

Données générales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problèmes et tâches

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandations et besoins critiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Niger

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

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

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

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

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

Profil typique des clientes : Cela dépend du moment où la fistule est apparue. Si les clientes sont examinées quelques semaines seulement après l'apparition de la fistule, elles sont généralement déprimées, elles boitent en raison d'une paralysie partielle consécutive aux complications de l'accouchement, leurs jupes sont humides et sentent souvent l'urine et/ou les matières fécales. Si plusieurs mois sont passés depuis l'apparition de la fistule, la cliente a eu le temps de contrôler l'écoulement en portant des tampons ou en se protégeant d'autres manières. Souvent aussi, ces femmes sont déprimées après avoir accouché d'un enfant mort-né. Quatre-vingt pour cent d'entre elles

ont été mariées dès l'âge de 16 ans et enceintes à 18 ans. La fistule est apparue à ce moment. Les clientes sont généralement accompagnées de leur mère.

Processus d'évaluation et de dépistage :

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

Soins postopératoires :

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

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

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

Appui des autorités : Le Ministère de la santé publique et le Ministère du développement social organisent des visites auprès des patientes de la fistule. Ils s'efforcent aussi de sensibiliser d'autres partenaires en se rendant dans les centres opérant la fistule en compagnie de membres d'ONG nationales et, parfois, de représentants d'ambas-

sades, notamment celles des Etats-Unis, du Canada et de France. Ces visites donnent généralement lieu à des donations de vivres et de vêtements.

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

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

Obstacles :

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

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

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

En 1994, un chirurgien français a reçu des fonds pour un projet concernant le traitement des femmes atteintes d'une fistule obstétricale. Faute de comprendre les techniques chirurgicales requises par une telle procédure, beaucoup de ses tentatives ont échoué. Une fois les fonds du projet épuisés, il a quitté le pays, tandis que ces femmes, qui avaient été opérées par un incapable ou pas

du tout, étaient prises au piège. Le pavillon de l'Hôpital national de Niamey est devenu leur lieu de séjour pour qu'elles n'aient pas à vivre dans la rue. Elles n'ont pas encore été soignées parce qu'elles n'ont pas d'argent pour payer l'opération.

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

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

B. Hôpital de Lamordé, visité le 8 octobre 2002

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

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

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

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

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

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

Processus d'évaluation et de dépistage :

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

Soins postopératoires :

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

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

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

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

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

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

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

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

Obstacles :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Appui des autorités : Aucun.

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

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

Obstacles :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Processus d'évaluation et de dépistage :

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

Soins postopératoires :

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

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

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

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

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

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

font de fréquentes visites.

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

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

Obstacles :

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

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

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

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

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

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

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

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

Processus d'évaluation et de dépistage :

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

Soins postopératoires :

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

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

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

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

Appui des autorités : Aucune information.

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

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

Obstacles :

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

Principaux contacts

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

Bureau de pays de l'UNFPA

Nathalie Maulet, Volontaire des Nations Unies

Ministère de la santé

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

District sanitaire de Loga

Dr. Moustapha Diahlo, OB/GYN

Maternité Issaka Gazobi de Niamey

Dr. Madi Nayama, OB/GYN en chef

Hôpital de Lamordé

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

Hôpital régional de Maradi

Dr. Ousseini Boulama, Directeur de l'hôpital

Hôpital national de Niamey

Dr. Amadou Seïbou, Chirurgien en chef

Maternité centrale de Zinder

Dr. Lucien Djangnikpo, OB/GYN en chef

DIMOL

Mme Salamatou Traoré, Présidente

CARE Niger

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

CONGAFEN

Mme Maémouna Niendou, Secrétaire permanente

CONIPRAT

Mme Ouassa Djataou, Vice-Présidente

Société OB/GYN du Niger

Dr. Nafio Idi, Président

Oxfam-Québec

Mme Fatima Ibrahima, Conseillère organisationnelle pour le développement

Solidarité

Mme Hadizhatou Ibraïm, Vice-Présidente