

PRÉVENIR LE MAL ET GUÉRIR LES BLESSURES

EN FINIR AVEC LA FISTULE OBSTÉTRICALE



Campagne
pour éliminer
les fistules

PRÉVENIR LE MAL ET GUÉRIR LES BLESSURES

EN FINIR AVEC LA FISTULE OBSTÉTRICALE



Copyright © UNFPA 2008
Fonds des Nations Unies pour la population



PRÉVENIR LE MAL ET GUÉRIR LES BLESSURES

EN FINIR AVEC LA FISTULE OBSTÉTRICALE

T A B L E D E S M A T I È R E S

Aperçu général	7
1. Faire progresser la santé et les droits maternels	9
Causes et conséquences	9
Une question d'équité	11
La maternité sans risque et les objectifs du Millénaire pour le développement	11
La Campagne pour éliminer les fistules	13
2. Prévenir le mal	17
Planification familiale	17
Soins obstétricaux qualifiés	18
Le facteur pauvreté	18
Mariage et maternité précoces	21
Éduquer les femmes et les jeunes filles et renforcer leur pouvoir d'action	21
3. Guérir les blessures	23
L'intervention chirurgicale	23
Les obstacles au traitement	25
4. Restaurer l'espoir	27
Mettre fin au silence	27
Reprendre le cours de sa vie après le traitement	27
5. Continuer dans cette voie	31
Les partenariats	31
L'appui des donateurs	33
La voie à suivre	33
Les ressources	33
Notes	34
Liste des abréviations	34



Une patiente de la fistule
à un établissement
soutenu par l'UNFPA à
Islamabad, Pakistan.

WARRICK PAGE/PANOS/UNFPA

Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA

Chaque minute qui passe, en Afrique ou en Asie, une femme meurt en donnant la vie. Pour chaque femme qui meurt, 20 autres au moins souffrent d'une lésion ou d'une infirmité. Aucune femme ne devrait courir de tels risques.

La fistule obstétricale – trou qui se forme dans la paroi du vagin et laisse les femmes incontinentes, honteuses d'elles-mêmes et seules – est l'une des lésions consécutives à l'accouchement les plus catastrophiques. Les survivantes sont généralement des jeunes femmes ou des jeunes filles pauvres, analphabètes qui vivent dans des zones reculées où l'inégalité entre les sexes est très répandue et l'accès aux soins de santé limité. Incapables d'atteindre même le plus rudimentaire des centres de santé, elles subissent un accouchement prolongé, source de douleurs atroces. Dans la plupart des cas, elles accouchent d'un enfant mort-né. Elles sont incapables de contrôler l'écoulement de l'urine ou des excréments, voire des deux. Souvent, leur mari et leurs proches se détournent d'elles.

Jadis présente dans le monde entier, la fistule obstétricale a aujourd'hui pratiquement disparu dans les pays industrialisés grâce à la qualité des services sanitaires. Cependant, dans les pays en voie de développement, au moins deux millions de femmes et de jeunes filles sont atteintes de cette lésion qu'il est possible de prévenir et de soigner. De surcroît, des dizaines de

milliers de nouveaux cas apparaissent chaque année.

Le lieu de naissance d'une femme ne devrait pas affecter son droit à la santé; de même, les coutumes et traditions ne devraient pas ajouter aux risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement. Pour sauver des vies et mettre les femmes à l'abri de cette infirmité, il faut trouver une orientation politique, investir dans les services de santé reproductive et améliorer le statut des femmes et des jeunes filles. Il faut aussi impliquer les hommes qui ont un rôle important à jouer en matière de santé de la femme et d'égalité des sexes. Finalement, il faut faire respecter les droits humains.

En 2003, l'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, a lancé la Campagne mondiale pour éliminer les fistules. La Campagne promeut la prévention, le traitement et la réinsertion sociale des survivantes de la fistule. Cette campagne produit des résultats visibles. C'est en renforçant les systèmes de santé et en dispensant des soins de santé maternelle tant préventifs que d'urgence que l'UNFPA et ses partenaires – gouvernements, organisations non gouvernementales (ONG), secteur privé et individus – parviendront, grâce à leur action conjointe, à éliminer les fistules. Ce sont ces efforts qui permettent qu'un accouchement sans risque et un suivi médical deviennent une réalité pour toutes les femmes.



Des femmes assises dans une salle d'attente
de l'hôpital spécialisé de Katsina au Nigeria
LUCIAN READ/WPN/UNFPA

Au Bangladesh, où presque tous les accouchements ont lieu à la maison, une femme de 22 ans a décrit le fardeau quotidien de la fistule. Après cinq jours d'un travail prolongé, le bébé est mort et la femme est devenue incontinente. « Je suis obligée de porter des vêtements lourds. J'ai des cloques et des démangeaisons douloureuses. Personne ne veut de ma compagnie à cause de l'odeur ». Autrefois, elle était employée de maison mais maintenant plus personne ne l'engagera.¹

Chaque année, plus de 500 000 femmes meurent durant la grossesse et l'accouchement. A chaque fois qu'une femme perd la vie, une famille est durement éprouvée; les enfants survivants sont privés des soins de leur mère; les communautés souffrent.

Les deux millions (ou plus) de femmes atteintes de la fistule obstétricale ont bien failli faire partie de ces sombres statistiques.² Elles ont certes survécu au traumatisme physique et psychique d'un accouchement prolongé mais elles n'en sont pas moins des rappels vivants des déficiences du système de santé. Cependant, trop souvent, elles se terrent et sont oubliées.

La fistule obstétricale, quasi-inconnue dans le monde industrialisé, est surtout présente dans les communautés pauvres d'Afrique subsaharienne et d'Asie où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est particulièrement difficile. Elle survient lorsqu'une femme connaît un accouchement difficile et prolongé et que la femme ne peut bénéficier d'une intervention médicale rapide. Les femmes atteintes d'une fistule demeurent incontinentes et sont souvent abandonnées par leur mari et leurs proches qui les rendent responsables de leur sort. Leur bébé est généralement mort-né.

En matière de décès maternels comme en matière de fistule obstétricale, la prévention fonctionne. Éliminer le risque de fistule contribuera aussi à rendre l'accouchement moins dangereux pour les femmes du monde en développement.

CAUSES ET CONSÉQUENCES

Facteurs de risque : La pauvreté est la cause fondamentale de la fistule obstétricale parce qu'elle est source de mauvaise santé, de rachitisme, de grossesse précoce et d'accès limité aux soins de santé maternelle. Si la grossesse survient avant que le pelvis n'ait atteint son plein développement, si la mère souffre de malnutrition et si elle est de petite taille, il y a un risque accru d'arrêt de l'accouchement. Les inégalités entre les sexes, notamment l'absence d'instruction et la subordination au sein du ménage, sont des facteurs qui empêchent la femme de planifier ses grossesses ou de recevoir les soins obstétricaux appropriés.

« La présence de la fistule est un baromètre de la santé maternelle dans le pays. Si la fistule recule année après année, nous savons que la santé maternelle s'améliore année après année ».

—Dr. Kalilou Ouattara, chirurgien spécialiste de la fistule, Mali.

COMMENT UNE FISTULE OBSTÉTRICALE SE PRODUIT-ELLE?

La fistule obstétricale est le résultat d'un travail prolongé qui subit un arrêt. Si le bébé est trop gros pour passer par le canal vaginal ou si le pelvis de la mère est trop petit ou encore insuffisamment développé, l'accouchement se prolonge. En l'absence d'une assistance qualifiée, l'accouchement peut durer jusqu'à six ou sept jours. Généralement, le bébé meurt au bout de deux ou trois jours. Quand les tissus mous du pelvis sont comprimés entre la tête du bébé qui descend et l'os pelvien de la mère, le sang cesse de circuler et détruit le tissu, créant ainsi un trou (appelé « fistule »), entre le vagin et la vessie de la mère, ou entre le vagin et le rectum, ou des deux côtés.

NB: Une fistule peut apparaître en divers endroits du corps, notamment les poumons ou le tube digestif. La fistule obstétricale affecte le vagin, la vessie et le rectum. Une fistule d'origine traumatique peut apparaître à la suite d'un viol, surtout dans le cas d'un viol collectif brutal.



Conséquences physiques : Si elle n'est pas traitée, la fistule peut déboucher sur des ulcères et des infections à répétition, une maladie intestinale et, dans les cas extrêmes, la mort. Certaines femmes se retiennent de boire afin d'éviter les pertes incontrôlées et souffrent alors de déshydratation. Les nerfs des membres inférieurs peuvent être également touchés, ce qui rend la marche difficile et pénible. Même après le traitement, certaines patientes ont également besoin d'une rééducation physique de longue durée.

Certaines femmes atteintes de la fistule subissent leur condition pendant 40 ans ou davantage et réussissent à dissimuler l'écoulement de l'urine et à rester propres. Cependant, il est difficile d'éliminer et d'ignorer l'odeur d'urine ou d'excréments. L'humidité chronique cause des éruptions cutanées et des infections. La douleur et l'inconfort peuvent être permanents. Les patientes doivent constamment se nettoyer.

Conséquences psychologiques et sociales : En plus de l'infirmité physique, de nombreuses femmes atteintes d'une fistule souffrent d'un profond isolement social. Bien que certaines femmes puissent compter sur le soutien de leur famille, l'odeur risque de chasser maris et amis. Il arrive souvent que les patientes ne soient pas autorisées à préparer les repas et soient également exclues de la prière ou des autres cérémonies religieuses. Il leur devient plus difficile de gagner leur vie; elles se trouvent parfois réduites à demander l'aumône.

La douleur et la solitude liées à la fistule s'accompagnent souvent d'un sentiment de honte. Dans certaines communautés, cet état n'apparaît pas comme une affection mais davantage comme un châtement (ou une malédiction) entraîné par une faute qu'elles auraient commises.

Si certaines patientes font preuve d'un courage et d'une résistance extraordinaires, beaucoup succombent à la maladie et au désespoir. On signale de nombreux cas de suicide et de dépressions chez les femmes atteintes d'une fistule.

UNE QUESTION D'ÉQUITÉ

La fistule obstétricale est non seulement une préoccupation majeure en matière de santé publique mais aussi une question de droit et d'équité. Le fait que la fistule persiste dans les zones pauvres témoigne du désintérêt de la société et des institutions à l'égard de ces jeunes filles et de ces femmes. Les responsables et les prestataires de soins ne reconnaissent souvent pas l'étendue et la gravité de cette infirmité.

L'absence de soins préventifs, soins obstétricaux d'urgence compris, constitue une violation des droits des femmes et des jeunes filles, surtout de leurs droits en matière d'accès aux soins de santé et, tout particulièrement, en matière d'accès aux soins de santé reproductive.

LA MATERNITÉ SANS RISQUE ET LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Il est crucial pour le développement de mettre un terme aux décès et aux souffrances inutiles des femmes et des jeunes filles dans le monde entier. L'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) est de réduire le taux de mortalité maternelle de 75 % d'ici à 2015. Cependant l'on ne s'achemine que très lentement vers cet objectif, reconnu par 189 pays en 2000. A contrario, dans certains pays, le nombre de décès maternels et de lésions consécutives à l'accouchement est en augmentation.

Toutefois, il y a lieu d'espérer. Même dans les pays les plus pauvres, les gouvernements peuvent intervenir avec efficacité pourvu que la volonté de le faire soit présente. La stratégie de l'UNFPA pour une maternité sans risque met l'accent sur les axes suivants:

- La planification familiale pour prévenir les grossesses non désirées et espacer les naissances
- L'accouchement assisté par un personnel qualifié
- Les soins obstétricaux d'urgence en cas de complications



CHRIS DE BODE/PANOS/UNFPA/NIGERIA

FISTULE ET PAUVRETÉ

La présence de la fistule s'accompagne toujours de taux inacceptables de mortalité maternelle :

- Sur plus de 536 000 décès maternels survenus en 2005, 99 % ont eu lieu en Afrique et en Asie³ ;
- Une femme du Niger a un risque sur 7 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement au cours de sa vie. En Suède, ce même risque s'applique à une femme sur 30 000 environ.⁴





CHRIS DE BODE/PANOS/UNFPA

Une patiente à l'hôpital Babbar Ruga Fistula de Katsina au Nigeria.

LA CAMPAGNE POUR ÉLIMINER LES FISTULES

L'objectif de la Campagne mondiale pour éliminer les fistules est de faire disparaître la fistule obstétricale partout dans le monde et d'assurer le progrès de la santé maternelle dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, de l'Asie et de la région des États arabes. La Campagne est structurée autour de trois axes principaux :

LA PRÉVENTION

Le moyen le plus efficace de prévenir la fistule est de garantir l'accès à des services de soins de santé maternelle qui soient de qualité, à savoir la planification familiale, l'intervention de sages-femmes qualifiées et les soins obstétricaux d'urgence. À long terme, la prévention doit s'attaquer aux inégalités économiques et sociales sous-jacentes. Pour ce faire, il faut s'employer à rendre les femmes et les jeunes filles autonomes, à enrichir leurs perspectives d'avenir et à retarder l'âge du mariage et de la première grossesse.

LE TRAITEMENT

La fistule obstétricale peut être traitée. Dans la plupart des cas, une simple intervention chirurgicale peut réparer la lésion. Le taux de réussite atteint les 90 % en ce qui concerne les cas simples.⁵ La Campagne touche à tous les aspects du traitement, notamment la formation des professionnels de la chirurgie de la fistule et des soins postopératoires, l'équipement et la modernisation des centres de prise en charge de la fistule.

LA RÉINSERTION

Le traitement de la fistule ne s'arrête pas à la remise en état des tissus. De nombreuses patientes auront besoin d'un soutien affectif, économique et social après l'opération pour se remettre complètement de leur épreuve. Dans le cadre de la Campagne, on prodigue aux femmes des conseils, on les alphabétise et on leur fournit divers savoir-faire afin de les aider à améliorer leur santé reproductive et de leur permettre de subvenir à leurs propres besoins.

LE DÉROULEMENT DE LA CAMPAGNE

Dans chaque pays, on procède à des enquêtes afin de déterminer l'ampleur du problème et le montant des ressources nécessaires pour traiter la fistule. Le pays reçoit alors un soutien financier qui lui permet de développer un plan national. Commence alors une phase pluriannuelle de mise en œuvre, sur la base du plan national, d'interventions pour prévenir et traiter la fistule et des programmes pour aider les femmes à se réinsérer dans leur communauté après l'opération.



Pour que cette stratégie donne des résultats, il sera nécessaire d'améliorer et d'étendre les systèmes de santé de façon globale. Cela mettra en œuvre des ressources considérables et un engagement sans faille à tous les niveaux, aussi bien au niveau des communautés locales qu'à celui des gouvernements.

Objectifs de la maternité sans risque : Les mesures prises en vue de l'élimination des fistules obstétricales s'inscrivent directement dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement – en particulier, les objectifs relatifs à la santé néonatale et maternelle (objectifs numéro 4 et numéro 5). Ces mesures contribuent aussi à l'objectif numéro 1, qui est d'éliminer l'extrême pauvreté, et à l'objectif numéro 3, qui est de promouvoir l'égalité des sexes et l'indépendance des femmes.

En outre, ces activités reprennent chaque aspect, ou presque, des recommandations faites au cours de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), en particulier au paragraphe 8.20 du Programme d'action: [Les pays doivent s'efforcer de] « promouvoir la santé maternelle et la maternité sans danger; faire baisser rapidement la mortalité maternelle et réduire les écarts entre pays développés et pays en développement, ainsi qu'à l'intérieur même des pays ».

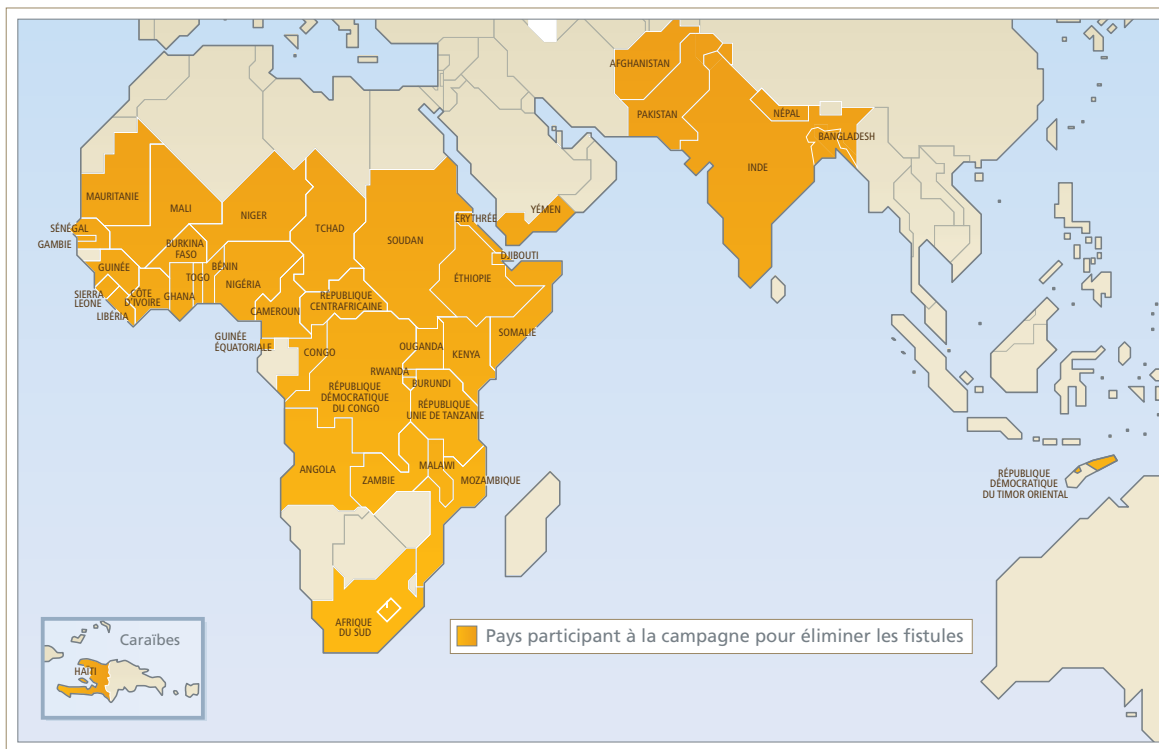
Au Sommet mondial de 2005 qui s'est déroulé à New York, les dirigeants mondiaux se sont engagés à assurer l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015, à promouvoir l'égalité des sexes et à mettre fin à la discrimination à l'égard des femmes.

LA CAMPAGNE POUR ÉLIMINER LES FISTULES

Lancée en 2003, la Campagne mondiale pour éliminer les fistules s'est assurée un soutien politique et les ressources nécessaires pour renforcer les soins de santé maternelle dans les pays en voie de développement. La Campagne, conduite par l'UNFPA et ses partenaires, met l'accent sur trois domaines clefs d'intervention: prévenir la fistule, traiter les femmes qui en sont atteintes et

aider les femmes à retrouver une existence digne de ce nom et une vie productive après l'intervention chirurgicale.

La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles constitue un domaine prioritaire pour l'UNFPA, qui soutient les interventions en faveur de la maternité sans risque dans plus de 90 pays. Un solide réseau de partenaires et de nombreux experts au niveau national sont en train de faire différence. La prévention de la fistule et le traitement des femmes qui en sont atteintes s'inscrivent dans chaque aspect du mandat de l'UNFPA, à savoir la maternité sans risque, les droits en matière de reproduction, la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, l'égalité des sexes, le mariage et la grossesse précoces.





Des étudiantes à une école de sage-femme parrainée par l'UNFPA à El-Fasher au Darfour, pratiquant des techniques pour mener en toute sécurité un accouchement.

SVEN TORFINN/PANOS/UNFPA

Mariée à 12 ans en Éthiopie, Almaz avait un petit corps fragile qui n'était pas prêt à supporter l'épreuve de la grossesse et de l'accouchement. L'accouchement était arrêté depuis deux jours, mais on lui a dit de continuer à pousser. Le sixième jour, son bébé était mort-né. Cette épreuve exténuante a déchiré ses entrailles, laissant un trou entre la vessie et le vagin.⁶

La prévention de la fistule consiste d'abord à améliorer la santé maternelle. Le but est de rendre d'entrée de jeu la grossesse et l'accouchement à moindre risque puis, en cas de complications, de garantir à la femme un accès en temps utile aux soins obstétricaux d'urgence.

La planification familiale, l'intervention de sages-femmes qualifiées et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence sont les trois domaines fondamentaux qui appellent une action immédiate. À long terme, l'éradication de la pauvreté, le report de l'âge de la première grossesse et l'autonomisation des femmes et des filles réduiront aussi le risque de fistule obstétricale.

PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes et les filles qui sont trop jeunes lors de leur première grossesse, qui ont eu beaucoup d'enfants ou dont les grossesses sont trop rapprochées risquent de mourir ou de contracter une infirmité, comme la fistule. La planification familiale aide les couples à différer et espacer les grossesses ou à en limiter le nombre, réduisant ainsi le risque de fistule.

La planification familiale permet aussi d'éviter les grossesses non désirées et le fait que les femmes recherchent un

avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Chaque année, des femmes et des jeunes filles sont confrontées à 80 millions de grossesses non désirées, dont 45 millions se soldent par un avortement. Près de la moitié de ces avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses.⁷ Ce sont 68 000 femmes qui en meurent chaque année. Le nombre de femmes atteintes de lésions est infiniment plus élevé.

En garantissant l'accès à la planification familiale et en le libérant de toute contrainte, on pourrait réduire d'au moins 20 % les décès maternels et les lésions dues à l'accouchement. Cependant, ce sont environ 200 millions de femmes qui n'ont pas, à l'heure actuelle, accès à des moyens de contraception efficaces⁸ et sans risque. De plus, le recours aux contraceptifs est particulièrement rare dans les pays où la fistule obstétricale est répandue. Au Niger et au Rwanda, par exemple, moins de 5 % de la population utilisent des méthodes de contraception modernes, contre 55 % dans les régions développées.⁹

Assurer l'accès de tous à un éventail complet de méthodes de planification familiale fiables et sans risque constitue un des aspects du mandat de l'UNFPA. L'UNFPA s'efforce d'atteindre cet objectif en soutenant des dispensaires et des services d'action externe, en formant des agents de santé communautaire et d'autres prestataires de soins de santé, en fournissant des contraceptifs et en plaidant la cause des couples et des individus qui ont besoin d'informations et de services pour planifier librement leur famille.

« C'est une chose de réparer le terrible dommage physique. Cependant, il est plus difficile et plus urgent encore de prévenir d'abord le dommage, c'est-à-dire de s'attaquer aux maux sociaux et économiques qui rendent les jeunes filles et les femmes vulnérables à la fistule ».

—Maggie Bangser, Women's Dignity Project, République-Unie de Tanzanie.

PLANIFIER UNE CÉSARIENNE PERMET À UNE FUTURE MÈRE D'ÉVITER UNE AUTRE FISTULE

ZINDER (Niger) —Mariama Hadjara, 30 ans, n'a pris aucun risque. Cette future mère, enceinte de sept mois, a prévu de subir une césarienne pour éviter de perdre un autre enfant.

« Cela m'est égal d'avoir un garçon ou une fille », a déclaré Mariama, qui vit à Guidimouni, village situé à 60 kilomètres à l'est de Zinder, où elle bénéficie de soins prénatals à Solidarité, une organisation non gouvernementale qui dispense soins et appui aux patientes de la fistule. « Ce que Dieu me donnera — pourvu que le bébé soit en bonne santé ».

Les deux premières grossesses de Mariama ne se sont pas bien terminées. Lors de son premier accouchement, elle a passé les quatre premiers jours chez elle. « Ma mère refusait de me laisser aller à l'hôpital », explique Mariama. « Au bout de quatre jours, mes parents ont décidé de trouver un cheval et une charrette et de me laisser aller à l'hôpital. Dès le moment où l'on a extrait l'enfant, l'urine a commencé à couler ».

Mariama a subi trois interventions chirurgicales avant d'être définitivement guérie de la fistule. Lors de son deuxième accouchement, elle a demandé une césarienne dès la fin du premier jour. Mais elle avait attendu trop longtemps avant de se faire soigner et le bébé, un garçon, est mort-né.

Pour sa troisième grossesse, Mariama a pris d'avance toutes les dispositions en vue d'une césarienne et a donné naissance à une petite fille en bonne santé. L'accès en temps voulu à des soins obstétricaux d'urgence, généralement une césarienne pour remédier à l'arrêt de l'accouchement, aide à empêcher qu'une fistule ne se forme ou ne se reforme et assure un accouchement sans danger pour la mère comme pour l'enfant.

« Pour mon troisième enfant, je suis arrivée au centre de bonne heure », a déclaré Mariama, après avoir subi une césarienne à la maternité centrale de Zinder. Cette maternité, financée par l'UNFPA, offre des soins obstétricaux d'urgence aux femmes enceintes. Elle est située dans le même complexe que Solidarité.¹⁰

SOINS OBSTÉTRICAUX QUALIFIÉS

Il faut des professionnels qualifiés pour qu'un accouchement se déroule sans danger, pour reconnaître la moindre complication et aiguiller les patientes qui en souffrent vers les soins obstétricaux d'urgence. Pourtant, dans les pays en développement, seulement 57 % des femmes accouchent avec l'assistance d'une professionnelle qualifiée,¹¹ et 40 % seulement accouchent dans un hôpital ou un centre de santé.¹²

Les sages-femmes jouent un rôle capital lorsqu'il s'agit de sauver des vies et d'améliorer la santé des mères, partout dans le monde. Cependant, elles exercent souvent dans des conditions de travail médiocres et avec du matériel en quantité insuffisante. En outre, il faudrait environ 700 000 sages-femmes de plus pour assurer l'accès universel à des soins qualifiés au cours de l'accouchement.¹³ Pour éliminer les fistules obstétricales et améliorer la santé maternelle au niveau mondial, l'éducation, la formation et le déploiement des sages-femmes dans les zones reculées sont essentiels et constituent le seul remède possible à cette pénurie.

Si une situation d'urgence se présente, comme l'arrêt de l'accouchement, une action immédiate peut empêcher l'apparition d'une fistule obstétricale; on a alors le plus souvent recours à une césarienne. Cette opération soulage la pression qui arrête l'afflux du sang vers les organes procréateurs de la mère et qui peut, à son tour, entraîner la destruction des tissus mous du pelvis et l'ouverture d'un trou dit « fistule ». Le fait de procéder à temps à une césarienne permet aussi d'accroître les chances de survie du bébé. Comme les complications surviennent souvent en l'absence de signes avant-coureurs, il est capital de transporter les mères dans des services d'urgence et d'organiser ce transport.

L'UNFPA soutient la formation de médecins, d'infirmières et de professionnels de la santé spécialisés dans les soins obstétricaux capables de sauver des vies et cela dans des dizaines de pays à travers le monde. L'UNFPA fournit également des médicaments et l'équipement nécessaires pour sauver des vies. Le Fonds agit avec les dirigeants communautaires et les responsables afin d'accroître la prise de conscience et de mobiliser un soutien en faveur des femmes enceintes.

LE FACTEUR PAUVRETÉ

La pauvreté prive les femmes de choix et les prive ainsi de plusieurs options. Dans certaines cultures, les familles croient qu'un mariage précoce peut protéger la réputation d'une jeune fille et assurer son avenir. Mais cela se traduit aussi par le refus du droit à l'éducation, à la santé, à des perspectives économiques meilleures, à des amitiés. Il est

LES TROIS RETARDS

Tout retard peut être fatal et mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant. La plupart des cas de décès maternel et d'infirmité résultent d'une ou de plusieurs catégories de « retards » :

RETARD À RECONNAÎTRE LES SIGNES DE DANGER :

Dans bien des endroits, ce sont les maris, parents de sexe masculin ou belles-mères qui décident du type de soins qu'une femme reçoit au cours de l'accouchement, même s'ils ne sont pas bien informés des risques liés à l'accouchement et de la nécessité d'obtenir des soins qualifiés. Les femmes s'en remettent souvent aux accoucheuses traditionnelles qui ne reconnaissent pas toujours en temps voulu les signes de danger et tardent à prendre les mesures appropriées. Dans bien des pays, le problème est aggravé par une nette préférence en faveur de l'accouchement à domicile.

RETARD À ATTEINDRE UN CENTRE DE SANTÉ :

Les hôpitaux ou centres médicaux équipés pour faire face à un arrêt de l'accouchement sont parfois peu nombreux ou éloignés. Le mode de transport est souvent rudimentaire. Les femmes dont le travail a déjà commencé sont parfois obligées de voyager pendant des heures, voire des jours, en autobus ou sur une charrette à âne afin d'obtenir de l'aide. Quand elles parviennent finalement à l'hôpital, il est souvent trop tard. En outre, le coût du transport peut être prohibitif pour certaines familles.

RETARD DANS LA DÉLIVRANCE DE SOINS DE QUALITÉ AU CENTRE OU À L'HÔPITAL :

Dans les pays pauvres en ressources et surtout chez les femmes pauvres, le taux de césariennes est bien inférieur à la norme minimale de 5 % qui est recommandée.¹⁴ En raison d'une insuffisance de personnel ou du manque d'agents sanitaires qualifiés, d'équipement et de fournitures, les centres de santé sont rarement en mesure de dispenser des soins d'urgence. Ces retards sont parfois imputables à l'attitude négative des agents sanitaires à l'égard des patientes pauvres.



LUCIAN READ/WPN/UNFPA

Un cathéter conduit de l'urine dans un sac et bol. La cathétérisation fait partie intégrante du processus de récupération pour des patientes atteintes de la fistule.

également impossible à cette jeune fille de choisir librement son futur mari, le moment du mariage et si elle veut ou non se marier.

Dans de nombreux pays où la fistule est présente, l'extrême pauvreté mine en totalité les systèmes de santé. Les centres de santé et les hôpitaux ont souvent un personnel insuffisant, un équipement médiocre et sont incapables d'administrer des soins adéquats. Cette qualité médiocre des soins est l'une des raisons pour

lesquelles de nombreuses femmes enceintes évitent de s'adresser aux médecins: elles associent l'hôpital à la maladie et à la mort.

L'UNFPA centralise les dons afin de fournir aux pays qui n'en n'ont pas les moyens les services de base, l'équipement et le matériel de santé reproductive. L'objectif est de surmonter la pauvreté et d'offrir aux femmes et aux jeunes filles d'autres options que l'habituel mariage précoce.



Des patientes atteintes de la fistule à l'hôpital Babbar Ruga Fistula de Katsina au Nigeria.
CHRIS DE BODE/PANOS/UNFPA

MARIAGE ET MATERNITÉ PRÉCOCES

Retarder l'âge de la première grossesse est une stratégie centrale dans la lutte contre la fistule et les décès maternels. La raison est, en partie, d'ordre physique: plus la femme est jeune, plus le risque de complications est grand. Les filles âgées de moins de 15 ans courent un risque cinq fois plus grand de mourir au cours de l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 29 ans. Chez les filles âgées de 15 à 19 ans, ce risque est multiplié par deux.¹⁵ Beaucoup de celles qui survivent à l'arrêt de l'accouchement sont atteintes d'une fistule.

On fait fréquemment pression sur les filles mariées jeunes pour qu'elles tombent enceintes juste après leur mariage; il peut également leur être difficile d'avoir accès aux services de planification familiale. Dans certains lieux, on exige d'elles une preuve du consentement de leur mari qu'il leur est impossible d'obtenir si celui-ci n'approuve pas le report de la première grossesse ou l'espacement des naissances.

Les tabous et les croyances traditionnelles relatives aux relations sexuelles pré-maritales interdisent souvent aux jeunes (surtout aux filles) d'obtenir les informations dont ils ont besoin. N'ayant dans certains cas pas l'information ou la formation appropriée, les prestataires de soins, les enseignants et les autres sources d'appui potentiel peuvent ainsi décourager leurs questions.

L'UNFPA reconnaît qu'il faut beaucoup de délicatesse et de patience pour changer des traditions solidement enracinées telles que le mariage précoce. Dans de nombreux pays, le Fonds travaille en collaboration avec des dirigeants communautaires et religieux influents qui, lorsqu'ils agissent à leur tour, peuvent se montrer très efficaces pour mobiliser un soutien en faveur du droit à la santé reproductive. L'UNFPA soutient également les centres accueillant les jeunes pour aider ceux-ci, qu'ils soient mariés ou célibataires, à obtenir une information et des services en matière de santé reproductive.

ÉDUCER LES FEMMES ET LES FILLES ET RENFORCER LEUR POUVOIR D'ACTION

Dans bien des zones où la fistule est très répandue, les femmes n'exercent qu'un faible contrôle sur les décisions relatives au travail, à l'école, à la répartition des ressources du ménage et aux soins médicaux. Ces décisions importantes sont souvent prises par le mari ou les parents de sexe masculin.

L'éducation aide les jeunes filles à connaître leurs droits et à les revendiquer. Les jeunes filles qui poursuivent leurs études ont de meilleures chances de se marier plus tardivement, d'avoir moins d'enfants et en meilleure santé.¹⁶ Cependant, dans bien des pays aux ressources limitées, les filles ont moins de chances que les garçons d'aller jusqu'au bout de leurs études.

L'UNFPA et beaucoup de ses partenaires de la Campagne pour éliminer les fistules travaillent à promouvoir l'égalité des sexes, l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement. L'égalité des sexes en matière d'éducation (tant au niveau du secondaire qu'à celui du primaire) marque un jalon en vue de la réalisation de cet objectif. Le Fonds intervient également auprès des hommes pour les éduquer au sujet des problèmes de santé reproductive et pour les encourager à se montrer plus solidaires.

MARIAGE ET PERTE PRÉMATURÉ

En dépit des lois qui, dans certains pays, interdisent le mariage précoce, 82 millions de filles des pays en développement actuellement âgées de 10 à 17 ans seront mariées avant d'atteindre leur dix-huitième anniversaire.¹⁷



Une patiente atteinte de la fistule, Selina Kaloki, attend ses traitements à l'Hôpital Machakos District au Kenya.



« J'ai terriblement souffert au cours de mon accouchement », raconte Zainab, une jeune Nigérienne. « Au milieu de ces tourments, je me demandais : « Est-ce ainsi que les autres femmes souffrent »? Je demandais de l'aide, mais personne n'était prêt à me secourir ». Zainab a été l'une des centaines de femmes et de filles à recevoir un traitement de la fistule obstétricale à l'occasion d'une campagne de traitement subventionnée par l'UNFPA dans le nord du Nigéria.

La fistule obstétricale peut se soigner. La chirurgie peut guérir la lésion, avec des taux de succès avoisinant les 90 % en ce qui concerne les cas simples pris en charge par des chirurgiens expérimentés. En ce qui concerne les cas compliqués, le taux de succès avoisine les 60 %.¹⁸ Le coût moyen du traitement de la fistule (chirurgie, soins postopératoires et réinsertion compris) est de 300 dollars; il se situe bien au-delà du plafond de ressources de la plupart des femmes concernées.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Les cas de fistule simples peuvent être traités par une opération qui comporte peu de difficultés. Cette opération consiste à fermer le trou dans la vessie ou le rectum. C'est une opération qui demande l'intervention de chirurgiens et d'une équipe médicale spécialement formés. Cette opération nécessite également un minimum de deux semaines de soins postopératoires. Avant l'intervention, il est nécessaire d'examiner soigneusement les patientes car certaines souffrent aussi, par exemple, de malnutrition, d'anémie ou de paludisme. Après l'intervention, les femmes peuvent souvent mener à nouveau une vie riche et productive. Elles peuvent généralement avoir d'autres enfants,

mais on leur recommande d'avoir recours à une césarienne en cas de nouvelle grossesse afin de prévenir l'apparition d'une nouvelle fistule.

Souvent, les nerfs des jambes des patientes de la fistule sont touchés, ce qui exige une longue physiothérapie. Dans certains cas, les organes internes ont subi de multiples lésions et plus d'une intervention chirurgicale est requise. Si la chirurgie est impuissante, les femmes doivent subir une procédure à l'issue de laquelle elles porteront une poche à urine.

RÉPARATION DE FISTULE AU BANGLADESH

Hajera, illustration sur la page ci-contre, a été mariée à 13 ans. Elle est rapidement tombée enceinte. À l'issue d'un travail de deux jours fort douloureux, elle a accouché d'un fils mort-né et le tissu de son pelvis a été sérieusement endommagé. Elle a commencé à ne plus pouvoir contrôler l'écoulement de l'urine.

Le mari de Hajera s'est remarié. Sa famille l'a traitée comme une réprouvée. « Tout le monde m'a rejetée », dit-elle. « Soignez-moi ou tuez-moi » : c'est la prière que Hajera a adressée à ses médecins à l'hôpital universitaire de Dhaka (Bangladesh), quelques instants avant l'intervention chirurgicale.

« Avoir une fistule, ce n'est pas la fin du monde. On peut guérir de la fistule : j'en suis la preuve vivante ».

—Halima Gouroukoye, 18 ans, une porte-parole de la fistule.



LES OBSTACLES AU TRAITEMENT

Les coûts et le transport : C'est dans les zones reculées ou rurales où les routes et les moyens de transport sont limités et où peu de femmes peuvent supporter les frais du voyage que la fistule est surtout répandue. Cependant, quand les femmes apprennent que la fistule peut être réparée, elles font souvent tout leur possible pour acquitter le prix du voyage et du traitement. Certaines voyagent plusieurs jours sur un terrain difficile et dangereux. Ces « pèlerins de la fistule » ont parfois épuisé toutes leurs ressources quand elles parviennent à un centre de traitement; elles s'en remettent ensuite à des dons pour regagner leur domicile.

Les moyens de transport et leur gestion jouent un rôle capital pour éliminer les fistules. En Sierra Leone, l'UNFPA et plusieurs partenaires de la Campagne ont collaboré à un programme qui consiste à identifier et à transporter les survivantes de la fistule jusqu'aux centres médicaux de Freetown, capitale du pays, où elles reçoivent un traitement chirurgical gratuit. Le réseau de partenaires cherche aussi à limiter l'attente en veillant à ce que les patientes soient réparties de manière égale entre les trois lieux de traitement.

Des centres et des praticiens en nombre insuffisant : Les centres de traitement sont souvent en nombre insuffisant et ils sont incapables d'endiguer le flux des nouveaux cas de fistule. Dans les pays où la fistule est très répandue, l'insuffisance chronique de personnel a affaibli les systèmes de soins. Là même où des chirurgiens qualifiés sont disponibles, la médiocrité de l'équipement et l'insuffisance des fournitures limitent souvent les moyens d'action.

Dans certains pays, la pénurie de chirurgiens qualifiés oblige à faire appel à des équipes de médecins de passage. Le personnel des centres qui offrent le traitement déclare hésiter à faire largement connaître ces visites : quand la nouvelle s'en répand, les femmes sont si nombreuses à se présenter qu'il faut en renvoyer certaines.



GMB AKASH/PANOS/UNFPA/BANGLADESH

Le succès de la chirurgie de la fistule est subordonné à l'existence d'équipes de praticiens qualifiés qui se soutiennent mutuellement et délivrent des soins en continu. L'UNFPA et ses partenaires de la Campagne aident les pays à élaborer des stratégies à long terme pour faire face à la demande grâce à la formation d'équipes et à l'expansion des centres de santé. L'UNFPA encourage aussi les prestataires de soins à communiquer entre eux et à créer des réseaux afin de faciliter la recherche et de mettre au point des normes universelles.

« Il faut que chaque femme accouche à l'hôpital et que les hôpitaux soient situés à proximité des villages ».

—Martina Labia (62 ans), survivante de la fistule, Tanzanie.



Le Centre de Formation et Réhabilitation de la Fistule à l'hôpital universitaire de Dhaka, établi avec l'appui de l'UNFPA, offre des formations professionnelles et programmes d'études pour ses patientes internées.

GMB AKASH/PANOS/UNFPA

R E S T A U R E R L ' E S P O I R

La plupart des femmes peuvent reprendre une vie normale après l'opération de la fistule mais la chirurgie n'est que la première étape. Les femmes ont souvent besoin d'un appui complémentaire, en particulier si elles ont souffert de la fistule pendant des années. Dans de nombreux cas, l'infirmité a érodé leur condition économique et sociale et elles ont perdu tout sentiment de valeur personnelle. Une réinsertion complète peut alors comprendre des conseils, l'appui de groupes de paires et la formation à des savoir-faire. Sensibiliser les communautés à leur cause aide à corriger les idées fausses qui courent à leur sujet.

METTRE FIN AU SILENCE

Dans bien des endroits, la fistule obstétricale est si mal connue qu'aucun mot ou expression ne décrit l'état avec précision: on parle simplement de « problème urinaire » ou de « lésion due à l'accouchement ». Une femme atteinte d'une fistule peut être qualifiée de « détruite » ou appelée « celle qui n'est plus une femme ». En s'attaquant aux mythes et en fournissant des informations exactes sur les causes et le remède, on peut faciliter la prévention de la fistule, faire naître un sentiment de compassion et atténuer l'opprobre.

De nombreuses femmes atteintes d'une fistule sont isolées du monde extérieur. Celles qui ignorent qu'un traitement est disponible peuvent sombrer dans la résignation, l'abattement voire une profonde dépression. Le fait de savoir que la fistule peut être traitée peut rendre l'espoir aux femmes qui étaient sur le point d'abandonner.

La Campagne a pour stratégie essentielle de mettre fin au silence qui entourait la fistule. Depuis 2003, la Campagne

mondiale a fait connaître la fistule à un large public, qui comprend notamment les communautés locales, les responsables nationaux et les services de santé publique. En instruisant les communautés au sujet de la prévention et du traitement de la fistule, ainsi que de la réadaptation des patientes, la Campagne permet de transformer des vies.

REPRENDRE LE COURS DE SA VIE APRÈS LE TRAITEMENT

L'objectif ultime du traitement est de permettre aux femmes de retrouver leur place dans la société. Diverses activités de la Campagne facilitent la réinsertion sociale. Certains centres offrent des cours d'alphabétisation et la formation à des savoir-faire tels que la confection de vêtements, le tricot, la broderie et d'autres métiers qui aident les femmes à subvenir à leurs propres besoins et à avoir davantage confiance en elles-mêmes. D'autres centres offrent l'accès à de petits prêts pour lancer une entreprise. Dans ces centres, les femmes s'aperçoivent souvent qu'elles ne sont pas seules à souffrir de la sorte. Un grand nombre de ces femmes trouve du réconfort dans la compagnie d'autres femmes atteintes de la même infirmité.

L'éducation sanitaire et les conseils médicaux donnés à la suite de l'opération font aussi partie intégrante du processus de guérison. Les femmes ont besoin d'être informées et soutenues afin de protéger leur santé reproductive. Après l'intervention, elles sont généralement aiguillées vers des services de planification familiale. On leur explique à quel moment elles pourront avoir de nouveau des rapports sexuels sans danger. D'autre part, le personnel sanitaire incite les femmes à accoucher dans un hôpital en cas de nouvelle grossesse.

« S'il est vrai que je vais être guérie, je veux avoir un autre bébé. Un garçon ou une fille, je les aimerai autant l'un que l'autre. Pourvu que ce soit vrai ».

—Une Érythréenne en attente d'une opération



Certaines femmes ne veulent à aucun prix faire l'expérience d'un nouvel accouchement. Dans de nombreuses cultures, cependant, l'identité d'une femme se définit avant tout par la maternité et la grossesse. Beaucoup de patientes ont une longue vie devant elles et souhaitent vivement se remarier ou retourner

auprès de leur mari. Dans la plupart des cas, elles pourront porter des enfants en bonne santé, pourvu que la prochaine grossesse soit surveillée de près en cas de complications. Celles qui souhaitent absolument éviter une grossesse doivent avoir accès à des conseils et à des contraceptifs.





CONTINUER DANS CETTE VOIE

La Campagne mondiale pour éliminer les fistules a déjà fait des progrès considérables avec des moyens financiers relativement modestes. Mais les besoins demeurent importants. Pour éliminer les fistules dans le monde entier, une volonté politique, des ressources financières et une collaboration plus étroite entre gouvernements, groupes communautaires, ONG et professionnels de la santé sont nécessaires.

LES PARTENARIATS

Jusqu'à une date récente, les efforts faits pour prévenir et traiter la fistule étaient faits en premier lieu par des individus dévoués travaillant avec un soutien politique, financier ou institutionnel limité. De concert avec ses partenaires, l'UNFPA donne actuellement une impulsion plus dynamique que jamais. Plus de 40 pays se sont associés à la Campagne, ainsi qu'un nombre croissant d'ONG internationales et régionales, d'entreprises du secteur privé, de dirigeants communautaires et de particuliers attachés à cette cause.

Des partenariats constitués de membres divers et actifs contribuent à la mise en place de stratégies globales et unifiées pour prévenir et traiter la fistule, comme l'illustrent les exemples suivants :

- L'UNFPA sert de secrétariat au Groupe de Travail sur les Fistules, partenariat international qui coordonne les efforts mondiaux pour mettre fin aux fistules. Les partenaires en sont notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le programme Averting Maternal

Death and Disability (AMDD) de l'Université Columbia, EngenderHealth, et Women's Dignity Project.¹⁹

- L'UNFPA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale et plus de 100 organisations non gouvernementales ont lancé un partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile afin d'intensifier l'action à l'appui des OMD 4 et 5 — objectifs conçus spécifiquement en vue d'une réduction spectaculaire de la mortalité infantile et maternelle d'ici 2015.

VOTRE ARGENT PEUT FAIRE LA DIFFÉRENCE

Trois cent dollars US pour l'intervention chirurgicale, les soins postopératoires et la réinsertion, c'est un coût bien modique pour rendre à une femme santé et dignité. Les chercheurs au service de la Campagne évaluent à 5 dollars le coût hebdomadaire de l'alimentation et de l'eau, à 10 dollars le coût du transport vers un hôpital, à 60 dollars celui d'une césarienne, et à 80 dollars celui des instruments chirurgicaux nécessaires à l'opération de la fistule.

« Il faut que la fistule disparaisse avec ma génération, pas avec la génération suivante ».

—Marietta Kiden, 40 ans, survivante de la fistule (Soudan)



L'APPUI DES DONATEURS

Ces dernières années, l'UNFPA s'est assuré des moyens de financement pour la prévention et le traitement de la fistule auprès d'un large éventail de donateurs, à savoir des gouvernements, des fondations, le secteur privé et des particuliers. Les fonds collectés grâce à la Campagne servent aux activités suivantes :

- Évaluer les besoins et possibilités en matière de prévention et de traitement de la fistule
- Former des médecins et des infirmières au traitement de la fistule et aux soins obstétricaux d'urgence
- Équiper les hôpitaux et centres de santé
- Subventionner le coût du transport pour les femmes atteintes d'une fistule
- Contribuer à l'opération de la fistule et aux soins postopératoires
- Fournir des conseils, une formation professionnelle, une éducation et de petits prêts pour aider les patientes de la fistule à reconstruire leur vie
- Sensibiliser les communautés et les responsables à la fistule et aux accouchements prolongés

LA VOIE À SUIVRE

L'UNFPA ouvre la voie dans la lutte contre la fistule. Avec la Campagne pour éliminer les fistules, le Fonds mobilise les partenariats pour aider les femmes qui en ont besoin. Cependant, d'importantes ressources financières et techniques sont nécessaires au maintien de cet engagement.

La demande en matière de programmes de haute qualité se fait de plus en plus grande. En réponse, l'UNFPA renforce son appui technique, étend la collecte de données et réunit une documentation sur les bonnes pratiques. D'autre part, l'UNFPA agit avec ses partenaires pour créer un cadre axé sur les résultats afin d'évaluer les progrès accomplis, d'amplifier la coopération Sud-Sud et d'améliorer au niveau mondial l'accès à l'information sur la fistule grâce à son réseau de connaissances en ligne et au site Internet de la Campagne.

Les gouvernements des pays où la fistule est la plus présente comptent parmi les partenaires les plus importants de la Campagne. Beaucoup effectuent les changements nécessaires pour mettre un terme à cette infirmité. Toutefois, afin de remplir leurs obligations envers leurs citoyennes les plus marginalisées, ils ont besoin de l'appui de la communauté internationale.

Le succès sera mesuré au nombre de femmes traitées et, en fin de compte, par l'élimination de cette lésion qu'il est possible de prévenir. Le succès sera aussi mesuré par l'extension des droits humains à certaines des plus défavorisées du monde. Le succès, c'est rendre la santé, restaurer l'espoir et réduire le risque de l'accouchement pour toutes.

LES RESSOURCES

Pour de plus amples informations et pour accéder aux publications et aux vidéos, visitez le site Internet de l'UNFPA où l'on peut avoir accès à la Campagne pour éliminer les fistules à www.StopLaFistule.org.

NOTES

- ¹ UNFPA. Décembre 2003. *South Asia Conference for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula*, p. 14. Site web: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/332_filename_south_asia_fistula.pdf
- ² Wall LL. 2006. « Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public Health Problem. » *The Lancet* ; 368(9542): 1201-1209
- ³ OMS/UNICEF/UNFPA/La Banque Mondiale. *Maternal Mortality in 2005*. Genève 2007: OMS.
- ⁴ OMS/UNICEF/UNFPA/La Banque Mondiale. *Maternal Mortality in 2005*. Genève 2007: OMS.
- ⁵ OMS. 2006. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Program Development*. Genève: OMS.
- ⁶ UNFPA. 10 mai 2002. « Suffering in Silence: The Isolated and Forgotten Victims of Obstetric Fistula. » News Feature. Site web: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=107&Language=1>
- ⁷ Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PFA. 2006. « Sexual and Reproductive Health: A Matter of Life and Death. » *The Lancet*, 368(9547): 1595-607.
- ⁸ The Alan Guttmacher Institute et UNFPA. 2004. « Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, » p. 18. Washington, D.C. et New York. Site web: <http://www.guttmacher.org/pubs/addingitup.pdf>
- ⁹ UNFPA. 2004. *State of World Population*, p. 102.
- ¹⁰ Walker, A. 11 novembre 2006. « Planned Caesarean Helps Expectant Mother Avoid Another Fistula Injury. » Bulletin électronique de l'UNFPA. Site web: http://www.endfistula.org/newsletter/dispatch_dec2006.pdf
- ¹¹ OMS. 2006. « Skilled Attendant at Birth 2006 Updates. » Fiche d'information, p. 2. Genève: OMS. Site web: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/skilled_attendant_at_birth2006.pdf
- ¹² OMS. 2005. *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*, p. 92. Genève: OMS.
- ¹³ UNFPA. 7 avril 2006. « Shortage of Midwives Should be Tackled Urgently Says UNFPA for World Health Day. » Propos de Thoraya Ahmed Obaid, Directrice Exécutive de l'UNFPA.
- ¹⁴ Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. 2006. « Socioeconomic Differentials in Caesarean Rates in Developing Countries: A Retrospective Analysis. » *The Lancet* ; 368(9546): 1516-1523.
- ¹⁵ Nations Unies. 2001. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General (A/S-27/3)*, p. 50. New York: Nations Unies. Site web: <http://www.unicef.org/specialsession/documentation/documents/a-s-27-3e.pdf>
- ¹⁶ Innocenti Digest. *Early Marriage: Child Spouses*. No. 7 - mars 2001. Florence, Italie: UNICEF Centre de Recherche Innocenti. Site web: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest7e.pdf>
- ¹⁷ UNFPA. 2005. *State of World Population*, p. 2.
- ¹⁸ OMS. 2006. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Program Development*. Genève: OMS.
- ¹⁹ Les partenaires incluent: l'Hôpital de la Fistule d'Addis Abeba, la Fondation Africaine de Médecine & Recherche, Institut Bill et Melinda Gates pour la Population et la Santé Reproductive, Centre de Contrôle des Maladies (CDC), Programme de l'université de Columbia pour Eviter la Mortalité Maternelle et l'Handicap (EMMH), ELLE Belgique, EngenderHealth, Equilibres & Populations, Family Care International, Fondation de Genève pour l'Education en Médecine et la Recherche, Fédération Internationale de Sage-Femmes (FISF), Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO), Johnson & Johnson, Mercy Ships Sierra Leone - Clinique d'Aberdeen et Centre de la Fistule (ACFC), projet « Un à Un », Conseil de la Population, RKCR/Young et Rubicam, Fondation des Nations Unies, Alliance des Rubans Blancs, Projet pour la Dignité des Femmes, Organisation Mondiale de la Santé, Fonds Mondial pour la Fistule, Virgin Unite, Service de Bénévoles à l'Étranger.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
VIH/sida	Virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

RÉDACTEURS : JANET JENSEN, SUSAN GUTHERIDGE GOULD

EDITEURS : SAIRA STEWART, PATRICIA LEIDL

MISE EN PAGE : PATRICIA LEIDL

AUTRES CONTRIBUTEURS : KATE RAMSEY, JULIE WEBER, BARBARA RYAN, EMMANUELLE DESCHUTTER, YAHYA KANE ET ENORA MARENNE

PHOTO DE COUVERTURE : LUCIAN READ/WPN/UNFPA

PRODUCTION : PHOENIX DESIGN AID, DANEMARK

L'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, est une agence de développement international qui œuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances de chacun, femme, homme et enfant. L'UNFPA offre son appui aux pays pour utiliser les données démographiques dans la formulation des politiques et des programmes visant à réduire la pauvreté et pour faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, que chaque accouchement soit sans danger, que chacun soit protégé du VIH/SIDA et que toutes les filles et toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect.

L'UNFPA – parce que chacun compte.

