

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

Introduction

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

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

Données générales sur la fistule obstétricale

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

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

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

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

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

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

Évaluation des besoins

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

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

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

Méthodologie

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

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

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

Conclusions propres à chaque pays

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