème social que comme un problème médical.

Principales conclusions et recommandations

- Tirer parti des capacités de recherche existantes pour recueillir des données qualitatives permettant de mieux comprendre la condition des patientes.
- Lancer des campagnes d'information pour sensibiliser l'opinion à la prévention et au traitement de la fistule, alors que les idées erronées à ce sujet sont légion.
- Former des spécialistes du pays à la chirurgie de la fistule de manière à assurer la continuité des services.
- Mettre au point un système national d'aiguillage vers les services de la fistule dans le cadre des soins de santé maternelle.
- Envisager la création d'un centre régional de formation à la chirurgie de la fistule auprès de l'hôpital des frères de Saint-Jean à Tanguiéta. Le Bénin peut compter déjà sur une équipe solide pour dispenser une formation dans le domaine de la chirurgie et de la santé publique, et il est connu comme un pays « enseignant ».

Tchad

Le Tchad sort de 30 ans de guerre, et cela influe sur le niveau et l'accessibilité des soins pour les femmes dans ce pays désespérément pauvre. L'an dernier, on n'a signalé que 241 cas de fistule, mais on a de bonnes raisons de croire que la prévalence est beaucoup plus forte, compte tenu de l'état général de la santé maternelle dans le pays. Il y a environ 4 % de séropositives chez les jeunes femmes, 88 % des accouchements ont lieu à la maison et 1 % seulement des femmes accouchent par césarienne. Les femmes se marient très jeunes, utilisent rarement des contraceptifs et répugnent à se faire soigner par des prestataires de soins de santé du sexe masculin. Celles d'entre elles qui sont en mesure de solliciter un traitement le font dans un contexte où une grave pénurie de personnel signifie souvent que des chirurgiens non spécialisés tentent des opérations de la fistule et ne font que compliquer en définitive des cas déjà suffisamment difficiles. Il y a cependant des signes qui permettent d'affirmer que la santé maternelle est en train de devenir une question de plus en plus importante au niveau national. Le Parlement a amorcé un processus visant à renforcer la protection des droits dans le domaine de la santé génésique. On se préoccupe aussi davantage de la fistule, comme l'atteste le lancement d'un projet pilote à l'hôpital public de N'djamena pour le traitement et la chirurgie de la fistule. Par ailleurs, deux médecins ont passé un mois en août 2002 à Addis-Abeba pour y suivre une formation chirurgicale dans ce domaine.

Principales conclusions et recommandations

- Des raisons culturelles, économiques et pratiques font que la plupart des femmes choisissent d'accoucher à la maison, la méfiance à l'égard des hôpitaux étant répandue.
- Recueillir des données auprès de la communauté pour se faire une idée plus précise de l'impact de la fistule et encourager les dirigeants locaux, les parents et les fonctionnaires de district à s'engager dans une action de sensibilisation à la prévention et au traitement de la fistule.
- Il y a souvent une pénurie de personnel, en particulier de prestataires de soins de santé du sexe féminin. Parrainer davantage d'initiatives de formation à la chirurgie de la fistule, recruter davantage de prestataires de soins de santé et motiver les femmes prestataires de soins de santé à travailler dans des zones reculées.
- Le manque de connaissances chirurgicales aboutit parfois à aggraver le sort des patientes.
- Examiner la possibilité d'incorporer la formation à la chirurgie de la fistule dans les programmes des facultés de médecine et créer un centre national pour la fistule auprès de l'Hôpital de la liberté.

Kenya

Le Kenya a un taux élevé de mortalité maternelle et de prévalence du VIH, et certains des indicateurs de santé génésique (y compris l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement et la prévalence des contraceptifs) y sont meilleurs que dans de nombreux autres pays de la région. Cela étant, on estime à 3 000 le nombre de nouveaux cas de fistule qui apparaissent chaque année, dont à peine 7,5 % sont traités.

Toutefois, le nombre d'opérations de la fistule signalées a plus que décuplé ces 10 dernières années, passant de 36 en 1992 à 479 en 2001. Les gestionnaires et prestataires de soins de santé et les ONG ne manifestent guère d'intérêt pour la fistule. L'Hôpital national Kenyatta se spécialise dans le traitement de la fistule, et des chirurgiens invités en provenance de la Fondation africaine de médecine et de recherche pratiquent des interventions chirurgicales de la fistule dans cinq autres sites du pays. D'autres hôpitaux provinciaux et quelques hôpitaux de district offrent quelques services de traitement.

Conclusions et recommandations clefs

- Améliorer la condition de la femme en encourageant l'éducation, en décourageant la pratique du mariage précoce et en mettant fin à la mutilation de l'appareil génital féminin.
- Les activités de plaidoyer devraient cibler les décideurs, les prestataires de soins, les associations professionnelles et le public pour leur donner des informations sur la prévention et le traitement.
- Former davantage de prestataires de soins de santé. On pourrait songer à intégrer la fistule dans les cours de la faculté de droit et à former le personnel des hôpitaux aux soins obstétricaux d'urgence.
- Améliorer les services de santé génésique en général. Les fournitures et le matériel font cruellement défaut, tout comme le personnel formé.
- Ouvrir trois centres régionaux de la fistule, respectivement auprès des hôpitaux Machakos, Kisumu et Kenyatta.

Malawi

Des visites effectuées à six centres de prestations de services (trois centres publics et trois centres privés) réalisant des opérations de la fistule donnent à penser que la fistule obstétricale est un problème répandu et de plus en plus important, exacerbé par la pauvreté et la famine. La prévalence de la fistule obstétricale a beau être « incontestablement élevée » au dire d'un prestataire de soins, la question ne bénéficie pas d'une véritable visibilité sur le front des politiques nationales, étant peut-être éclipsée par d'autres urgences, comme la faim et la propagation du VIH/sida.

La prévalence du VIH est estimée à 15 % parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans. Depuis 1992, le taux de prévalence de l'utilisation des méthodes modernes de contraception a plus que triplé. Le pourcentage des accouchements réalisés avec l'assistance d'un personnel qualifié dans un hôpital est remarquablement plus élevé que dans les pays voisins, la plupart des femmes sollicitant également des soins prénatals.

Conscient de la nécessité d'assigner un rang de priorité à la santé maternelle, le Gouvernement a lancé en 1995 une « Initiative pour la maternité sans risques » visant à réduire la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès à des soins de qualité. Un objectif clef consiste à améliorer le transport en mettant à disposition un plus grand nombre d'ambulances à quatre et à deux roues, souvent sous la supervision des responsables de la communauté. Le programme vise également à améliorer les comportements et les compétences des prestataires de soins de santé. Sur le plan local, des comités de village apparaissent ou sont prévus pour favoriser la maternité sans risques, des systèmes de transport efficaces et la tenue à jour des connaissances des accoucheuses.

Conclusions et recommandations clefs

- Des croyances culturelles (sorcellerie et rôles respectifs assignés aux deux sexes) entravent parfois l'accès au transport et aux soins d'urgence.
- Certains décideurs ne considèrent pas la fistule comme un problème important, alors même que les prestataires de soins de santé signalent qu'elle est de plus en plus répandue.
- De graves pénuries de personnel ont entraîné la fermeture de centres de santé, tant anciens que nouveaux, et compromettent la qualité des soins dans d'autres sites.
- Cela étant, les sites visités réalisent de 1 à 12 opérations de la fistule par mois, et ce, gratuitement.
- L'établissement d'un réseau collégial regroupant des médecins, des fonctionnaires de santé et le personnel soignant a eu de bons résultats sur le plan chirurgical. Il faudrait encourager et soutenir de telles initiatives.
- Il faudrait recueillir davantage de données concernant les jeunes filles et les femmes de la communauté ayant une fistule et adapter le système intégré de gestion de la santé pour qu'il saisisse les informations liées à la fistule sur le plan national.
- Normaliser les protocoles et les directives en matière de chirurgie de la fistule, ainsi que les soins préopératoires et postopératoires.
- S'assurer que la formation à la fistule bénéficie toujours à plusieurs personnes par site.
- L'Hôpital central Zomba présente de bonnes garanties pour devenir un centre de formation national ou régional à la chirurgie de la fistule.

Mali

Il n'existe que deux établissements hospitaliers dotés de spécialistes capables de réaliser des opérations de la fistule de manière continue, l'hôpital universitaire du Point G à Bamako et l'hôpital régional de Mopti. Tous deux dépendent beaucoup de dons privés pour réaliser les opérations de la fistule.

Comme ailleurs dans la région, les patientes sont en général jeunes, pauvres, non instruites et souvent sans soutien à espérer de leur famille; elles n'ont pas non plus accès à un établissement de soins qui pourrait leur offrir des soins de qualité pendant et après l'accouchement. À cet égard, la situation se présente très différemment selon les endroits, une majorité des femmes de la capitale accouchant dans un établissement hospitalier. En dehors de Bamako, les femmes ne décident guère de l'endroit où elles accoucheront, cette décision étant généralement prise par un membre de la famille.

Certaines initiatives ont vu le jour pour aider les femmes qui ont été opérées de la fistule avec succès à reprendre confiance en elles-mêmes et à regagner leur communauté. Une ONG locale a financé la construction d'un atelier auprès de l'hôpital régional de Mopti, où les femmes peuvent fabriquer et vendre des articles d'artisanat susceptibles de leur offrir des revenus. À l'hôpital universitaire du Point G à Bamako, la femme du Président malien a contribué à la création d'un centre appelé Oasis, l'objectif étant de proposer à d'autres patientes de la fistule des possibilités analogues. À ce jour, cependant, le centre a dû se contenter d'héberger à titre temporaire des femmes en attente de traitement.

Conclusions et recommandations clefs

- Il faut s'attaquer à des problèmes de fond, tels l'accès limité des filles à l'éducation.
- Il faut entreprendre des campagnes au niveau de la communauté pour mieux faire comprendre ce qu'est la fistule et réduire la stigmatisation de celles qui en souffrent.
- Il faut former davantage de prestataires de soins de santé pour travailler partout dans le pays, alors que la plupart des sages-femmes ayant reçu une formation médicale pratiquent dans la capitale.
- Il faut mener des activités de plaidoyer au niveau national pour appeler davantage l'attention sur la fistule dans le contexte élargi de la promotion de la santé génésique et régler la question des déficiences des systèmes d'aiguillage.
- Il faut créer un fonds ou mettre sur pied une stratégie financière pour appuyer les femmes qui doivent être opérées et concevoir à leur intention un plan de réinsertion dans la communauté après l'opération.
- Il faut renforcer la coopération entre les institutions qui proposent des interventions chirurgicales, aussi bien dans le pays qu'à l'étranger, car les prestataires de soins de santé signalent que la qualité des opérations de la fistule n'est pas toujours assurée.
- Il faut envisager de créer un centre national de la fistule auprès de l'hôpital universitaire du Point G.

Mozambique

Une visite effectuée dans deux des trois établissements hospitaliers qui proposent l'opération de la fistule fait apparaître qu'il y a beaucoup trop de patientes par rapport à l'effectif des prestataires de soins. Ceux-ci s'efforcent bien de répondre aux besoins des régions adjacentes, mais ils sont submergés par le nombre et se rendent compte qu'il leur est impossible de s'occuper d'un grand nombre de femmes qui en ont le plus besoin. Comme c'est le cas ailleurs dans la région, la fistule est avant tout le lot des femmes jeunes, dont certaines sont de très petite taille et vivent dans des régions dépourvues de transport. L'accès aux services est très difficile en raison de la superficie du pays, de la pauvreté, de la composition rurale de la population et de l'état souvent pitoyable de l'infrastructure de soins de santé. Tous ces facteurs se combinent pour maintenir les soins de santé de base hors de portée pour de nombreux Mozambicains. La stigmatisation des patientes est profonde et s'étend souvent jusqu'aux pavillons où elles sont traitées.

Le taux des consultations prénatales est élevé, mais la plupart des femmes ne commencent à solliciter des soins que lorsqu'elles entrent dans le sixième mois de leur grossesse. Environ 40 % des naissances ont lieu à l'hôpital, davantage à Maputo que dans le reste du pays, mais malgré cela, le taux de mortalité maternelle et infantile dans ces établissements hospitaliers est alarmant. Le taux de césariennes pratiquées dans le pays (1,12 %) indique incontestablement qu'il est nécessaire d'améliorer les soins de santé maternelle dans les hôpitaux. À l'instar du reste de la région, le VIH/sida a eu un impact catastrophique sur la santé et la longévité. On évalue à environ 12 % la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes.

Conclusions et recommandations clefs

- La stigmatisation qui entoure la fistule est répandue et frappe aussi bien les prestataires de soins potentiels que les patientes. Une campagne présentant la fistule comme relevant des libertés et droits fondamentaux ne manquerait pas de contribuer à modifier les attitudes.
- Les croyances culturelles et le manque de transport entravent la fourniture de soins obstétricaux d'urgence.
- Dans certaines régions, les foyers d'attente qui accueillent les femmes enceintes considérées comme exposées à des risques élevés sont parvenus à réduire les délais requis pour obtenir des soins obstétricaux d'urgence.
- Les chirurgiens spécialisés dans la fistule manquent cruellement. Ils ne sont que trois à pratiquer des opérations régulièrement et sont amenés à se déplacer souvent d'un endroit à l'autre, ce qui compromet la durabilité de leurs efforts.
- Il faudrait concevoir des mesures d'incitation pour amener les médecins à se familiariser avec l'opération de la fistule et à fournir des services dans ce domaine. Il faudrait également se pencher sur la question de la formation d'assistants chirurgiens pour les opérations de la fistule.
- Les patientes qui ont une fistule ne peuvent pratiquement pas obtenir des conseils concernant le VIH/sida et la planification familiale, alors que beaucoup d'entre elles espèrent devenir enceintes de nouveau.
- Le Gouvernement s'emploie activement à reconstruire l'infrastructure de soins de santé, mais il doit pouvoir compter à court terme sur un soutien extérieur.
- Compte tenu de l'étendue du pays, on ne devrait peut-être pas se contenter de confier le rôle de centre d'aiguillage à un seul centre de formation.

Niger

Les Nigériennes ont le taux de fécondité le plus élevé de toute l'Afrique subsaharienne. La plupart accouchent à la maison et sont encouragées à le faire; elles ne bénéficient d'aucune aide ou en tout cas pas de l'aide d'une accoucheuse qualifiée. Des traditions profondément enracinées empêchent parfois les femmes de quitter la maison, ce qui pourrait expliquer pourquoi elles sont seulement 30 % à solliciter des soins prénatals mais pourquoi le taux d'accouchement par césarienne n'est que de 2 %. Il ressort de visites effectuées dans cinq endroits différents et de discussions avec les prestataires de soins de santé, les responsables de district et le personnel des ONG que la fistule obstétricale est un phénomène extrêmement répandu. Elle est souvent liée à des pratiques traditionnelles prévalentes dans les zones rurales où l'on compte le plus de cas de fistules. Quelque 22 % des femmes diagnostiquées avec une fistule avaient subi l'une ou l'autre forme de mutilation génitale. En outre, la plupart sont jeunes et peuvent avoir été mariées dès l'âge de 13 ans.

Il n'y a que trois hôpitaux dans le pays qui pratiquent l'opération de la fistule et à peine six chirurgiens sont réputés avoir reçu la formation requise. La liste des patientes s'allonge dans la capitale, Nyamey, beaucoup de femmes y étant aiguillées pour un traitement. Un des pavillons de l'hôpital national de Nyamey héberge 47 femmes, dont certaines attendent là depuis plus de 10 ans. En général, les crédits alloués à la santé et à l'éducation paraissent avoir diminué. Cependant, une division du Ministère de la santé acquitte à présent le prix d'une césarienne pour les femmes qui ont été opérées de la fistule.

Conclusions et recommandations clefs

- Le Gouvernement ne participe pas de manière active à des programmes d'opération de la fistule ou de prévention. Cependant, les ONG du pays défendent de diverses façons les droits des femmes et la santé génésique.
- Il faudrait assurer une formation de meilleure qualité et plus poussée à davantage de chirurgiens de la fistule, en mettant l'accent sur les endroits reculés. La pénurie de personnel sape la capacité des hôpitaux et des unités sanitaires locales.
- Il faudrait lancer des campagnes de sensibilisation de la communauté, étant donné que des préoccupations culturelles et des pratiques traditionnelles exposent les femmes au risque de la fistule et peuvent les empêcher de solliciter des soins obstétricaux d'urgence.
- Il faut améliorer les transports et les communications entre les différents sites de soins de santé.
- Si on ne les aide pas à se réinsérer dans leur communauté et à subvenir à leurs besoins, les femmes opérées de la fistule peuvent décider de se livrer à la prostitution, avec tous les risques qu'elle comporte. Il faudrait s'efforcer de former les femmes pour qu'elles puissent avoir des activités rémunératrices.
- L'hôpital de Lamordé, qui compte un urologue formé à Addis-Abeba et disposé à former les autres, pourrait bien devenir un centre pour le traitement de la fistule.

Nigéria

Il s'est dégagé de visites effectuées dans 12 sites à travers le pays un tableau contrasté de la fréquence, de la prévention et du traitement de la fistule, avec des différences marquées entre le nord et le sud. De 100 000 à un million de Nigérianes ont une fistule. Environ 58 % des femmes accouchent à la maison, dont 11 % sans aucune assistance. Ces dernières années, de nombreuses femmes ont entrepris d'accoucher dans des églises. Les soins qu'elles y reçoivent lors de l'accouchement ne sont pas professionnels, mais elles sont convaincues qu'à l'église elles seront protégées des « assauts spirituels » des forces sataniques ou des ensorcellements de voisins jaloux ou pervers. Un autre facteur qui contribue au développement de la fistule, c'est la coutume de la mutilation gishiri, qui consiste entailler le vagin, telle qu'elle se pratique dans certains groupes au Nigéria.

Le Gouvernement a mis sur pied une équipe spéciale sur la fistule obstétricale et encourage les initiatives visant à former du personnel infirmier et des chirurgiens, défendre les femmes, concevoir des programmes de sensibilisation de la communauté, recueillir des données concernant la fistule, réadapter les femmes opérées de la fistule et les réintégrer dans la communauté. En dépit de ces efforts, la situation en ce qui concerne la fistule ne laisse pas de s'aggraver.

Conclusions et recommandations clefs

- Comme de nombreuses femmes accouchent à la maison, améliorer la formation, le matériel et les capacités d'aiguillage des accoucheuses et les encourager à proposer leurs services dans des régions reculées.
- Lancer des campagnes de communication sur des radios diffusant des programmes dans des langues

vernaculaires et s'appuyer sur les structures traditionnelles de pouvoir pour sensibiliser l'opinion aux liens qui existent entre des accouchements mal gérés et certaines pratiques culturelles relatives à la fistule.

- Promouvoir l'éducation et la formation professionnelle des fillettes et des femmes, ce qui a pour effet de retarder l'âge du mariage, en s'appuyant sur une vaste coalition.

- Assurer gratuitement ou à des prix fortement subventionnés le traitement de la fistule, celui-ci étant actuellement hors de la portée de la plupart des clientes, dont beaucoup ont été abandonnées par leur mari et ne peuvent faire face au coût ni de l'opération ni du transport vers l'hôpital. Cette mesure pourrait favoriser une augmentation de la capacité de traitement.

- Développer la formation du personnel de tous les niveaux travaillant dans les services de la fistule, car le manque de personnel formé et de fournitures compromet la capacité des hôpitaux de prodiguer des soins de qualité. La formation devrait permettre de faire justice de l'idée que les travailleurs sanitaires des hôpitaux sont insensibles ou hostiles.

- Les sites de traitement de la fistule devraient comprendre des centres de services de conseils pour le VIH/sida et pour la contraception, de manière à mieux intégrer dans le traitement les conseils concernant ces deux aspects de la santé génésique.

- Élargir le champ de la recherche sur les patientes souffrant d'une fistule et leur traitement et mettre au point des protocoles basés sur des faits pour combler les lacunes en matière de connaissance. Le pays compte plusieurs hôpitaux qui pourraient devenir également des centres de formation.

Tanzanie

Les renseignements concernant la fistule ont été collectés par le biais d'un questionnaire concis qui a été adressé aux hôpitaux de district, aux hôpitaux régionaux et aux hôpitaux missionnaires du continent. Le contact avec les hôpitaux d'aiguillage s'est fait sur une base individuelle. Environ 80 % des hôpitaux ont répondu, attestant ainsi le vif intérêt que le sujet suscite. On estime à 1 200 le nombre de nouveaux cas de fistules qui surviennent chaque année dans le pays.

Deux études distinctes réalisées en Tanzanie indiquent que les patientes souffrant d'une fistule sont plus âgées que dans certains autres pays (l'âge moyen se situant, respectivement, à 24 et 22 ans). La quasi-totalité viennent de familles pauvres, n'ont pas accès à des services de santé et des informations de qualité et ne peuvent payer les frais d'un traitement médical. Il semble que les fistules apparaissent chez certaines femmes à l'hôpital même, en raison de la médiocrité des soins obstétricaux d'urgence.

D'après une étude, plus de trois quarts des patientes souffrant d'une fistule éprouvaient un sentiment de honte et étaient gravement handicapées par les écoulements et la stigmatisation. Malgré des conditions défavorables, de nombreuses jeunes filles et femmes souffrant d'une fistule rassemblent leurs maigres économies pour essayer de se faire soigner par un médecin. Mais beaucoup d'entre elles ne suivent pas un traitement, parce qu'elles ignorent qu'il en existe un ou parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer les frais de transport et de traitement.

Conclusions et recommandations clefs

- Il existe six hôpitaux en Tanzanie, concentrés à la périphérie du pays, qui effectuent la plupart des opérations de la fistule, les femmes de l'intérieur n'ayant guère de choix. Il faut envisager la construction d'hôpitaux dans le centre du pays pour effectuer des opérations simples et affecter des chirurgiens invités à ces régions mal desservies.
- S'assurer que les soins entraînés par une fistule sont gratuits ou fournis à des prix fortement subventionnés. Il existe 32 hôpitaux qui effectuent des opérations subventionnées et trois qui proposent un traitement gratuit, mais pour beaucoup de femmes le coût de l'opération et celui du transport (beaucoup de femmes doivent faire 500 kilomètres ou davantage) s'avèrent prohibitifs.
- Augmenter la capacité de prévention et de gestion précoce de la fistule dans tous les hôpitaux et mettre au point dans ce domaine un système national d'aiguillage comportant trois volets. Dans un tel système, les principaux centres traiteraient les cas compliqués et assureraient la formation; viendraient ensuite des hôpitaux capables d'effectuer des opérations relativement simples et d'aiguiller les autres cas; enfin, des hôpitaux plus petits se concentreraient sur l'amélioration de leurs services de soins obstétricaux d'urgence.
- Assurer davantage de formation à des travailleurs sanitaires qui peuvent en tirer un bon parti et sont bien répartis à travers le territoire. Seuls 12 médecins tanzaniens ont été formés en vue d'effectuer des opérations de la fistule, et près de la moitié des interventions sont effectuées par des chirurgiens invités.
- Des informations précises et mises à jour concernant la prévention de la fistule, son impact et l'opération doivent faire l'objet d'une vaste diffusion.
- Dix-neuf des hôpitaux étudiés ont signalé des pénuries de matériel et de fournitures.

Ouganda

Des entretiens, des observations et des discussions qui ont eu lieu dans quatre hôpitaux où sont pratiquées des opérations de la fistule (trois hôpitaux privés et un hôpital public) ont permis d'établir le diagnostic suivant, valable à travers le pays : un nombre toujours plus élevé de femmes ayant une fistule, un nombre restreint de médecins capables d'effectuer des opérations, des salles d'opération trop peu nombreuses et mal équipées, et l'obligation de compter sur des chirurgiens invités pour traiter le grand nombre de femmes qui attendent d'être opérées.

Conclusions et recommandations clefs

- La forte valeur culturelle qui s'attache à l'accouchement à la maison provoque des retards et des complications. Il faudrait mettre à profit les consultations prénatales pour informer les patientes des signes avant-coureurs de danger et les inciter à prendre à l'avance des dispositions en vue du transport au cas où elles devraient solliciter des soins obstétricaux d'urgence.
- Il faut mener des recherches sur les conditions de vie dans la communauté qui sont celles des patientes ayant une fistule et dont un grand nombre ne peuvent faire face au coût d'une opération. Il faudrait intégrer les informations et les services concernant le VIH/sida et la planification familiale dans les soins fournis aux patientes ayant une fistule.
- Encourager les médecins à s'intéresser davantage à l'opération de la fistule, qui est perçue comme difficile et souvent vouée à l'échec. Actuellement, on mise beaucoup sur des médecins volontaires qui viennent une ou deux fois par an.
- Examiner la possibilité de former des médecins pour qu'ils puissent réaliser des opérations de base et fournir des soins obstétricaux d'urgence.
- Examiner de manière plus approfondie la possibilité de faire de l'hôpital missionnaire de Nsambya le centre de formation à la chirurgie de la fistule.

Zambie

La Zambie est un pays très étendu, mais un seul hôpital (celui de Monze) est en mesure d'effectuer des opérations de la fistule de manière continue. On ne dispose pas de statistiques concernant la prévalence de la fistule dans le pays mais les résultats des recherches permettent d'estimer raisonnablement que la prévalence de la fistule est légèrement inférieure à celle observée dans d'autres pays de la région et que toutes les femmes ayant une fistule ne se font pas soigner.

L'impact du VIH/sida a abaissé l'espérance moyenne de vie, la ramenant de 55 ans au début des années 80 à 37 ans en 1998. On ne s'étonnera pas que la santé des femmes ne s'est pas améliorée ces dernières années. Toutefois, l'emploi du contraceptif est passé de 15 % en 1992 à 26 % en 1996, et une grande majorité de femmes sollicitent des soins prénatals. Environ 47 % des accouchements se font avec l'assistance d'une travailleuse sanitaire expérimentée. Le plan stratégique national de santé 2001-2005 vise à faire face aux besoins en matière de santé génésique par le biais de l'évaluation et de la restructuration des soins de santé de base. L'accent est mis sur le niveau du district et le service de la population la plus exposée. Le Ministère de la santé soutient plusieurs projets communautaires à présent en cours et s'attache en particulier à rendre la grossesse plus sûre.

Conclusions et recommandations clefs

- La forte pénurie de médecins et de personnel soignant est aggravée par le manque de ressources pour l'achat de matériel et d'équipement. Toutefois, les techniques novatrices mises en oeuvre par un chirurgien ont permis d'améliorer les résultats à l'hôpital de Monze.
- Le soutien au VIH/sida est mis à profit pour compenser en partie le coût des soins donnés aux patientes ayant une fistule.
- Les patientes ayant une fistule sont en général jeunes; on en compte un nombre important parmi les populations de réfugiés. Une évaluation plus approfondie s'impose pour avoir une idée plus exacte de la prévalence de la fistule et du lien qu'elle présente avec le VIH.
- Il faut déployer des activités de plaidoyer dans les centres de formation locaux des médecins et du personnel soignant afin de les sensibiliser à la fistule.
- Dans un pays aussi vaste, le transport est difficile et coûteux. Il faut concevoir des systèmes de transport novateurs pour amener les femmes à l'hôpital missionnaire de Monze, qui a les meilleures chances de devenir un centre de formation pour les soins de la fistule, et renforcer la capacité des hôpitaux de district de réaliser des opérations simples.

DÉROULEMENT DE LA RÉUNION

Mercredi 30 octobre

Salle de bal de l'hôtel Hilton

- 9:00 –10:30** Allocution de bienvenue, présentations et énoncé des objectifs de la réunion
Distribution des instructions pour les évaluations des besoins (France Donnay)
Doyin Oluwole
- 10:30- 1:00** Début des visites de l'hôpital de la fistule d'Addis-Abeba ou du Village de la Joie –
répartition des participants en deux groupes
Centre de conférence des Nations Unies: salle de conférence 3
- 1:00-2:30** Déjeuner (panier repas pour le groupe qui visite le Village de la Joie)
- 2:30-3:15** Discussion au sujet des visites et présentation de l'évaluation des besoins en Éthiopie
(Catherine Hamlin)
- 3:15-3:30** Pause café
- 3:30-4:15** Présentation de l'évaluation des besoins au Kenya (Dr Kiiru)
- 4:15-5:00** Présentation de l'évaluation des besoins en Tanzanie (Maggie Bangser)
- 5:00-5:45** Questions et débat
- 7:30-9:30** Dîner au Harar Grill de l'hôtel Hilton offert par les organisateurs de la réunion

Jeudi 31 octobre

Centre de conférence des Nations Unies: salle de conférence 3

- 9:00 –10:30** Présentation de la méthodologie et des résultats des évaluations des besoins:
Ouganda, Zambie, Malawi, Mozambique (Mary Nell Wegner) Amy Pollack
- 10:30-10:45** Pause café
- 10:45-11:30** Présentation de l'évaluation des besoins au Nigéria
- 11:30-1:00** Présentation de l'évaluation des besoins : Tchad, Mali Niger et Bénin
- 1:00-2:00** Déjeuner
- 2:00-3:15** Introduction to the Fistula Campaign with questions
Présentation de la campagne contre la fistule et questions
(France Donnay, Mari Tikkanen et Kristin Hetle) Naren Patel
- 3:15-3:30** Pause café

Jeudi 31 octobre (suite)

3:30-5:00

Groupes de travail sur la Campagne contre la fistule

Les participants se divisent en petits groupes:

FACILITATEURS :

Sensibilisation des médias

Réunion des conditions requises à l'hôpital

Physician/Nurse Recruitment

Recrutement des médecins/du personnel soignant

Suivi et évaluation

Durabilité

SALLE :

Micol Zarb/Mary Kanu 1

John Kelly/Ruth Kennedy 2

Naren Patel/Petra ten Hoope 3

Maggie Bangser/Nana Tanko 7

Luc de Bernis/ Joseph Ruminjo 8

Andre de Clercq/ Dr. Kiiru 9

5:00-6:30 Rapports des groupes et débat - Petra ten Hoope

7:30-9:00 Réception au Harar Grill de l'hôtel Hilton offerte par l'UNFPA et EngenderHealth

Vendredi 1er novembre Chair

Centre de conférences des Nations Unies: salle de conférence 3

9:00-10:30 Choix du site des centres de la fistule – Nafis Sadik

10:30-11:00 Pause café

11:00-12:30 Finalisation du plan de campagne contre la fistule

12:30-1:30 Déjeuner

1:30-2:30 Réunion du personnel de pays de l'UNFPA et présentation de la base de données

Mise en place d'un plan d'action régional pour la prévention et le traitement de la fistule
obstétricale – Daniel Sala-Diakanda

2:30-3:00 Observations finales

3:30- 5:30 Visite de l'hôpital de la fistule/Centre satellite

LISTE DES PARTICIPANTS

1. Dr. Kasahun Abate Belay

USAID

PO Box 10599

Addis Ababa, Ethiopia

kbelay@usaid.gov

2. Dr. Ahmed Abdella

Obstetrics and Gynecology

Department

Addis Ababa University

PO Box 1110

ahmedamu@yahoo.com

3. Dr. Edwige Adekambi,

BUREAU DE PAYS DU BÉNIN

REPRÉSENTANT DE L'UNFPA

01 PO Box 506

Recette Principale

Coto Nou, Benin

adekambi@unfpa.org

delanne@unfpa.org

(T) 229-31-41-39

(F) 229-31-00-74

4. Dr Girma Alemayehu,

Zambia UNV

UNFPA Representative

PO Box 31966

Lusaka, Zambia

alemayehugirma@hotmail.com

(T) 260-1-254-105

(F) 260-1-254-421

5. Dr. Andrew Arkutu

PO Box KA30377

Accra, Ghana

233-21-506030

aarkutu@africaonline.com.gh

6. Dr. Hailegiorgis Aytenfisu

Addis Ababa Fistula Hospital

PO Box 3609

Addis Ababa, Ethiopia

(T) 09 238388

(T) 09 716544

7. Ms. Maggie Bangser

Director, Women's Dignity Project

P.O. Box 79402

Dar es Salaam, Tanzania

mbangser@cats-net.com

(T) 255.22.2152577 or 8

(F) 255.22.2152986

8. Dr. Tesfanesh Belay

PO BOX 1234

Ministry of Health

Addis Ababa, Ethiopia

9. Dr. Angela Benson

WHO/Ethiopia Representative, a.i.

P.O. Box 3069

Addis Ababa, Ethiopia

10. Mr. Weleta Beyetemariam

EngenderHealth

PO Box 156 Code 1110

Addis Ababa, Ethiopia

(T) 251-1-614474

(F) 251-1-625830

wbetemariam@engenderhealth.org

11. Ms. Aisha Camara,

UNFPA Deputy Representative

PO Box 7184

Kampala, Uganda

kuriah@unfpa.or.ug

acamara@unfpa.or.ug

(T) 256-41-345-600

(F) 256-41-236-645 or 343-011

12. Mr. Sidiki Coulibaly

Kenya Representative

UNFPA Representative

PO Box 30218

Nairobi, Kenya

sidiki@unfpa.org

(T) 254-2-624401 or 04 or 05

(F) 254-2-624-422

13. Mme. Maria da Luz Vaz,

BUREAU DE PAYS DU MOZAMBIQUE

REPRÉSENTANTE DE L'UNFPA

PO Box 4595

Maputo, Mozambique

marialuzvaz@yahoo.com

sm@unfpa.ue.mz

(P) 00258182805578

(F) 258-1-493-577

14. Dr Luc de Bernis

Medical Officer

MÉDECIN

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ

GÉNÉSIQUE ET DE LA RECHERCHE

ORGANISATION MONDIALE

DE LA SANTÉ

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

debernisl@who.int

(T) 41 227914133 or 3356

15. Dr. Andre DeClerq

UNFPA

DIVISION DE L'AFRIQUE

220 E. 42nd St

New York, NY 10017

Declercq@unfpa.org

(T) 212-297-5156

16. Dr. Jean de Paepe
MÉDECINS DU MONDE BELGIQUE
19, AVENUE HOICHE
1180 BRUXELLES
BELGIQUE
jdepaepe@wanadoo.be
(T) 32-2-374-5553

17. Dr. France Donnay
UNFPA
DIVISION DE L'APPUI TECHNIQUE
220 E. 42nd St
New York, NY 10017
Donnay@unfpa.org
(T) 212-297-5232

18. Dr. Karoline Fonck
UNFPA
CONSEILLÈRE RÉGIONALE
UNFPA-CST
BP 21090
Dakar, Senegal
kfonck@hotmail.com
(T) (221) 822 84 14
(F) (221) 822 83 82

19. Ms. Charlotte Gardiner
Malawi Country Rep
UNFPA Representative
PO Box 30135, Lilongwe 3
Lilongwe, Malawi
gardinerc1@yahoo.com
charlotte@unfpa.sdn.org.mw
(T) 265-(0) 1 771444
(F) 265-771-402

20. Dr. Prasanna Gunasekhara,
CST Advisor
CST Kathmandu
PO Box 5940
Kathmandu, Nepal
pgunasekera@unfpa.org.np
pgunasekera@hotmail.com

21. Mr. Yeshi Habtemariam
Memorial Gender Fund-CIDA
Embassy of Canada
CIDA
PO Box 1009
Addis Ababa
genderfund@telecom.net.et

22. Dr. Catherine Hamlin
CEO Fistula Hospital
Hamlin Fistula Hospital
PO Box 3609
Addis Ababa, Ethiopia
Fistula-hospital@telecom.net.et
(T) 251-1-716544
(F) 251-1-71-2866

23. Ms. Kristin Hetle
UNFPA
CHEF DU SERVICE DES MÉDIAS
220 E. 42nd St
New York, NY 10017
hetle@unfpa.org

24. Dr. Lucy Idoko
Nigeria NPO
UNFPA
PO Box 2075
Lagos, Nigeria
lidoko@yahoo.com
idoko@unfpa.org
(T) 234-1-269-3108
(F) 234-1-269-0531

25. Ms. Edna Ismail
Ministry of Family Welfare
Affairs and Social Development
Harqesa, Western Somalia

26. Ms. Mary Kanu
Director
African Women's Welfare
Association
Talbot House
204-226 Imperial Drive
Rayners Lane, Harrow
Middlesex HA2 7HH
England
Tel: +44 208 866 7789
Fax: +44 208 866 7456
Official Email: africanwomen@btconnect.com
Personal Email:
marykanu@hotmail.com

27. Dr. Jonathan Karshima
ECWA – Evangel Hospital
Zaria Bye-Pass
PMB 2238
Jos, Plateau State
Nigeria
JAKashima@hotmail.com
jkashima@infoweb.abs.net
(T) 234-73-451-755
(H) 234-73-455-323

28. Dr. John Kelly
Emeritus Consultant
The Birmingham Maternity Hospital
Queen Elizabeth Medical Centre
18 Hintlesham Ave.
Birmingham B15 2PH
UK
Kellyj@zoom.co.uk
(T) 44-121-454-3156

29. Ms. Ruth Kennedy
Hamlin Fistula Hospital
P.O. Box 3609
Addis Ababa, Ethiopia
Fistula-hospital@telecom.net.et
ruthckennedy@hotmail.com
(T) 251-1-71-6544
(F) 251-1-71-2866

30. Dr. Julius Kiiru
AMREF
PO Box 4066 Nairobi
drkiirum@yahoo.com
raassen@wananchi.com
filako@amrefke.org
(T) 0722 708 176

31. Dr. Grace Kodindo
PO Box 767
N'DJAMENA (TCHAD)
(T) 235-51-61-68
(T) 235-51-46-09
(M) 235-295074
kodindo.grace@intnet.td

32. Dr. Barbara Kwast
Senior Advisor
Averting Maternal Death and
Disability
Programme (AMDD)
Albast 15 3831 VX Leusden
The Netherlands
b.e.kwast@wxs.nl
(T) 31-33-4953527

33. Mr. Tekle-Ab Mekbib
Consultant & Medical Advisor
Population Council
P.O. Box 33998
Addis Ababa, Ethiopia
(T) 251-1-526574
(F) 251-1-526577
mekbibt@telecom.net.et

34. Mr. Benson Morah,
CST Director
UNFPA / CST
Ethiopia
P.O. Box 8714
Addis Ababa, Ethiopia
(F) 251-1-515311

35. Dr. Fatma Moussa,
CONSEILLER TECHNIQUE
CONSEILLER TECHNIQUE
DE L'UNFPA
B.P. 11201
Niamey, Niger 00227
severyns@unfpa.org
fatimata@intnet.ne
(T) 227-72-29-56
(F) 227-72-33-64

36. Dr. Fatma Mrisho
UNFPA CST Advisor
Old ECA Building 1st floor
Higher 15, Kebele 30
Asmara Road
PO Box 8714
Addis Ababa, Ethiopia
Mrisho@unfpa.org
(T) 251-1-444086 (F) 251-151-1053

37. Mme. Michiko Nagashima
UNFPA
DIVISION DE L'AFRIQUE
220 E. 42nd St.
New York, NY 10017
nagashima@unfpa.org
(T) 212-297-5159

38. Dr. Mulu Muleta
Addis Ababa Fistula Hospital
PO Box 3609
Addis Ababa, Ethiopia
(T) 09 238388
(T) 09 716544
mulumuleta@hotmail.com

39. Ms. Anuradha Naidu
UNFPA
DIVISION DE L'APPUI TECHNIQUE
220 E. 42nd St.
New York, NY 10017
naidu@unfpa.org
(T) 212-297-5242

40. Dr. Kechi Ogbuagu
UNFPA CTA
ECA Building
Ministry of Health
Addis Ababa, Ethiopia
kechogbuagu@yahoo.com

41. Dr. Doyin Oluwole,
DIRECTEUR, FAMILLE ET SANTÉ
GÉNÉSIQUE
BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE
Brazzaville
Congo
doluwoled@yahoo.com
oluwaled@afro.who.int
(T) 1-321-953-9478
(F) 1-321-953-9517

42. Mr. Duah Owusu-Sarfo
Ethiopia Deputy Rep
UNFPA
Ethiopia
P.O. Box 5580
Addis Ababa, Ethiopia
(T) 251-1-517156
(T) 251-1-713280 – home
(F) 251-1-515311
owusu@unfpa.org

43. Dr. Naren Patel
Vice President
FIGO
Wards 37/38
Ninewells Hospital
Dundee DD1 9SY
Scotland
United Kingdom
naren.patel@tuht.scot.nhs.uk
patel_naren@hotmail.com
(T) 1-382-632-959
(F) 1-382-425-515
At FIGO:
(T) 44 20 7224 3270
(F) 44 20 7935 0736

44. Dr. Amy E. Pollack
Director
Engender Health
440 9th Ave, 3rd floor
New York, NY 10001
apollack@engenderhealth.org
(F) 212-561-8067

45. Dr. Daniel Sala-Diakanda
REPRÉSENTANT DE L'UNFPA
BP 906
N'Djamena, Chad
sala.diakanda@undp.org
(T) 235-52-68-4
(F) 235-52-02-95

46. Dr. Marieme Cissoko
SANTÉ GÉNÉSIQUE
UNFPA
B.P. 120
Bamako, Mali
Myriam.cissoko@undp.org
Younes.zoughlami@undp.org
(T) 223-222-01-81 (F) 223-222-07-50

47. Dr. Nafis Sadik
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE ADJOINTE
CONSEILLÈRE SPÉCIALE DU
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
300 East 56th St., Apt. 9J
New York, NY 10022
(T) 718-735-5843
(F) 718-778-3649 +/or
(F) 212-758-1529

48. Dr. Feiruz Surur
ESOG
PO Box 90086
Addis Ababa, Ethiopia
Feiruz_s@yahoo.com
esog@telecom.net.et
(T) 251-1-506069168170
(T) 251-9-231417

49. Dr. Nana Tanko
President Nigerian National
Foundation on VVF
Block 497 Flat 3, Sirasso Crescent
Wuse Zone7
Abuja, Nigeria
Nmtanko@yahoo.com

50. Ms. Petra ten Hoop Bender
International Confederation of
Midwives
Eisenhowerlaan 138
2517 KN The Hague
The Netherlands
Intlmidwives@compuserve.com
Ptenhoop@internationalmidwives.org
(T) 31-70-3060520
(F) 31-70-3555651

51. Ms. Mari Tikkanen
UNFPA
MOBILISATION DES RESSOURCES
DIVISION DES RELATIONS
EXTÉRIEURES
220 E. 42nd Street
New York, NY 10017
USA
tikkanen@unfpa.org

52. Dr. Sister Ann Ward
Family Life Centre,
VVF Hospital
PO Box 1632
Uyo
Akwa Ibom State
Nigeria
mmmflcitam@yahoo.com
(T) 234-085-201-933
(F) 234-085-201-025
(T) 08023335459

53. Ms. Mary Nell Wegner
Engender Health
440 9th Ave, 3rd floor
NY, NY 10001
mnwegner@engenderhealth.org
(T) 212-561-8095
(F) 212-561-8067

54. Ms. Laura Weil
UNFPA
DIVISION DE L'APPUI TECHNIQUE
220 E. 42nd St
New York, NY 10017
Weil@unfpa.org

55. Dr. Abdulrasheed Yusuf
Barbar-Ruga VVF Centre
PO Box 5
Katsina, Nigeria
draudimlf@yahoo.com
(T) 065-433870
(T-residence) 065-433297
(T) 31-485-511167

56. Ms. Micol Zarb
UNFPA
SERVICE DES MÉDIAS
220 E. 42nd St
New York, NY 10017
zarb@unfpa.org