

ZAMBIE

Données générales

En Zambie, le tableau de la santé en matière de reproduction est dominé par le fait que **83 % de la population rurale et 56 % de la population urbaine vivent dans la pauvreté. L'impact du VIH/sida a été dramatique, faisant tomber l'espérance moyenne de vie de 55 ans au début des années 80 à 37 ans en 1998.** La Zambie a la distinction fâcheuse d'être l'unique pays (sur 100 couverts par la recherche menée à ce sujet) dont l'indice de développement humain était plus faible en 1998 qu'en 1975³⁴. Il n'est donc pas surprenant que l'état sanitaire des femmes ne se soit pas amélioré pendant cette période. **Le ratio de mortalité maternelle est actuellement de 870 pour 100 000 naissances vivantes** selon le rapport sur l'État de la population mondiale, 2002 (UNFPA).

En dépit de tout cela, il y a aussi quelques bonnes nouvelles. **Le taux de prévalence des contraceptifs est passé de 15 % en 1992 à 25 % en 2002 (14 % utilisent des méthodes modernes)³⁵. La couverture des soins prénatals est comprise entre 72 % et 90 %, c'est-à-dire tout à fait dans la fourchette des normes internationales.** Le nombre de visites pour soins prénatals – 3,5 par grossesse – est également conforme à ces normes. Quarante-sept pour cent des accouchements bénéficient de l'assistance d'un agent sanitaire qualifié. Si cette proportion n'est pas élevée, elle est du moins analogue à celle d'autres pays de la région³⁶.

Le Plan stratégique national de santé pour la période 2001-2005 vise à répondre aux problèmes de santé en matière de reproduction grâce à une évaluation et une reformulation de l'ensemble minimal des soins de santé. Selon ce plan, **le district reste le niveau majeur d'intervention, avec le souci premier de répondre aux besoins des personnes jugées les plus vulnérables.** Cette préoccupation dominante procède de la loi sur les services de santé

de 1995, qui aborde la question selon une double approche : 1) création d'un groupe de structures populaires permettant aux citoyens de participer à la fixation des priorités et à la prise de décisions, par exemple les comités sanitaires de quartier; et 2) création de structures techniques et de gestion pour répondre aux besoins dans le domaine sanitaire d'une manière qui soit conforme aux meilleures pratiques et aux données réunies en matière de soins³⁷.

La composante centrale de la structure technique est formée des équipes de gestion sanitaire de district, des équipes de gestion des hôpitaux, des équipes de gestion au Comité central de santé (Central Board of Health – CBH) et au Ministère de la santé. Les équipes de district et de gestion sont en fait chargées sous contrat par le CBH d'assurer la prestation de service de santé. Les bureaux de santé de district peuvent, à leur tour, charger par contrat des prestataires du service public ou privé (dont les ONG) de prêter des services dans une zone déterminée³⁸.

Au niveau communautaire, **un certain nombre de projets sont en cours d'exécution : ils ont le soutien du Ministère de la santé (par l'entremise duquel l'UNFPA agit) et visent à rendre la grossesse moins dangereuse.** L'UNFPA a mis en route un projet qui comprendra la production d'une brochure sur la maternité sans risques et de « trousseaux de la maman » conçus pour fournir ce qui est nécessaire à un accouchement sans danger. En outre, en collaboration avec la White Ribbon Alliance, il est prévu de soutenir la formation de groupes d'action pour la maternité sans risques, ce qui recouvre notamment un fond autorenouvelable pour le transport. D'autres plans prévoient d'entrer en contact avec les chefs de communauté, à savoir les chefs traditionnels et d'autres hommes, afin de les sensibiliser au

problème de la maternité sans risques au moyen d'une série d'ateliers et d'obtenir leur aide pour de nouvelles activités à base communautaire sur la question.

Problèmes et tâches

L'équipe d'évaluation des besoins a rendu visite au personnel du bureau de pays de l'UNFPA, y compris un conseiller technique détaché auprès du CBH, au directeur des services cliniques et au spécialiste des soins cliniques du CBH, au personnel du Centre hospitalier et universitaire et aux personnes qui participent aux opérations de la fistule dans cet établissement aussi bien qu'à l'Hôpital de mission de Monze, qui est le principal centre d'aiguillage du pays pour la fistule. En outre, des personnes connaissant bien la question ont aussi été interviewées, dont un chirurgien retiré qui a formé le personnel actuel de l'Hôpital de mission à opérer la fistule et des représentants du programme national intégré de santé, ainsi que le personnel du programme d'éducation internationale de l'Université Johns Hopkins (JHPIEGO), qui travaille en collaboration avec USAID à un projet bilatéral en cours sur la santé des mères et des nouveau-nés.

Malgré la vaste superficie de la Zambie (plus de 750 000 km²), **la fistule n'est opérée en permanence qu'à un seul endroit : l'Hôpital de mission de Monze.** Le Centre hospitalier et universitaire (CHU) de Lusaka fait aussi quelques opérations, mais seulement dans la limite de ses possibilités, car d'autres clientes ont des besoins urgents et les fournitures nécessaires ne sont pas toujours disponibles. En raison de l'espace et des ressources limités, et aussi de la complexité de certains cas, les patientes de la fistule sont souvent aiguillées du CHU à Monze, distant d'environ 150 km. Bien qu'il ait été procédé dans le passé à des interventions ailleurs dans le pays, on n'a localisé aucun autre centre qui offre régulièrement aujourd'hui ces interventions.

L'image de la fistule qui s'est dégagée de l'évaluation en Zambie est que l'affection est très répandue, mais non au degré stupéfiant

constaté ailleurs dans la région. Pourtant, il est tout à fait possible que ce ne soit pas le cas : il se pourrait qu'il existe de très nombreuses patientes incapables d'obtenir un traitement parce que les transports sont difficiles à trouver et les centres de prestation de services, rares. En outre, étant donné le ratio élevé de mortalité maternelle, il est possible qu'un certain nombre de femmes qui ont déjà souffert de complications comme la fistule obstétricale finissent par mourir en donnant naissance, de sorte que le nombre de femmes qui ont recours aux services serait effectivement représentatif. Selon une interprétation plus optimiste, on pourrait espérer que l'action à base communautaire a rendu la grossesse moins dangereuse et que les fistules sont moins fréquentes qu'ailleurs. **On ne dispose pas de statistiques nationales sur la prévalence de la fistule,** mais d'après les observations du personnel du CHU et de Monze **il est raisonnable de penser que le problème de la fistule pourrait être un peu moins grave en Zambie que dans d'autres pays de la région et que, d'autre part, toutes les femmes atteintes d'une fistule n'ont pas recours aux services.**

En outre, de nombreux médecins locaux ont quitté la Zambie pour chercher ailleurs un emploi plus lucratif, ce qui entraîne une crise aiguë de personnel médical. Ceux qui sont restés ne semblent pas porter grand intérêt à la fistule. Si **un OB/GYN local (fort intéressé) et un urologue du CHU font quelques interventions, la grande majorité de celles-ci sont dues à un médecin expatrié de Monze, qui renforce un médecin de passage** plusieurs semaines par an pour opérer les cas les plus difficiles. Le médecin expatrié a été affecté à Monze pour un an et demi et a reçu à Addis-Abeba sa formation initiale, complétée par une formation reçue du médecin de passage. Le taux de succès a été très élevé à Monze – environ 90 % l'année dernière.

Le médecin qui en pratique la plus grande partie assure que **les opérations de la fistule se divisent en trois niveaux différents, en fonction du**

degré de complexité de la chirurgie. Pour les deux premiers niveaux, il estime que la formation reçue à Addis-Abeba et celle reçue en cours d'emploi grâce au chirurgien de passage l'ont doté de compétences suffisantes; pour le troisième et plus difficile niveau, il estime qu'il devrait recevoir une formation complémentaire et acquérir plus d'expérience. La division des opérations en plusieurs niveaux de difficulté est essentielle pour concevoir les moyens possibles de répondre aux besoins de personnel à l'aide de prestataires de degrés inégaux de compétence.

Outre le manque très aigu de médecins que la Zambie connaît actuellement, il y règne aussi une **pénurie alarmante de personnel infirmier**. Au CHU, il n'y a en règle générale qu'une seule infirmière par aile et elle est souvent chargée en même temps de la gestion ou de la supervision. La Grande-Bretagne, l'Afrique du Sud et l'Australie exercent actuellement une grande attraction sur les infirmières zambiennes, qui sont bien formées mais incapables de gagner de quoi vivre dans leur pays. Pour cette raison, on recourt de plus en plus aux aides-infirmières, ce qui est un palliatif compréhensible, mais certainement pas une solution à long terme.

Les clientes viennent à Monze et au CHU de tout le pays; certaines sont **des réfugiées de l'Angola et du Congo voisins**. Elles sont en général jeunes; l'âge moyen des clientes de la fistule à Monze était d'environ 18 ans l'année précédente, point qu'il importe de noter étant donné que beaucoup avaient souffert de la fistule un ou deux avant d'avoir recours aux services. Si la grande majorité des fistules sont des FVV, plutôt que des FRV ou une combinaison des deux types, Monze a vu plusieurs cas de FRV chez des enfants sidéens; en de tels cas, l'opération n'est généralement pas pratiquée, car les enfants sont sur le point de mourir au moment où ils arrivent.

Comme c'est aussi vrai ailleurs et comme on l'a indiqué plus haut, **le problème du transport est critique**, étant donné la dimension du pays, le coût des voyages et la pauvreté des clientes en général –

en particulier des patientes de la fistule. Le médecin de Monze prend fréquemment à sa charge le coût du voyage de retour, car autrement ses patientes ne pourraient pas regagner leur communauté.

Aussi bien Monze que le CHU sont **tributaires des donations de médecins de passage pour s'assurer les fournitures de base nécessaires** aux opérations de la fistule, notamment le matériel pour sutures et les cathéters. Au CHU, beaucoup des tables d'opération sont brisées et ne peuvent servir dans leur état actuel.

Le manque de fournitures, auquel s'ajoute la nécessité de dispenser au personnel infirmier une formation complémentaire en cours d'emploi, a conduit le médecin expatrié, le Dr. Breen, et son prédécesseur à Monze, le Dr. Lucy O'Brien, à **introduire d'importantes innovations dans la chirurgie de la fistule** et dans les récipients utilisés au cours des soins postopératoires. Ils ont appris d'un autre médecin (sud-africain) comment faire une double boucle du colon sigmoïde et ensuite comment ouvrir la double paroi intestinale pour créer un vaste réservoir. Celui-ci contient un plus grand volume d'urine, ce qui permet à la cliente de rester continente sans devoir évacuer fréquemment son urine. En outre, si la cliente contrôle elle-même en vision directe l'écoulement de l'urine (minute par minute), il n'y a de risque d'hyperpression progressive sur les sutures intestinales, comme ce serait le cas derrière un clip que l'on aurait laissé trop longtemps sur le cathéter par négligence ou ignorance. D'autre part, à Monze, on mélange sur place le fluide intraveineux pour économiser sur les coûts à engager pour les patientes de la fistule et d'autres affections.

Comme ailleurs, le VIH/sida apparaît mobiliser la plus grande partie de l'appui financier. À Monze, **le programme « Transmission mère à enfant » financé par le Gouvernement a fourni les ressources qui manquaient désespérément pour rémunérer les infirmières**. Sans ces fonds, il est possible que les infirmières ne recevraient pas leur salaire régulièrement. Il faut noter que **selon les**

infirmières leur moral remonte beaucoup quand elles s'occupent de patientes de la fistule, car celles-ci sont souvent opérées avec succès et quittent l'Hôpital impatientes de commencer une nouvelle vie « sèche ». Cette issue est fort différente de celle qui attend les clients atteints du VIH, lesquels voient souvent leur santé décliner rapidement et/ou ne sont jamais en mesure de quitter l'hôpital une fois qu'ils y ont été admis.

Recommandations et besoins critiques

• Conduire une recherche pour voir plus clairement le problème de la fistule dans le pays.

Il est nécessaire de voir plus clairement le problème de la fistule en Zambie, aussi bien que d'analyser où la fistule se situe dans le cadre plus vaste de l'infrastructure sanitaire du pays, qui apparaît en crise. Comme l'incidence du VIH/sida est en augmentation très rapide, il sera nécessaire d'analyser la relation entre le VIH/sida et la fistule au moment où le Ministère de la santé, le CBH et d'autres partenaires clefs réexaminent les priorités en matière de soins de santé.

• Envisager de créer un centre de formation à la chirurgie de la fistule à l'Hôpital de mission de Monze.

Monze est l'unique centre qui assure actuellement la chirurgie de la fistule en Zambie, mais il n'a pas de ressources suffisantes pour continuer à le faire, à moins de recevoir des réapprovisionnements plus réguliers de fournitures et un complément de personnel. Le médecin en poste à l'hôpital doit consacrer davantage de temps à former d'autres médecins et assistants de salle d'opération afin de mettre en place une capacité et d'accueillir davantage de patientes. En ce moment même, toutefois, il convient d'observer que le médecin n'est pas submergé; il peut traiter le nombre de femmes qui arrivent à Monze. Comme en d'autres endroits, pourtant, il est possible que si la capacité augmente, davantage de femmes viennent alors se faire opérer.

• Mener une campagne au sein des établissements locaux de formation médicale et infirmière pour susciter une prise de conscience et tenter d'éveiller et de soutenir l'intérêt pour la chirurgie et la prévention de la fistule parmi les professionnels de la santé.

Dans le pays même, l'intérêt porté à la fistule serait très réduit. Ceux qui y portent intérêt reconnaissent que d'autres collègues sont mal informés de cette affection ou regardent la chirurgie de la fistule comme extrêmement difficile et décourageante. Si la chirurgie de la fistule pouvait être plus régulièrement intégrée à la formation médicale et infirmière, il y aurait ainsi une chance d'étoffer la capacité locale. En outre, si les médecins affectés aux hôpitaux de district pouvaient être formés à pratiquer des interventions simples, les médecins de Monze verraient leur fardeau allégé et les femmes ne se sentiraient plus contraintes d'y aller. Des mesures d'incitation d'ordre éducatif ou économique pourraient aussi garantir que les prestataires continueront de pratiquer leur profession avec zèle au lieu de quitter la médecine pour un autre métier plus lucratif.

• Mettre en place des systèmes novateurs de transport pour aider les femmes à atteindre Monze.

En raison de la dimension du pays et du coût des transports, il est très probable que des femmes sont simplement hors d'état de venir à Monze se faire opérer, même si elles savent que des opérations y sont pratiquées. Il est nécessaire de mettre en place un système quelconque qui aille au-delà de la prise en charge par le médecin du coût du retour des femmes opérées à leur domicile. Peut-être pourrait-on créer un fonds du transport ou persuader une entreprise industrielle locale de mettre un système en place, soit en faisant don d'un véhicule, soit en payant un ticket de chemin de fer, soit en créant une « équipe de camionnettes » quand des véhicules lourds doivent gagner Lusaka pour d'autres raisons.

- **Étudier la possibilité de créer des liens entre les groupes de prestataires soignant les malades du VIH/sida et les patientes de la fistule.**

Étant donné que certains prestataires ont signalé qu'il était satisfaisant de voir les patientes de la fistule guérir et se rétablir et que le VIH/sida recueille souvent des ressources abondantes, il pourrait être intéressant de mettre en relation les prestataires qui soignent les malades du VIH/sida et ceux qui soignent les patientes de la fistule, de manière à préserver le moral du personnel et à employer les fonds disponibles à diverses fins également utiles.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées en Zambie

A . Hôpital de mission de Monze, visité le 15 mai 2002

Dimension : 250 lits.

Personnel médical : Un chirurgien consultant; dix généralistes. Cinq étudiants qui pratiquent certaines opérations obstétricales grossesses ectopiques, comme les césariennes, préparent le diplôme de docteur en médecine. Ils sont capables de faire ces opérations aux postes sanitaires les plus écartés pour prévenir l'apparition de fistules aux centres du niveau le plus modeste; un OB/GYN, qui opère la fistule, le Dr. Michael Breen. Aucun autre médecin de l'hôpital ne s'intéresse à la FVV. Le Dr. Breen note que cet intérêt pourrait grandir quand un médecin a une expérience préalable et devient plus expert en chirurgie du vagin. En 2000, le Dr. Breen a passé trois semaines de formation à Addis-Abeba, à ses propres frais, et il a aussi appris du Dr. Kelly. Le Dr. Breen estime que même avec ce type de formation, il est important de travailler avec un expert de premier rang afin d'accéder au niveau de compétence supérieur.

Nombre de clientes : 36 opérations ont été pratiquées l'an dernier (34 FVV, deux FRV); cette année, le Dr. Breen en a déjà pratiqué 19 et prévoit d'en pratiquer environ une par semaine, sauf pendant le séjour de deux semaines du Dr. Kelly, où ils essaieront probablement d'opérer 20 à 25 patientes. Le Dr. Breen réserve les cas les plus difficiles pour la visite du Dr. Kelly.

Provenance des clientes : L'Hôpital de mission de Monze sert des clientes venues de tout le pays. Il est l'hôpital où les patientes sont aiguillées, même à partir du CHU de Lusaka. C'est l'unique centre dans tout le pays où la fistule obstétricale est opérée en permanence, de sorte que les clientes parcourent d'énormes distances pour venir ici; et le transport est problématique. Voici quelque temps,

il y avait trois autres centres dans des localités écartées où la fistule était opérée, mais ce n'est plus le cas.

Profil typique des clientes : Principalement des jeunes femmes, de 18 ans en moyenne. Chez beaucoup, la fistule est apparue au premier accouchement, mais elles ne viennent parfois à l'hôpital qu'au bout de deux ans à peu près. La plupart n'ont pas d'enfants ou, tout au plus, un seul. Elles sont généralement accompagnées de leur mère ou d'une amie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Dépistage du paludisme.
- Contrôle de l'hémoglobine.
- L'examen a lieu dans la salle d'opération, mais sans aucune anesthésie.

Soins postopératoires :

- Écoulement de l'urine dans un récipient plat plutôt que dans une poche, afin de simplifier le processus.
- Les clientes restent en général de trois à quatre semaines.
- Il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois et d'avoir une césarienne à leur prochain accouchement.
- Aucun conseil spécial n'est donné concernant la planification familiale ou le VIH/sida. Le Dr. Breen estime que la planification familiale n'est pas un problème, car les clientes ne pourront sans doute devenir enceintes que difficilement.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service n'est connu.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune de manière expresse. Comme Monze est l'unique hôpital qui assure régulièrement l'opération de la FVV, les autres hôpitaux du pays le connaissent bien. Les patientes de la fistule sont dispensées du versement de redevances. Le dispensaire de soins prénatals se trouve aussi dans les locaux de l'hôpital. Les

clientes venues pour soins prénatals sont dépistées pour le VIH et prennent de l'azidothymidine (AZT) si elles sont séropositives.

Appui des autorités : Aucun au sens strict, mais l'hôpital couvre les frais encourus pour les patientes de la fistule, ainsi que d'autres services, à l'aide des fonds du Gouvernement zambien.

Coût estimatif global par procédure : Non connu puisque les patientes de la fistule ne paient pas, selon la règle suivie depuis plus de 20 ans. Les clientes doivent payer 10 000 kwacha (un peu plus de 2 dollars É.-U.) pour un accouchement normal. La subvention du Gouvernement aide réellement l'hôpital. Il y a lieu de noter que les clientes ne paient pas à la journée d'hôpital, mais seulement un montant forfaitaire versé à leur admission. Les coûts de transport sont le point le plus délicat, et le médecin les paie souvent de sa poche pour que les patientes puissent rentrer chez elles. Pour réaliser des économies, le personnel de l'hôpital mélange lui-même les fluides intraveineux et recourt à la rachianesthésie par bupivacaïne, parce qu'elle est beaucoup moins coûteuse que l'anesthésie par inhalation.

Ressources : L'hôpital est financé par le Gouvernement zambien et reçoit quelques donations, dont un certain moment des Sœurs du Saint-Esprit, ordre zambien. Les activités de collecte de fonds ont fléchi depuis le départ du Dr. O'Brien. Le Dr. Kelly apporte des fournitures essentielles (fil de sutures, cathéters, etc.) à chacune de ses visites. L'hôpital mélange et met en bouteille ses propres fluides intraveineux. En partie grâce à ses activités concernant la FVV, l'hôpital a été promu au niveau 2, de sorte qu'il reçoit un peu plus de fonds gouvernementaux.

Obstacles :

- Transport.
- Faible rémunération des infirmières; actuellement le programme Transmission mère-enfant aide à couvrir le montant de leurs salaires.
- Lors des visites du Dr. Kelly, une aile latérale est affectée aux patientes de la fistule. Cette aile pourrait être rénovée et avoir des infirmières en propre.
- Les patientes de la fistule représentent une

certaine charge financière pour l'hôpital, étant donné leurs besoins et le fait qu'elles ne paient rien, bien qu'elles soient « bonnes pour le moral du personnel » parce que, contrairement à ce qui est le cas pour les malades du VIH, l'issue de l'opération est généralement positive.

- Manque de fournitures adéquates et nécessité en général de vivre « au jour le jour » concernant l'approvisionnement en matériel (par exemple, fil de sutures, gants, cathéters, etc.)

B. Centre hospitalier et universitaire (CHU), Lusaka, visité le 16 mai 2002

Dimension : Plus de 1 500 lits; c'est le plus important hôpital du pays, et l'unique hôpital classé tertiaire.

Personnel médical : Le Département d'obstétrique et gynécologie comprend trois consultants capables d'opérer la FVV, mais un seulement le fait régulièrement, et cette femme médecin doit trouver les fournitures nécessaires pour être en mesure d'opérer. Il y a aussi un urologue qui fait des interventions; il s'agit d'un homme qui est à l'hôpital depuis fort longtemps et connaît diverses personnes qui lui envoient des fournitures de temps à autre. L'hôpital souffre d'une pénurie aiguë d'infirmières; le ratio actuel infirmières/clientes est de 30:1 dans certaines ailes. En outre, la sœur infirmière chargée de la supervision prend soin des clientes dans quelques cas. Les chefs de clinique allaient autrefois suivre une formation à Monze avec le Dr. O'Brien, mais ils n'ont pas établi un arrangement analogue avec le Dr. Breen.

Nombre de patientes : Environ 16 cas de FVV par an; la plupart sont aujourd'hui aiguillées vers Monze. Le chef du département d'OB/GYN a toutefois noté que, quand des cas de FVV sont opérés plus régulièrement au CHU, le nombre de clientes augmente, suppose-t-elle, par l'effet de la rumeur publique.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de tout le pays. Certaines sont des réfugiées.

Profil typique des clientes : Elles sont jeunes, mais ce ne sont pas nécessairement des adolescentes. La fistule apparaît le plus souvent lors du premier accouchement.

Processus d'évaluation et de dépistage : Le personnel du CHU a expliqué que presque toutes les patientes de la FVV allaient à Monze à ce moment. Pour une opération au CHU, l'évaluation de base porte sur les points suivants :

- Contrôle de l'hémoglobine.
- Dépistage du paludisme.
- Test des autres infections; si le test est positif, elles sont traitées.
- Les clientes sont examinées sans anesthésie pour déterminer l'emplacement et la nature de la fistule.

Soins postopératoires : Les soins postopératoires sont déficients au CHU en raison de l'extrême pénurie d'infirmières. L'OB/GYN qui assure les interventions a décrit une situation où la même cliente devait être opérée une deuxième fois en raison de l'insuffisance des soins postopératoires, dans les cas où, par exemple, le cathéter est bloqué sans que nul s'en aperçoive même si la cliente demande de l'aide. La sœur infirmière remettait les soins à la cliente au moment où le médecin qui l'avait opérée reviendrait de congé.

Réadaptation/réinsertion : Aucun des interviewés n'avait connaissance de services spéciaux à cet égard.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune à ce titre même.

Appui des autorités : Si le Ministère de la santé apparaît prêter son appui et si, en fait, le budget de la santé « est satisfaisant sur le papier », selon un membre du personnel, la vérité est qu'ils ne reçoivent en fait que 10 à 20 % des montants prévus au budget.

Coût estimatif global par procédure : Les services sont gratuits, mais les clientes doivent payer une petite redevance (environ 500 kwacha, soit 12 cents É.-U.) au moment de l'aiguillage. En outre, à partir de la semaine du 13 mai 2002, le CHU instituait une redevance de 5 000 kwacha (un peu plus d'un dollar

É.-U.) pour la « petite » chirurgie et de 10 000 kwacha pour la « grande » chirurgie. Les clientes sont parfois priées d'apporter des fournitures si elles peuvent le faire. La nourriture est gratuite à l'hôpital public, ce qui n'est pas vrai des hôpitaux de mission, et ce peut-être l'une des raisons pour lesquelles les clientes viennent d'abord au CHU.

Ressources : Le CHU fonctionne essentiellement grâce aux fonds du Gouvernement, auxquels s'ajoutent les faibles redevances des clientes (comme on a noté plus haut) et les fournitures dont il est fait don dans certains cas, par exemple le matériel utilisé pour la chirurgie de la fistule.

Obstacles :

- Le transport à destination des services de santé constitue un sérieux problème.
- Le personnel est extrêmement insuffisant dans les centres de district, aussi bien qu'à l'hôpital tertiaire. En raison de la faiblesse des traitements et salaires, médecins et infirmières quittent le pays en très grand nombre.
- La situation est également catastrophique pour l'équipement et les fournitures. Le CHU fait appel aux « bonnes volontés » pour l'aider à s'assurer les matériels nécessaires à la chirurgie de la fistule, par exemple.
- L'entretien de l'équipement représente aussi actuellement un redoutable problème. La plupart des tables d'opération sont brisées et n'ont pas été réparées.
- Le personnel suggère que pour être mieux en mesure d'opérer la fistule, des équipes médecin-infirmière reçoivent une formation complémentaire, peut-être à l'hôpital d'Addis-Abeba.