

## Données générales

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

Les derniers chiffres publiés concernant la prévalence du VIH donnent à penser que les taux d'infection des adultes sont d'environ 25 % dans les zones urbaines et de 13 % dans les zones rurales<sup>8</sup>. Parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans, le taux de prévalence estimatif est de 13 %. Parmi les femmes qui viennent recevoir des soins prénatals, 10 % sont séropositives dans les zones rurales, et 20 % dans les zones urbaines. Si les taux sont différents dans le nord et le sud du pays, il semble que les séropositifs occupent 70 % des lits d'hôpital au niveau national.

**Le ratio de mortalité maternelle a probablement augmenté dans une très forte proportion au cours de la dernière décennie<sup>9</sup>.** Il faut remarquer que le taux de césarienne (d'après les chiffres communiqués dans la région sud) est très faible, soit 2,7 %<sup>10</sup>. Le taux d'accouchement prolongé va de 10 %<sup>11</sup> à 22 %<sup>12</sup>. Puisque les fistules sont le résultat d'un accouchement prolongé quand il n'est pas possible d'obtenir une césarienne, la conclusion logique est que les cas de fistule sont très courants. En outre, l'examen du registre d'une salle d'opération de l'un des centres a révélé un nombre considérable d'opérations qui détruisent le vagin à la suite d'un accouchement prolongé. La fistule est manifestement répandue dans les districts visités, mais il faut noter que l'étude a été conduite dans quatre districts seulement et que les conclusions ne devraient pas être étendues à l'ensemble du pays. Pour ces raisons et d'autres encore, bien que le taux

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

Il y a pourtant quelques bonnes nouvelles sur le plan de la santé en matière de reproduction. **Le taux de prévalence des contraceptifs (méthodes modernes) a plus que triplé depuis 1992. Actuellement, 30,5 % des femmes mariées utilisent une méthode quelconque – et 26 % une méthode moderne;** en 1992, ce dernier chiffre n'était que de 7 %<sup>13</sup>. En outre, 91 % des mères qui ont eu des enfants au cours des cinq dernières années avaient effectué au moins une visite pour soins prénatals. Dans 56% des cas, les mères avaient au moins quatre visites pour soins prénatals. Malheureusement, non moins de la moitié des femmes enceintes n'en avaient pas fait une seule au début de leur sixième mois de grossesse, de sorte qu'il reste à obtenir un bon échelonnement de ces visites. En dépit de cela, le pourcentage des accouchements qui ont lieu dans un centre de santé est de 56 %, c'est-à-dire sensiblement plus élevé que dans les pays voisins<sup>14</sup>.

Le Gouvernement du Malawi, reconnaissant qu'il était nécessaire de faire de la santé maternelle une priorité, a institué en 1995 un **programme « Initiatives pour une maternité sans danger »**, avec le but ultime de « réduire la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès aux soins obstétricaux essentiels et aux soins postnatals de qualité. »<sup>15</sup> Pour améliorer l'accès aux centres, un objectif clef a été d'obtenir davantage d'ambulances à quatre roues et à deux roues et de les confier aux chefs locaux, car l'expérience a donné à penser que la communauté reconnaissait en eux les personnes les plus aptes à prendre en charge le transport des patientes. Mais il y a encore des indices contradictoires quant à l'acceptabilité dans la culture locale des ambulances à deux roues<sup>16</sup>.

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

## Problèmes et tâches

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Malgré cette situation d'ensemble très difficile,

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

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

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

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

## **Recommandations et besoins critiques**

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

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

Contrairement à l'autre hôpital central le plus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Malawi

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

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

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

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

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

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

**Processus d'évaluation et de dépistage :** Aucune information.

**Soins postopératoires :** Aucune information.

**Réadaptation/réinsertion :** Aucune information.

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

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

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

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

**Ressources :** Le Gouvernement du Malawi.

**Obstacles :**

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

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

**Dimension :** 160 lits.

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

autre des interventions simples pour deux autres hôpitaux.

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

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

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

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

**Soins postopératoires :**

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

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

**Ouverture sur l'extérieur :** Aucune information.

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

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

**Ressources :**

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

**Obstacles :**

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

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

**Dimension :** 60 lits.

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

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

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

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

**Processus d'évaluation et de dépistage :** Aucune information.

**Soins postopératoires :** Aucune information.

**Réadaptation/réinsertion :** Aucune information.

**Ouverture vers l'extérieur :** Aucune information.

**Appui des autorités :** Aucune information.

**Coût estimatif global par procédure :** Non connu.

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

**Obstacles :** Aucune information.

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

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

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

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

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

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

**Processus d'évaluation et de dépistage :**

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

**Soins postopératoires :**

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

souhaite généralement reprendre ces rapports aussitôt après son rétablissement.

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

**Réadaptation/réinsertion** : Aucune information.

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

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

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

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

**Obstacles** :

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

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

**Dimension** : 239 lits d'hôpital.

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

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

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

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

**Processus d'évaluation et de dépistage** :

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

**Soins postopératoires** :

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

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

à l'écart par leur communauté.

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

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

**Coût estimatif global par procédure :** Non connu.

**Ressources :** Le Gouvernement du Malawi.

**Obstacles :**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Processus d'évaluation et de dépistage :**

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

**Soins postopératoires :**

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

**Réadaptation/réinsertion :** Aucune information.

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

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

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

**Coût estimatif global par procédure :** Aucune information.

**Ressources :**

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

**Obstacles :**

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

**Principaux contacts**

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

**Bureau de pays de l'UNFPA**

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

**EngenderHealth**

Mme Deliwe Malema, Administratrice du programme de pays

**Ministère de la santé**

Mme Jane Namasasu

**Hôpital de district de Machinga**

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

Mme Beata Zuzu

**Hôpital de Maiwathu**

Dr. Francis Sungani et le personnel infirmier

**Hôpital de mission de Mulanje**

Dr. Sue Makin et le personnel infirmier

**Hôpital de mission de Nkhoma**

Personnel médical et personnel infirmier

Dr. Ter Haar

(communication par courrier électronique)

Dr. Krueger

M. Vincent Usiwa, membre du personnel médical de dispensaire

**Hôpital central Queen Elizabeth**

Dr. Ibrahim Idana et son personnel

Dr. Rijken

(communication par courrier électronique)

**Projet Maternité sans danger (DfID)**

Mme Hannah Ashwood-Smith, Planificatrice des services de santé

**Hôpital central de Zomba**

Dr. Austin Mnthambala, et personnel médical et infirmier