

Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement

Fistule obstétricale

Principes directeurs pour la prise en charge clinique
et le développement de programmes



Département
Pour une grossesse à moindre risque



Organisation
mondiale de la Santé

Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement

Fistule obstétricale

Principes directeurs pour la prise en charge clinique
et le développement de programmes



**Organisation
mondiale de la Santé**

Département
Pour une grossesse à moindre risque

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes / éditeurs: Gwyneth Lewis, Luc de Bernis.

(Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement)

1.Fistule rectovaginale - thérapeutique. 2.Programme national santé - organisation et administration. 3.Manuel. 4.Guides de bonne pratique. I.Lewis, Gwyneth. II.De Bernis, Luc. III.Organisation mondiale de la Santé. Département Pour une grossesse à moindre risque.

ISBN 978 92 4 259367 9

(NLM classification: WP 180)

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Imprimé en

Table des matières

Remerciements

Préface

Section I : Comprendre le problème et développer une approche nationale	1
1 Introduction	3
2 Principes pour le développement d'une stratégie nationale et sous-nationale pour la prévention et le traitement de la fistule obstétricale	11
Section II :Principes de base pour la prise en charge des femmes traitées pour une fistule obstétricale	33
3 Principes de prise en charge clinique et chirurgicale de la fistule obstétricale	35
Annexe A : Classification des fistules obstétricales	47
4 Principes de soins infirmiers	49
Annexe B : Dossier de la patiente (Hôpital de traitement de la fistule, Addis Abeba)	57
Annexe C : Préparations de teintures et d'émulsions	60
5 Principes de kinésithérapie pré- et postopératoire	61
6 Principes pour la réinsertion et la réhabilitation sociales des femmes après traitement chirurgical d'une fistule obstétricale	69

Remerciements

Auteurs : Gwyneth Lewis et Luc de Bernis

Les membres du Comité exécutif de l'ouvrage sur les fistules, constitué par le groupe de travail sur la fistule obstétricale, incluant : André de Clercq, Charlotte Gardiner, Ogbaselassie Gebreamlak, Jonathan Kashima, John Kelly, Ruth Kennedy, Barbara E. Kwast, Peju Olukoya, Doyin Oluwole, Naren Patel, Joseph Ruminjo et Petra ten Hoope-Bender.

Nous adressons nos sincères remerciements au programme « Averting Maternal Death and Disability (AMDD) » (prévenir les décès et infirmités maternels) de l'Université de Columbia, USA, pour leur généreux soutien financier à l'élaboration de cet ouvrage.

Nous adressons également notre reconnaissance aux personnes ci-après, pour leurs conseils et leur aide sur des chapitres spécifiques de cet ouvrage :

Chapitre 1 : Glen Mola et Charles Vangeenderhuysen

Chapitre 2 : Maggie Bangser, Adrian Brown et Yvonne Wettstein

Chapitre 3 : Chirurgiens spécialisés dans le traitement de la fistule obstétricale :

Michael Ambaye, Michael Breen, Andrew Browning, Baye Assane Diagne, Lucien Djangnikpo, Ludovic Falandry, Brian Hancock, John Kelly, Kallilou Ouattara, Tom Raassen, Charles-Henry Rochat, Shershah Syed, Ann Ward et Abdulrasheed Yusuf.

Chapitre 4 : Ruth Kennedy

Chapitre 5 : Lesley Cochrane

Chapitre 6 : Maggie Bangser et Yvonne Wettstein

Nous remercions également :

Meena Cherian, France Donnay, Claude Dumurgier, Zafarullah Gill, Rita Kabra, Yahya Kane, Barbara E. Kwast et Kate Ramsey.

Edité par Catherine Hamill et Tala Dowlatshahi, et mis en forme par Duke Gyamerah.

La Fondation genevoise pour l'Education médicale et la Recherche (GFMER) a financé la traduction française de ce document.



International Federation of
Gynecology and Obstetrics

AMDD
Averting Maternal Death and Disability

Préface

En dépit de son effet désastreux sur la vie de jeunes filles et de femmes, la fistule obstétricale est encore largement négligée dans les pays en développement. Elle demeure un problème de santé « caché » parce qu'elle affecte les membres les plus marginalisés de la population – des filles et des femmes pauvres, jeunes, souvent analphabètes dans les régions les plus reculées du monde.

A l'échelle mondiale, l'incidence persistante de la fistule obstétricale dans les régions à faibles ressources est l'un des indicateurs les plus visibles des différences énormes qui existent dans le domaine de la santé entre les pays développés et les pays en développement. La fistule obstétricale existe encore parce que les systèmes de santé ne sont pas en mesure de fournir des soins de santé maternelle de qualité et accessibles, notamment la planification familiale, l'accouchement en milieu spécialisé, les soins obstétricaux de base et d'urgence et le traitement de la fistule obstétricale à un coût abordable. En outre, les systèmes sociaux ne parviennent pas à protéger efficacement les jeunes filles et les femmes qui en ont besoin.

Heureusement, la communauté internationale a commencé récemment à s'intéresser au problème de la fistule obstétricale. Jusqu'à présent, les actions menées pour la prévenir et la traiter ont été essentiellement accomplies par des personnes dévouées, qui ont travaillé avec un soutien politique, financier ou institutionnel très limité. Cependant, il existe actuellement une dynamique mondiale qui s'accélère pour réduire drastiquement le nombre de fistules obstétricales. Aujourd'hui, toute personne travaillant dans les domaines de la santé génésique et de la santé maternelle a la possibilité de changer les choses pour transformer le désespoir en espoir et restituer leur dignité à des millions de jeunes filles et de femmes vivant dans la honte et la pauvreté.

Aucune femme ne devrait endurer un tel problème de santé alors qu'il peut être évité et traité. Notre objectif à long terme doit être de rendre le problème de la fistule obstétricale aussi exceptionnel dans les pays en développement qu'il l'est déjà dans les pays développés. J'espère que ce manuel sur la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale va concourir à augmenter la couverture des interventions recommandées, pour devenir partie intégrante de la Campagne internationale « Pour éliminer les fistules ».

Joy Phumaphi
Sous-Directeur Général
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé

Section I

**Comprendre le problème et
développer une approche nationale**

L'histoire de Terefa

Terefa a quatorze ans. Elle vit dans un petit village en Afrique, à plus de 200 kilomètres de la capitale du pays. Elle est la sixième d'une famille de huit enfants et n'a jamais été à l'école. Son père, un paysan, n'avait pas assez d'argent pour envoyer tous ses enfants à l'école du village. Les aînés, deux garçons, ont ainsi bénéficié d'une scolarisation, pendant que Terefa restait à la maison pour aider ses parents à survivre. Ses tâches quotidiennes étaient de ramasser du bois, de puiser de l'eau et de participer aux travaux champêtres.

A l'âge de 13 ans, son père l'a mariée à un de ses amis, un peu plus fortuné. Terefa ne pouvait qu'accepter ce mariage et, quelques mois plus tard, la voilà enceinte. Elle a continué à travailler tout au long de sa grossesse, comme si de rien n'était. Le dispensaire le plus proche était situé à une douzaine de kilomètres de chez elle, mais elle n'y est jamais allée parce qu'elle n'avait pas d'argent pour le transport. De plus, tout le monde dans le village lui disait que la grossesse n'était pas une maladie et que les autres femmes avaient accouché sans problème, alors pourquoi en aurait-elle ?

Quand le travail a débuté, le mari de Terefa et sa belle-mère ont contacté la matrone. Les contractions sont devenues de plus en plus violentes et de plus en plus douloureuses, mais le bébé ne semblait pas vouloir sortir. Par trois fois, Terefa a vu le soleil se lever et se coucher, épuisée par cette longue épreuve. La matrone a bien tenté d'activer les choses, d'abord en lui donnant des décoctions, puis en lui introduisant diverses substances dans le vagin, et finalement en pratiquant des incisions sur la vulve à l'aide d'un couteau rouillé. Mais rien n'y faisait...

Les anciens du village se sont alors réunis pour prendre une décision : Terefa devait être envoyée au centre de santé. Il a fallu plusieurs heures pour réunir l'argent nécessaire, transporter Terefa dans une charrette pour atteindre la route et trouver un chauffeur pour la conduire en ville. Terefa avait peur, car elle ne connaissait personne là-bas et se demandait comment elle, une simple paysanne, serait reçue.

Au centre de santé, une sage-femme l'a examinée. Elle n'était pas contente que Terefa soit arrivée si tard et lui a dit que le bébé était mort, mais qu'une opération était nécessaire. Comme le médecin qui devait pratiquer la césarienne était parti pour plusieurs jours en formation, il fallait aller dans un autre hôpital.

Après l'opération, Terefa s'est rendu compte qu'elle ne pouvait pas contrôler son urine. De retour au village, elle avait honte parce qu'elle avait perdu son bébé, était constamment mouillée et dégageait continuellement une odeur d'urine. Voyant que la situation ne s'améliorait pas, son mari l'a répudiée et a choisi une autre femme. Peu à peu, le village entier a tourné le dos à Terefa.

Depuis ce moment, Terefa et sa mère vivent sous une tente aux abords du village. Quelques gens charitables aident les deux femmes à subsister, mais la santé de Terefa devient chaque jour un peu plus précaire. Personne ne sait combien de temps elle survivra.

« Dans un monde inéquitable, ces femmes sont les plus marginalisées des marginalisées »¹.

Vivre dans la honte

Des millions de jeunes filles et de femmes dans les pays à faibles ressources vivent dans la honte et l'isolement, souvent abandonnées par leur mari et exclues par leur famille et leur communauté. Elles vivent généralement dans une abominable pauvreté, rejetées ou blâmées par la société, incapables de gagner de l'argent, et sombrent de plus en plus dans le dénuement et le désespoir.

La raison de cette souffrance est que ces jeunes filles ou ces femmes vivent avec une fistule obstétricale (FO) due à des complications survenues pendant l'accouchement. Leur bébé n'aura probablement pas survécu, ce qui ajoute à leur dépression, leur douleur et leur souffrance.

La FO est un passage anormal entre le vagin et la vessie et / ou le rectum, par lequel l'urine et / ou les matières fécales fuient constamment. Evidemment, les femmes vivant avec une FO sont extrêmement gênées par le fait de ne pas pouvoir contrôler leurs fonctions organiques, d'être constamment salies et mouillées et de sentir mauvais. Leur douleur et leur honte peuvent être encore renforcées par des infections à répétition, une stérilité, des lésions vaginales pouvant rendre les rapports sexuels impossibles, et parfois une paralysie musculaire des membres inférieurs pouvant nécessiter l'utilisation de béquilles, pour autant que celles-ci soient disponibles.

Cette situation est particulièrement inacceptable quand on sait que la FO peut être largement évitée en retardant l'âge de la première grossesse, en abolissant certaines pratiques traditionnelles nocives et en fournissant un accès adéquat aux consultations prénatales et aux soins obstétricaux. De plus, la plupart des FO peuvent être traitées par une intervention chirurgicale simple.

Une souffrance terrible

Le développement d'une FO est directement lié à l'une des causes les plus importantes de mortalité maternelle : la dystocie mécanique. Il s'agit d'un accouchement au cours duquel le bassin de la mère est trop étroit pour permettre au bébé de naître sans assistance. Le travail peut durer plusieurs jours et aboutit souvent à la mort de la mère et du bébé. Si la mère survit, il est probable qu'elle développera une FO et que son bébé mourra. Grâce à l'accès à des soins de santé maternelle de qualité, ce type de complication du travail peut être prévu, identifié et traité.

Chaque année, dans le monde, plus d'un demi million de jeunes femmes en bonne santé meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement. Pratiquement tous ces décès ont lieu dans les pays en développement (2). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que, à l'échelle mondiale, plus de 300 millions de femmes souffrent actuellement de complications à court ou à long terme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, avec environ 20 millions de nouveaux cas survenant chaque année (3). Ces problèmes comprennent en particulier la stérilité, l'anémie sévère, le prolapsus utérin et la FO.

Pour chaque décès maternel, on estime que 20 autres femmes souffriront d'une invalidité à long terme telle que la FO (4). Dans le monde, une dystocie mécanique survient dans environ 5 % des accouchements et est responsable de 8 % des décès maternels (5). Les adolescentes sont davantage prédisposées à la survenue d'une dystocie mécanique, leur bassin n'ayant pas fini de se développer.

À travers le monde, mais surtout en Afrique subsaharienne et en Asie, on estime généralement que plus de 2 millions de jeunes femmes vivent avec une FO non soignée, et que 50 à 100 000 nouveaux cas surviennent chaque année (6). Il est probable que ces chiffres sont sous-estimés, mais il n'a jusqu'à présent pas été possible de déterminer le vrai fardeau de la souffrance lié à cette pathologie. Cette incertitude est non seulement due à un manque d'intérêt à aborder et résoudre ce problème, mais aussi au fait que ces jeunes filles ou ces femmes ont tendance à vivre dans la peur et la stigmatisation, dans le silence et l'isolement, et ne sont pas connues des systèmes de santé.

Certaines études approfondies suggèrent que le nombre réel de femmes vivant avec une FO non traitée et souffrant de la douleur et de la déchéance qui en résultent pourrait avoir été sous-estimé. Le nombre de femmes vivant avec une FO pourrait se situer entre 100 000 et un million au Nigeria (7) et à plus de 70 000 au Bangladesh (8,9). D'autres études en Éthiopie, au Nigeria et en Afrique de l'Ouest évaluent l'incidence de la FO à 1 à 10 pour 1 000 naissances (7). En Éthiopie, on estime que 9 000 femmes développent chaque année une FO, dont seulement 1 200 sont traitées (10).

Si elles n'ont pas accès à un hôpital où le traitement est pris en charge financièrement, ces femmes pourront vivre avec leur FO jusqu'à ce que, la mort s'ensuive du fait de complications, souvent à un très jeune âge. Elles ne reçoivent souvent aucun soutien de leur mari ou des membres de leur famille. À l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba, une étude a montré que 53 % des femmes traitées avaient été abandonnées par leurs maris, et une femme sur cinq disait devoir mendier de la nourriture pour survivre (11). En Inde et au Pakistan, des études limitées menées en milieu hospitalier ont montré qu'environ 70 à 90 % des femmes vivant avec une FO ont été abandonnées ou sont divorcées (12). Il n'est donc pas surprenant que certaines femmes ne pouvant plus supporter cette souffrance aient recours au suicide (11).

Les causes de la fistule obstétricale

Causes médicales

La FO est principalement provoquée par un travail prolongé ou dystocique pouvant durer plusieurs jours, voire plus d'une semaine, avant que les parturientes ne reçoivent des soins obstétricaux ou ne décèdent. Si le travail se prolonge, la pression constante de la tête du bébé contre les parois pelviennes peut réduire drastiquement l'irrigation sanguine des tissus mous entourant la vessie, le vagin et le rectum. Lorsque la mère survit, ce type de travail se termine souvent lorsque le fœtus meurt et que sa macération progressive est suffisante pour permettre son expulsion par le vagin. Le tissu pelvien délabré par l'ischémie s'escarifie et se décompose laissant un orifice, ou fistule, entre les organes adjacents.

Si la femme avait reçu les soins appropriés en temps utile, l'enfant aurait été mis au monde par césarienne, et les deux auraient probablement survécu.

D'autres causes plus rares de FO existent : les abus sexuels et le viol, les complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et le traumatisme chirurgical (généralement une lésion vésicale lors d'une césarienne ou d'une hystérectomie). Les

cancers gynécologiques et / ou leur traitement par radiothérapie peuvent également provoquer une FO, cause beaucoup plus rare dans les pays en développement.

Manque d'accès aux soins obstétricaux

Dans les pays développés, la FO suite à une dystocie mécanique et à une stagnation de la dilatation appartient désormais au passé, la disproportion fœto-pelvienne pouvant être prévue lors de la consultation prénatale, les anomalies du travail pouvant être diagnostiquées grâce au partogramme et la césarienne pouvant être pratiquée.

Dans les pays manquant de ressources, la réalité est différente : la grande majorité des femmes qui décèdent ou qui développent une FO pendant l'accouchement n'ont pas reçu les soins obstétricaux dont elles avaient besoin, soit parce que l'offre de soins obstétricaux de base est inexistante, soit, pour diverses raisons, par manque d'accès aux services de santé locaux.

Nécessité de soins fournis par du personnel compétent

Que ce soit avant ou après la naissance, ou en particulier pendant le travail, des soins fournis par du personnel compétent peuvent changer du tout au tout le pronostic vital des femmes et de leurs bébés, et aider à prévenir une FO. Pourtant seulement la moitié des femmes vivant dans les pays en développement reçoivent l'assistance d'un personnel compétent pendant l'accouchement (5). Le manuel de l'OMS, *Global action for skilled attendants for pregnant women (13)*, démontre par des données la nécessité d'améliorer l'accessibilité à des soins fournis par du personnel compétent pendant l'accouchement, définit les responsabilités dans ce domaine et identifie également les étapes pour optimiser l'efficacité du personnel actuel dans les pays où le personnel compétent est rare.

Disponibilité en infrastructures et équipements

Il est souvent difficile d'avoir accès à des structures correctement équipées pour les consultations prénatales et pour des accouchements sûrs, surtout dans les zones rurales où les centres de santé à même de fournir des soins obstétricaux d'urgenceⁱ de base peuvent être situés à plus de 70 kilomètres, alors que les moyens de transport sont rares ou trop onéreux. Même quand ce type de centre existe, les structures de référence fournissant des soins obstétricaux d'urgence complets – notamment la césarienneⁱⁱ – sont souvent inaccessibles.

Récemment menées par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), des évaluations concernant les soins obstétricaux d'urgence de base et complets dans un certain nombre de pays africains anglophones et francophones ont montré que chacun de ces pays disposait d'un centre de soins obstétricaux d'urgence complets pour 500 000 habitants, mais qu'aucun n'avait le nombre requis de centres de soins obstétricaux d'urgence de base (14). Dans ces pays, seuls 8,2 à 35 % des femmes présentant des complications liées au travail au cours de l'accouchement recevaient des soins dans un centre approprié.

Même si les femmes réussissent à se rendre dans ces centres, il leur est souvent demandé de fournir elles-mêmes les gants chirurgicaux et le matériel nécessaires

ⁱ Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) exigent la disponibilité d'antibiotiques par voie parentérale, d'ocytociques, des traitements de l'éclampsie, de l'assistance à l'accouchement (ventouse obstétricale), de la délivrance artificielle et de l'extraction manuelle du placenta.

ⁱⁱ Les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) incluent tous les éléments des soins obstétricaux d'urgence de base, plus la césarienne, la transfusion sanguine et la disponibilité de ces services 24 heures sur 24.

à un accouchement propre. Il leur est aussi parfois demandé de payer des frais officiels, voire souvent officieux. Pour une famille pauvre, vivant dans un dénuement extrême, le coût d'une césarienne d'urgence peut être exorbitant ; certaines familles ne peuvent y faire face, ou seront endettées pendant de nombreuses années (15). Une étude récente menée dans des zones rurales de Tanzanie a estimé le prix moyen d'une césarienne d'urgence à 135 US\$, alors que le revenu annuel d'une famille moyenne est de 115 US\$ (16).

Pour diminuer le risque de survenue de FO, il faut donc avant tout améliorer l'accès à des soins obstétricaux adéquats. Les problèmes d'accès aux soins pouvant mener à la mort de la mère ou à des complications sont communément appelés « les trois retards » (17). Une FO peut se développer à cause d'une des trois causes ci-dessous :

- 1) un retard dans la décision de recourir aux soins à cause de facteurs liés à la communauté ou à cause de facteurs socioculturels, du fait de l'ignorance de la nécessité de soins ou des signes précoces de complication ;
- 2) un retard à accéder au centre de santé, dû éventuellement à des problèmes de transport, de distance ou de coût ;
- 3) un retard à recevoir les soins adéquats au centre de santé, parce que les ressources (personnel, équipement, etc.) peuvent ne pas être disponibles, ou parce que les soins fournis sont inadéquats, voire la cause même des complications.

Manque de connaissances, d'équipements ou d'infrastructures pour le traitement de la fistule obstétricale

Sitôt apparue, une FO exige un traitement chirurgical ; elle ne guérit généralement pas spontanément. Les principes du traitement chirurgical sont décrits dans le Chapitre Trois. Plus de 90 % de femmes peuvent être guéries grâce à une seule intervention chirurgicale et peuvent reprendre une vie pleine et active, et notamment avoir d'autres enfants.

Pourtant beaucoup de femmes (et / ou leurs familles), surtout celles qui n'ont pas bénéficié de soins de qualité pendant l'accouchement, ne savent pas que la FO peut être traitée. Et les centres, quand ils existent, sont souvent trop éloignés ou trop chers. Dans certains pays en développement, il existe quelques hôpitaux ou centres spécialisés pour le traitement de la FO, en particulier dans certaines régions d'Éthiopie, du Nigeria, du Pakistan, du Soudan et de Tanzanie. Mais la plupart des médecins ne sont pas formés à la chirurgie de la FO, et la plupart des hôpitaux ou centres de santé ne sont pas capables de traiter convenablement les FO.

Causes sociales sous-jacentes

La plupart des FO surviennent chez des femmes pauvres, vivant dans des cultures traditionnelles où le statut de la femme et l'estime de soi dépendent presque entièrement de leur mariage ou de leur aptitude à avoir des enfants.

Pauvreté

Alors que les causes directes des FO sont la dystocie et le manque de soins obstétricaux d'urgence, l'extrême pauvreté en constitue une importante cause sous-jacente. Les femmes ayant une FO sont pauvres, mal nourries, manquent d'éducation de base et vivent dans des régions rurales très reculées. Deux études épidémiologiques sur la FO ont montré que 99 % des femmes traitées étaient analphabètes (18,19).

En Afrique subsaharienne, l'incidence de la fistule obstétricale a été estimée à environ 124 cas pour 100 000 accouchements en zone rurale, alors qu'elle est

pratiquement nulle dans les grandes villes (20). Comme de nombreuses autres femmes dans les zones reculées des pays pauvres, la plupart des femmes qui développent des FO non traitées accouchent à domicile et sans l'assistance d'un personnel compétent pour les aider.

Mariage et accouchement précoces

La pratique traditionnelle du mariage précoce est un autre facteur de risque de dystocie mécanique et de FO. Dans les zones d'Afrique subsaharienne et du sud de l'Asie, où la FO est la plus répandue, les femmes se marient généralement pendant l'adolescence, parfois même vers l'âge de 10 ans. Nombreuses sont celles à être enceintes immédiatement après, sans que leur bassin soit totalement développé pour permettre un accouchement normal. En Éthiopie et au Nigeria par exemple, plus de 25 % des patientes vivant avec une FO ont été enceintes avant l'âge de 15 ans, et plus de 50 % avant l'âge de 18 ans (21). La constitution d'une FO se produit généralement lors du premier accouchement (22). Dans les pays en développement, de nombreuses adolescentes peuvent également être victime de sous-alimentation et avoir un poids insuffisant, ce qui augmente également le risque de FO (8).

Mariage précoce, planification familiale et espacement des naissances inappropriés

Dans de nombreuses communautés traditionnelles, les mariages précoces suivis immédiatement par une grossesse puis un famille nombreuse sont la norme. Rares sont ceux ou celles connaissant la nécessité de retarder la première grossesse, ou d'espacer correctement les grossesses pour permettre à la mère de récupérer et de reprendre des forces avant la grossesse suivante. Cependant, les services de santé ne sont pas en mesure de répondre seuls à ces problèmes. Nombreuses sont les jeunes femmes ne pouvant ni gérer leur propre vie ni disposer de leur propre corps, du fait de valeurs culturelles et sociales et de croyances encore solidement ancrées. Les changements sociaux et culturels dans les comportements, et l'existence d'une législation visant à protéger le droit à la santé des adolescentes, sont également nécessaires pour aider les femmes à retarder leur première grossesse jusqu'à ce qu'elles soient physiquement en mesure d'accoucher en toute sécurité.

On estime que près de 100 000 décès maternels pourraient être évités chaque année, si les femmes qui ne veulent pas être enceintes avaient accès à une contraception efficace et l'utilisaient (23). La mise à disposition de méthodes de planification familiale pourrait donc permettre de prévenir un nombre de fistules considérable. Selon une estimation du Département pour le Développement international (DFID) au Royaume Uni, le fait de retarder l'âge du mariage et de la première grossesse, de prévenir les grossesses non désirées et d'éliminer les avortements non médicalisés pourrait réduire d'un tiers le nombre de décès maternels. Cette agence estime également que l'espacement des naissances et la prévention des grossesses chez les très jeunes femmes pourrait réduire la mortalité néonatale d'un quart (24).

Rôle et statut des femmes

Le statut précaire des femmes, particulièrement des jeunes femmes immédiatement après leur mariage, augmente de façon considérable le risque de FO. L'accès aux soins est refusé à certaines femmes, à cause des croyances et de pratiques traditionnelles. Certaines doivent vivre recluses, et pour beaucoup, la responsabilité de décider de recourir à des soins dans le cadre d'une grossesse, ou même en cas de travail prolongé, appartient à leur mari ou aux autres membres de leur famille, notamment à leur belle-mère. Lorsque ces femmes échouent dans la tâche qu'on leur assigne de donner la vie et, encore pire, sont stigmatisées car

porteuses d'une FO, elles sont rejetées par la famille de leur mari et n'ont aucun moyen de subsistance. Elles sont habituellement répudiées immédiatement et abandonnées à elles-mêmes.

Pratiques traditionnelles nocives

Certaines pratiques traditionnelles nocives, comme les mutilations sexuelles féminines, sont également un facteur de risque. Ces pratiques sont généralement réalisées dans des conditions d'hygiène précaires, souvent par ablation d'une grande partie des tissus vaginaux ou vulvaires, entraînant ainsi le rétrécissement du canal vaginal et de la vulve par un tissu cicatriciel épais. Elles augmentent la probabilité de complications gynécologiques et obstétricales, y compris le travail prolongé et la FO. Bien qu'il y ait peu de statistiques fiables disponibles, il semble que ces pratiques peuvent augmenter jusqu'à sept fois la probabilité de telles complications.

Les incisions néfastes avant ou pendant le travail par des accoucheurs non qualifiés contribuent également à la formation d'une FO. Dans certains pays, une matrone ou une coiffeuse utilise un instrument tranchant, comme un couteau, une lame de rasoir ou un morceau de verre cassé, pour pratiquer de multiples incisions vaginales au hasard pour tenter soit de préparer le vagin à l'accouchement, soit au cours du travail pour lever l'obstacle et créer un passage pour le bébé. Dans certaines régions d'Afrique, ces pratiques peuvent expliquer jusqu'à 15 % des cas de FO (15).

Violences sexuelles

Alors que la majorité des cas de FO est due à des raisons obstétricales dans les pays en développement, d'autres résultent de déchirures directes au cours d'un viol ou d'un traumatisme vaginal. Par exemple, une étude menée sur une période de 6 ans à l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba, qui traite environ 1 200 cas de FO par an, a montré que 91 cas avaient été causés par un viol ou un abus sexuel au sein du mariage (26). Il est cependant difficile d'estimer la prévalence des FO causées par des abus sexuels, la plupart des victimes ne se faisant pas soigner, souvent par peur d'être stigmatisées ou par manque d'accès aux soins (27). Dans les situations de guerre, les violences sexuelles sont monnaie courante, souvent utilisées comme un moyen d'intimidation ou de contrôle. Dans certaines régions déchirées par la guerre, des travailleurs sociaux ont estimé qu'une femme sur trois a été victime de viol et que la majorité des nouveaux cas de FO sont causés par le viol (28).

Développer des stratégies : il faut agir maintenant

Les initiatives se multiplient aujourd'hui au niveau mondial pour réduire la mortalité maternelle conformément aux « objectifs du Millénaire pour le développement » (OMD) visant à réduire la mortalité maternelle de 75 % d'ici à 2015 (29). Cette volonté a été réaffirmée lors de la Journée Mondiale de la Santé en 2005, dédiée à la santé de la mère et du nouveau-né. Le Rapport Mondial de la Santé de 2005 était un plaidoyer pour la multiplication et l'intensification des mesures prises pour sauver la vie des mères et des enfants.

Comme ce chapitre l'a démontré, mortalité maternelle et FO partagent les mêmes déterminants. Ainsi les stratégies qui sont actuellement conçues pour développer des programmes nationaux destinés à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né sont directement liées à celles qui visent à prévenir et à guérir les FO. Nous sommes aujourd'hui dans une situation particulièrement favorable pour inclure des stratégies de prévention et de traitement de la FO - exposées dans le Chapitre Deux - dans une vision globale de la santé maternelle conçue pour garantir que

chaque femme enceinte ait un accouchement sûr et rentre chez elle avec un bébé en bonne santé, pour retrouver l'amour et le soutien de sa famille.

L'UNFPA a publié un livre essentiel très approfondi : « Fistule Obstétricale : fin du silence, moins de souffrance », qui fournit davantage d'informations, tant sur la Campagne internationale « Pour éliminer les fistules » que sur les exemples de bonnes pratiques. Pour plus d'information, veuillez consulter le site Internet de UNFPA : www.unfpa.org/fistula.

Références

- 1 Zacharin RF. A history of obstetric vesicovaginal fistula. *ANZ Journal of Surgery*, 2000, 70 :851-854.
- 2 *Maternal Mortality in 2000 : Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Geneva, World Health Organization, 2003, www.who.int/reproductive-health/publications.
- 3 Rapport sur la santé dans le monde 2005– *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, 2005, Genève, Organisation mondiale de la Santé, <http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>.
- 4 Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. *British Medical Bulletin*, 2003, 67 :191-204.
- 5 AbouZahr C. Global burden of maternal death. *British Medical Bulletin*. Pregnancy : Reducing maternal death and disability. British Council. Oxford University Press. 2003. pp.1-13. www.bmb.oupjournals.org., WHO analysis of causes of maternal deaths : a systematic review. K.S. Khan and al. *Lancet* 2006 ; 367 : 1066-74
- 6 Columbia University sponsored *Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula*. UNFPA, FIGO, Addis Ababa, 2002.
- 7 Wall LL. Dead mothers and injured wives : The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in family planning*, 1998, 19 (4) :341-359.
- 8 *Proceedings of South Asia Conference for the prevention and treatment of obstetric fistula. 9-11 December 2003, Dhaka, Bangladesh*, New York, UNFPA, 2004.
- 9 *Obstetric fistula needs assessment report : Findings from nine African countries*. [Report]. New York, United Nations Population Fund and EngenderHealth, 2003. 95 p. www.unfpa.org/fistula/docs.
- 10 *Report on the meeting for the prevention and treatment of obstetric fistula. 18-19 July, London, 2001*. New York : Technical Support Division, 2001.
- 11 Wall, LL et al. *Urinary incontinence in the developing world : The obstetric fistula. Proceedings of the Second International Consultation on Urinary Incontinence, Paris, July 1-3, 2001*. Committee on Urinary Incontinence in the Developing World, pp. 1-67. www.wfmic.org/chap12.pdf.

- 12 Cottingham J, Royston E. *Obstetric fistula : A review of available information*. World Health Organization, Geneva, 1991.
- 13 *Global action for skilled attendants for pregnant women*. World Health Organization, Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health/publications.
- 14 *Rapport de la réunion UNFPA/AMDD*, Février 2005, (non publié), Yaoundé, Cameroun.
- 15 *Faces of Dignity, 2003*, Women's Dignity Project, Dar Es Salaam, Tanzania. www.womensdignity.org.
- 16 Kowalewski M, Mujinja P, Janh A. Can mothers afford maternal health care costs ? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*, 2002, 6(1) :65-73.
- 17 Thaddeus S, Maine D. Too far to walk : Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 1994, 38 :1091-1110.
- 18 Tahzob F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistula. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1983, 09(5) :387-391.
- 19 Emembolu J. The obstetric fistula : factors associated with improved pregnancy outcome after a successful repair. *International Journal Gynecology and Obstetrics*, 1992, 39 :205-212.
- 20 Vangeenderhuysen D, Prual A, Ould el Joud, D. Obstetric fistula : Incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 73 :65-66.
- 21 Ampofo KE. Risk factors of vesico-vaginal fistula in Maiduguri, Nigeria : A case-control study. *Tropical Doctor*, 1990, 20(3) :138-139.
- 22 Kelly J, Kwast BE. Epidemiologic study of vesico-vaginal fistula in Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4 :278-281.
- 23 Marston C, Cleland JC, Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child ? An assessment in five developing countries. *Population Studies*, 2003, 57 :77-93.
- 24 *Reducing maternal deaths : Evidence and action. A strategy for DFID*. London Department for International Development. September 2004, www.dfid.gov.uk.
- 25 Wall LL. Dead mothers and injured wives : The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4) :341-359.
- 26 Muleta M, Williams G. Postcoital injuries treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991-1997, *Lancet*. 1999, 354(9195) :2051-2.
- 27 The war within the war : Sexual violence against women and girls in eastern Congo. *Human Rights Watch*. June 2002. 128 p., www.hrw.org/reports/2002/drc/Congo0602.
- 28 Wax E. A brutal legacy of Congo war. *Washington Post*, October 25, 2003.
- 29 *Nations Unies - Objectifs du Millénaire pour le développement*. New York, Nations Unies, 2000, (Assemblée générale des Nations Unies, résolution 55/2). <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>

2.1 Introduction

Nous avons vu dans le Chapitre Un que les facteurs responsables de la FO sont les mêmes que ceux responsables de la morbidité et la mortalité maternelles, et, pour une certaine partie, de la mortalité néonatale. Les stratégies visant à la réduction de l'une auront forcément un impact important sur l'autre. Toute stratégie de prévention et de traitement de la FO devrait, par conséquent, faire partie intégrante de la stratégie nationale de santé de la mère et du nouveau né, et du plan de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les pays étant actuellement en train de développer ou de mettre en œuvre leurs stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (ODM) (1), le moment est donc particulièrement opportun pour qu'ils élaborent également leurs propres plans pour la prévention et le traitement de la FO (1). Il est également important que de tels plans soient intégrés dans les plans plus larges de santé génésique ainsi que dans les plans de développement nationaux et les stratégies de réduction de la pauvreté.

Les besoins en services de prévention et de traitement de la FO varieront grandement selon les pays et selon les régions ou même selon où l'on se trouve dans un même pays. Les politiques et les stratégies de prévention et de traitement de la FO doivent être adaptées avec l'aide du pays où elle va s'appliquer. Mais dans certaines circonstances elles devront aussi être modifiées au niveau local pour permettre d'identifier et de surmonter d'éventuelles contraintes dues à des contextes particuliers dans une région donnée, ou parmi les populations locales à haut risque ou présentant des caractéristiques spécifiques.

Chaque pays présente des caractéristiques qui lui sont propres et ses propres facteurs limitant l'accès au soin. Ce chapitre ne définit donc pas de normes. Il propose plutôt des approches possibles et des modèles pour mettre sur pied des services de prévention et de traitement que le comité national ou les sous-comités régionaux chargés de la stratégie de prévention et de traitement de la FO pourront prendre en considération, s'ils le désirent.

Le but à long terme d'un programme national de prévention et de traitement de la FO devrait être :

- d'éviter que les femmes ne développent une FO grâce à des activités de promotion de la santé et de sensibilisation et au développement de services de soins de santé maternelle et néonatale de base et complets de haute qualité, disponibles pour tous.
- de garantir que toute femme vivant avec une FO ait un accès facile et rapide à du personnel compétent, à même de traiter chirurgicalement une FO simple et / ou de confier les cas plus complexes à des collègues plus expérimentés.
- de garantir que le droit à la santé de chaque fille et de chaque femme soit reconnu et protégé par l'établissement d'une politique et d'un

ensemble de lois créant un environnement favorable ; cela s'applique notamment aux droits relatifs à la santé génésique, qui sont étroitement liés à la prévention de la FO.

Les déterminants sociaux les plus importants pour l'amélioration de la santé des adolescentes et des femmes en général comprennent, entre autres, l'intérêt porté à une meilleure nutrition de l'enfant et de l'adolescente, la reconnaissance pour les filles du droit à l'éducation et la détermination d'un âge minimum pour le mariage. Les déterminants concernant le système de santé sont les suivants : l'éducation à la santé et l'accès aux méthodes modernes de planification familiale, l'accès facile aux services de santé maternelle. Il faut également lever certains obstacles d'origine culturelle, notamment en faisant en sorte que les femmes puissent recevoir des soins sans attendre l'autorisation de la famille ou de certains membres de la communauté.

Qu'elles soient d'ordre médical ou social, aucune de ces mesures ne sera facile à prendre, particulièrement dans les pays manquant de ressources. Cependant, il est possible de développer un programme de prévention et de traitement de la FO réaliste avec des objectifs à court et à moyen terme pouvant être atteints par étapes successives, à condition qu'il y ait un soutien permanent aux différents niveaux : national, régional et local.

2.2 Développer une stratégie de prévention et de traitement de la FO

Le développement d'une stratégie exige une approche cohérente, étape par étape. Les éléments à prendre en considération sont les suivants :

- 1 La mise sur pied d'un comité stratégique national de prévention et de traitement de la FO faisant partie intégrante du comité stratégique national ou d'un groupe de travail pilotant la stratégie de santé maternelle et néonatale.
- 2 Le recueil des informations disponibles sur la prévalence et l'incidence des FO dans toutes les régions du pays. L'identification de tout déterminant local spécifique, le recensement des services disponibles de prévention et de traitement, et l'évaluation des besoins pour orienter le développement de la future politique. Dans certains pays, les informations disponibles peuvent être optimisées en menant des enquêtes plus spécifiques, soit au niveau des structures de soins, soit au niveau de la communauté, comme cela sera présenté plus loin dans ce manuel.
- 3 Basé sur ces conclusions, le développement d'une planification réaliste avec des objectifs à court, moyen et long terme, incluant les coûts financiers et un budget (dans le cadre de la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale). Le programme devra traiter des points suivants :
 - a. les stratégies pour la prévention de la FO, notamment la promotion de la santé, la planification familiale, l'accès à des soins fournis par du personnel compétent pendant la grossesse et l'accouchement, des services obstétricaux d'urgence de base et complets et un cadre juridique et politique adéquat ;
 - b. la mise à disposition d'installations adéquates pour la chirurgie de la FO et la rééducation postopératoire ;
 - c. la mise sur pied d'un encadrement qui puisse perdurer et fourni par des professionnels de santé formés à la prévention, la prise en charge et la chirurgie de la FO.
- 4 La promotion et la supervision de la mise en place de la politique, et le plaidoyer pour l'allocation de ressources.

- 5 Le suivi et l'évaluation réguliers des succès et des échecs du programme, et la modification et l'amélioration du programme qui s'imposent à la lumière des résultats.

2.3 Comité national pour la prévention et le traitement de la FO

À ce jour, le développement des programmes de prévention et de traitement de la FO varie beaucoup d'un pays à l'autre. L'expérience dans certains pays a montré que le travail initial a été effectué par de petits groupes regroupant des professionnels de la santé engagés et des organisations non gouvernementales (ONG), travaillant en dehors des structures formelles du système de santé. Dans certains cas, au fur et à mesure du développement de leur travail, celui-ci a été intégré au programme national. Cependant, sans le soutien des gouvernements nationaux et sans véritable intégration dans les systèmes de santé officiels et dans le contexte des services sociaux, les programmes de prévention et de traitement de la FO ne pourront pas faire réellement partie de l'Initiative de Maternité sans risque.

Comme les principes de prévention et de traitement de la FO sont étroitement associés à ceux de la maternité sans risque, le développement d'une stratégie nationale de prévention et de traitement de la FO doit soit faire partie du travail de base du « Comité national de santé de la mère et du nouveau-né » (SMN), soit être entrepris par un sous-groupe qui rendrait compte au comité national. L'équipe doit être multidisciplinaire et avec représentation des différentes agences. Elle doit être aussi réduite et facile à diriger que possible, et comprendre au minimum :

- Au moins un représentant du ministère de la santé et, si nécessaire, des agences de santé locales pour exprimer les besoins qui se font sentir dans chaque secteur ou zone géographique spécifiques. S'il existe, le ministère de la condition féminine, ou son équivalent, doit aussi être représenté.
- Les représentants d'organisations professionnelles dont les membres, une fois sensibilisés à ces questions, peuvent encourager la promotion de bonnes pratiques cliniques et de prévention, garantir que la FO fasse obligatoirement partie du programme de formation des étudiants de second et troisième cycles. On pourra donc inclure des personnes mandatées par les sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique, des sages-femmes, des infirmier(ère)s, des spécialistes en santé publique et en promotion de la santé ainsi que des institutions académiques en charge de la formation et de la recherche.
- Des médecins et chirurgiens, des sages-femmes, des infirmier(ère)s et des travailleurs sociaux ayant de l'expérience dans le domaine de la prévention, de la chirurgie et de la rééducation.
- Un économiste et un statisticien.
- Les représentants des agences de coopération internationales et bilatérales, des ONG nationales et internationales et des institutions privées impliquées dans les services de prise en charge de la FO, les activités de maternité sans risque, le développement des communautés ou la gouvernance participative.
- Les représentants des femmes et des organisations communautaires

Tous les membres de l'équipe doivent pouvoir assurer un plaidoyer vigoureux sur le besoin de prévention et de traitement de la FO dans leurs propres zones d'influence et à travers les médias, et travailler en synergie avec le niveau national. L'équipe doit avoir des termes de référence clairement définis, des rôles et des

responsabilités bien établis et jouir d'un pouvoir et d'une autonomie pour la prise de décisions. Elle doit disposer des ressources et des moyens de communication adéquats pour lui permettre de fonctionner efficacement.

Le comité national doit également travailler en étroite collaboration avec d'autres agences et d'autres départements du gouvernement. Cette collaboration permettra l'élaboration d'une vision globale, donnant ultérieurement la possibilité de définir des objectifs plus larges à long terme pour éradiquer la FO par la promotion de programmes de santé et la mise à disposition de services de soins médicaux adéquats. D'autres déterminants moins directs de la santé, notamment la pauvreté, le transport, l'agriculture, l'éducation et l'environnement devront également être pris en considération.

2.4 Recueil d'informations

Idéalement, il faut disposer de différents types d'informations de base pour développer et faire le suivi de programmes de prévention et de traitement de la FO. IL faut notamment obtenir les données nécessaires pour évaluer l'ampleur du problème et identifier les groupes de femmes particulièrement affectées, des données sur les facteurs sous-jacents qui contribuent directement ou indirectement au problème et qui peuvent permettre d'identifier des solutions potentielles (déterminants et interventions) et des informations sur les actions à planifier, à mettre en œuvre et à évaluer pour réduire le problème. Tous ces types d'informations peuvent aussi attirer l'attention sur la question de la FO et être utilisées pour le plaidoyer. Pris isolément, aucun des instruments de collecte de données existants ne pourra fournir des informations correspondant à tous ces besoins. Ce manuel propose un ensemble de méthodes pouvant être combinées entre elles pour aider à concevoir et mettre en œuvre de tels programmes tout en utilisant de manière efficace les ressources disponibles. On doit cependant garder à l'esprit que la priorité générale doit être de passer à l'action le plus rapidement possible sans attendre les résultats d'études détaillées, parfois coûteuses, pouvant grever les maigres ressources disponibles.

Avant de planifier le recueil de données pour étayer le développement d'une politique de prévention et de traitement de la FO, il est important que le comité national identifie de quelles informations on dispose déjà sur le sujet et sur les décès maternels et la morbidité sévère. Les responsables de la planification sanitaire, les directeurs et certains professionnels peuvent avoir accès à diverses sources et à différents types d'informations. Celles-ci permettront d'identifier les points forts et les points faibles du système actuel de soins de santé maternelle, et à mieux comprendre l'environnement politique. Elles pourront être utilisées pour la planification et la gestion. Les données recueillies dans la population générale, comme par exemple pendant les enquêtes démographiques et de santé, les recensements et celles des registres des naissances, peuvent fournir des renseignements sur la population, notamment des estimations de la prévalence des FO, de la mortalité maternelle, de la couverture en soins de santé maternelle et d'estimer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques de la communauté. Les données d'information sanitaire recueillies en routine, ainsi que les enquêtes spécifiques et les évaluations des besoins en santé maternelle peuvent fournir des informations sur les services de santé, comme les infrastructures sanitaires, les ressources disponibles et les pratiques médicales en cours dans les divers centres.

Les encadrés 2.1 et 2.2, (pages 30-31) contiennent des listes d'indicateurs permettant de fournir des données de base pouvant aider les décideurs dans l'évaluation des succès ou des insuffisances du programme.

Évaluation des besoins et cartographie des services disponibles

Avant de développer une stratégie visant à réduire la prévalence des FO et à améliorer les services de traitement, il est conseillé d'évaluer les besoins spécifiques dans le pays ou dans une région en se basant sur les informations déjà disponibles. Celles-ci peuvent en effet être rares, incomplètes, ou centrées sur la mortalité maternelle et néonatale, et ne pas être spécifiquement destinées à fournir une information sur la prévalence de la FO et sur les besoins non couverts dans ce domaine. Cette évaluation ne devrait pas seulement donner une estimation de base du nombre femmes vivant actuellement avec une FO, mais également indiquer la capacité du système de soins et des services de santé maternelle existants à traiter ces femmes. Elle devrait aussi identifier de façon spécifique les obstacles dans l'accès aux soins que peuvent rencontrer certaines femmes appartenant à des groupes particuliers de la société ou demeurant dans certaines régions du pays. Les informations fournies par l'évaluation des besoins permettront ainsi aux décideurs de concevoir des programmes réalistes pour réduire l'impact de la FO et élaborer un cadre raisonnable pour y parvenir.

La cartographie des services existants fournit des renseignements utiles aux planificateurs et aux décideurs par l'identification des insuffisances dans les services, l'équipement et les ressources humaines pour les soins obstétricaux d'urgence (soins de base et soins complets) et les services de prise en charge de la FO. Le Service Availability Mapping (SAM) (ou « Cartographie des services de santé »), un outil de l'OMS, est disponible pour aider à la réaliser (2). Dans le cadre de la campagne internationale « Pour éliminer les fistules » menée par Engender Health et l'UNFPA, une évaluation des besoins a été menée dans un certain nombre de pays afin d'estimer le nombre de femmes vivant avec une FO et les capacités nationales actuelles de traitement (3).

Même si les données actuelles sont insuffisantes, les activités de prévention et de traitement de la FO doivent commencer immédiatement. La première priorité de tout programme de prévention et de traitement de la FO devrait consister à proposer les premières réponses pour surmonter les insuffisances actuelles de services disponibles, les collectes de données pouvant être entreprises dès que les ressources le permettront. Si le comité estime qu'il est indiqué d'entreprendre de plus larges études pour déterminer la prévalence et l'incidence de la FO, il existe des approches relativement simples pour faire une évaluation des besoins dans les régions où les données sont actuellement insuffisantes.

i. Approche épidémiologique

Elle inclut le recueil, la vérification et l'analyse des données régulièrement recueillies par le département de la santé et d'autres départements du gouvernement, ainsi que d'autres types de données, comme par exemple celles recueillies dans les enquêtes réalisées au niveau de la communauté ; toutes ces données pourront donner une indication quant aux « besoins non satisfaits » en services de prévention et de traitement de la FO pour une population donnée. Malheureusement, dans plusieurs régions de forte prévalence de la FO, les systèmes de collecte de données n'ont pas été mis sur pied, sont trop fragiles ou ne sont pas fiables ; c'est aussi le cas pour d'autres types de morbidités maternelles. La plupart des données concernant la FO proviennent des hôpitaux. Elles ne tiennent pas compte du grand nombre de femmes cachées dans la communauté, et incapables de se rendre dans un centre de santé. Il est donc parfois nécessaire de recueillir des données directement. Ceci peut être fait par des enquêtes en communauté en utilisant plutôt une approche qualitative pour évaluer les besoins non satisfaits. On disposera parfois de certaines mesures indirectes qui permettront d'estimer la prévalence et l'ampleur du problème posé par la FO. Par exemple, un taux élevé de mortalité

maternelle ou de rupture utérine est souvent associé à une forte prévalence de la FO. La qualité des données disponibles fournira également des informations utiles sur le type d'appui requis pour renforcer les systèmes de recueil d'information sur la santé maternelle et néonatale en général.

ii. Analyse des parties prenantes

Cette approche consiste à rassembler les informations et les opinions des experts sur le terrain, des femmes vivant avec une FO ou traitées pour une FO ainsi que de leur famille, des prestataires de soins actuels ou potentiels au niveau local, des gouvernements, des organisations à assise communautaires, des ONG et des autres acteurs pertinents. Elle comprend une cartographie détaillée des services de prévention et de traitement actuellement disponibles pour les femmes dans une région particulière et l'identification des zones ayant potentiellement des besoins non satisfaits. Toutes ces informations peuvent ensuite être intégrées pour fournir un aperçu de la situation existante, mais aussi pour apporter des précisions sur ce qui fonctionne bien actuellement, sur ce qui pourrait être amélioré et comment y arriver. Les méthodologies basées sur des processus participatifs visent à créer une forte appropriation. On pourra par exemple utiliser l'« Approche stratégique » développée par l'OMS (4) qui peut être adaptée pour être ensuite appliquée au domaine de la FO.

Analyses des cas retrouvés dans la communauté et dans les structures de soins

Connaître la prévalence des femmes vivant avec une FO, ou l'incidence des nouveaux cas apparaissant chaque année, est en soi insuffisant pour développer un programme durable de prévention et de traitement de la FO. Il faut en plus comprendre les déterminants sous-jacents qui aboutissent à la formation d'une FO car eux seuls permettront de préciser les moyens efficaces pour améliorer la situation. Les causes peuvent être multifactorielles, mais sont souvent en rapport avec l'accès aux soins lors d'un travail compliqué ou dystocique. L'examen de cas individuels dans la communauté ou dans des formations sanitaires et la synthèse des résultats, rétrospectivement ou prospectivement, aidera à définir les problèmes spécifiques et à fournir des indications quant aux solutions possibles. Il est indispensable que les professionnels de la santé et les décideurs locaux soient impliqués dans le processus, puisque ceux-ci sont les personnes-clés qui pourront faire un plaidoyer et mettre en œuvre les changements nécessaires au niveau local.

La façon de réaliser ce type d'études est décrite étape par étape dans le manuel de l'OMS, « Au-delà des nombres – Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse » (5). Ce manuel décrit également de nombreuses autres approches permettant aux décideurs de comprendre pourquoi les femmes enceintes meurent ou souffrent de pathologies sévères, comme la FO. Une bonne compréhension de la question leur permettra de développer des programmes destinés à promouvoir la maternité sans risque. On trouvera aussi dans ce manuel des méthodes pour revoir les cas de pathologies sévères (les cas de décès évités de justesse ou « near-miss »), et réaliser des enquêtes confidentielles sur les décès maternels et des audits cliniques.

La revue des cas de femmes vivant avec une FO dans la communauté aidera à déterminer les facteurs personnels, familiaux ou communautaires qui sont à l'origine de la formation de FO et à déterminer pourquoi la femme ne s'est pas fait soigner une fois la FO constituée. Parmi ces problèmes, on peut relever le manque de sensibilisation sur la grossesse et l'accouchement, les facteurs culturels empêchant les femmes d'avoir accès à des soins appropriés, et les barrières financières et logistiques bloquant l'accès aux services. Les enquêtes communautaires exigent la coopération des femmes, de leurs familles et des communautés, et nécessitent beaucoup

de délicatesse pour éviter que la FO ne soit perçue comme une punition. Ces études sont particulièrement importantes dans les régions ayant une prévalence élevée de FO, où la plupart des femmes souffrant de cette complication n'ont pas reçu de soins pendant le travail et vivent dans l'isolement et la honte à cause d'une pathologie dont elles et leur famille ne savent probablement pas qu'elle peut être traitée. En impliquant des membres de la communauté, ces revues peuvent être conçues et utilisées comme des opportunités pour sensibiliser et mobiliser la population pour le développement d'activités dans le cadre de la maternité sans risque. Les revues de cas devraient être axées sur l'action.

Les analyses dans les formations sanitaires sont plus faciles à réaliser, les femmes s'étant rendues dans un hôpital pour la prise en charge d'un travail dystocique ou pour traitement d'une FO. Ces analyses vont non seulement permettre d'identifier des problèmes semblables à ceux retrouvés lors de la revue des cas de FO présents dans la communauté, mais fourniront plus d'information sur les retards, comme par exemple la difficulté d'avoir accès sur place à l'assistance par un personnel compétent, l'inexistence de soins de ce type ou les longues distances pour se rendre dans un centre de santé. Dans la mesure où les femmes allant dans les centres de santé se trouvent parfois très loin de chez elles, ce type de revue ne fournira pas toujours d'informations pertinentes sur leur communauté. Elles sont cependant utiles car elles donnent une idée générale des difficultés rencontrées par ces femmes.

2.5 Développement de politiques et de stratégies réalistes

Une stratégie nationale, avec des objectifs à court, moyen et long terme.

Le développement d'une stratégie et d'une politique de prévention et de traitement de la FO doit être fondé sur la définition d'objectifs à court, moyen et long terme. L'évaluation doit être entreprise sur des périodes limitées, pour mesurer les progrès fait dans sa mise en œuvre. Il faudra si possible faire également une estimation des ressources (financières et humaines) nécessaires et des études de faisabilité chaque fois que cela est possible. Lors de l'identification des priorités et du calcul des coûts des interventions et des services, il faudra essayer de ne pas se limiter aux contraintes budgétaires individuelles, mais considérer les avantages à long terme. Des consultations formelles et informelles avec les parties intéressées permettront que ceux-ci s'approprient davantage les propositions qui seront faites.

Un document de stratégie doit être produit, contenant un résumé des informations recueillies, les objectifs de la politique envisagée, la façon dont ils seront intégrés dans la politique nationale de santé maternelle et néonatale, et la manière par laquelle ils peuvent être appliqués au niveau local. Ce document devrait inclure l'intégration des objectifs et des étapes suggérées plus loin dans ce document, avec un chronogramme approprié et la définition des échelons de responsabilité. La stratégie doit être agréée par le comité de stratégie nationale de prévention et de traitement de la FO, et recueillir l'adhésion des personnes de référence du ministère de la santé et des organisations partenaires. Puisque les déterminants de la FO sont nombreux et de natures diverses, la responsabilité de la stratégie de prévention et de traitement de la FO, comme celle de la santé maternelle et néonatale, doit être assumée par différents départements du ministère. Le développement d'une « coalition de soutien » maximisera les chances de succès. Le soutien des médias et du secteur privé peut aussi en augmenter l'efficacité.

Les besoins en matière de développement de services de prévention et de traitement, et les ressources disponibles, tant sur le plan humain qu'économique, seront différents selon les pays et les régions. Il n'est donc pas aisé de décrire

dans ce manuel un programme « idéal » convenant à chaque pays. Les comités nationaux de stratégie de prévention et de traitement de la FO devront eux-mêmes développer à la fois des politiques spécifiques pour leur population et des étapes d'évaluation mesurables. Les points suivants sont proposés, tout en sachant qu'une combinaison d'objectifs à court, à moyen et à long terme devra être prise en compte tout au long du processus.

Objectifs à court terme

1. Établir un comité de stratégie et un programme national de prévention et de traitement de la FO, intégrés dans la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale.
2. Entreprendre une évaluation nationale des besoins et faire une cartographie précise des services existants.
3. Identifier les lacunes dans les informations disponibles, commanditer des investigations pertinentes pour obtenir les informations manquantes si le comité national juge cela nécessaire et que c'est une utilisation judicieuse des ressources.
4. Amplifier le soutien aux services obstétricaux et de traitement de la FO existants, et renforcer ces services, notamment par le développement des compétences et l'appui d'experts internationaux si nécessaire.
5. Planifier la mise en œuvre d'un nombre donné de services accessibles et de qualité, pour le traitement chirurgical de la FO et la rééducation, en utilisant un modèle adapté aux conditions locales et qui puisse perdurer.
6. Introduire des initiatives de promotion de la santé et de sensibilisation pour réduire l'incidence de nouvelles FO, en insistant sur le besoin d'être assisté par du personnel compétent pendant l'accouchement, en expliquant ce qu'est une FO, comment la prévenir et – c'est là le plus important – qu'elle peut être traitée.
7. Dans le cadre du programme pour une maternité sans risque, renforcer les services de santé maternelle pour permettre à toute femme enceinte d'avoir accès aux consultations prénatales et à du personnel compétent pendant l'accouchement.
8. Inclure la connaissance de la FO, sa prévention et son traitement (y compris la prise en charge du travail, l'utilisation du partogramme, le travail dystocique, etc.) dans le programme de formation des infirmier(ère)s, des sages-femmes ainsi que dans celui des étudiant(e)s en médecine de deuxième et de troisième cycles.
9. Commencer à sensibiliser le personnel soignant et les communautés sur les structures existantes où un traitement de la FO peut être réalisé.

Objectifs à moyen terme

1. Mettre en place un certain nombre de services accessibles et de qualité pour le traitement chirurgical de la FO et la rééducation, en utilisant un modèle adapté aux conditions locales et qui puisse perdurer.
2. Organiser un programme de formation de base pour les chirurgiens et pour d'autres professionnels en mesure de traiter une FO, avec une supervision nationale et des normes mesurables.

3. Développer au moins un centre pour former des chirurgiens locaux, pour qu'ils deviennent à leur tour des formateurs pour le traitement chirurgical de FO simples.
4. Mettre sur pied un système de recueil des données en routine et, si nécessaire, un système d'audit.
5. Renforcer les initiatives de promotion de la santé dans le cadre d'une maternité sans risque et réduire les risques de survenue d'une FO et la stigmatisation qui lui est associée.
6. Établir un système de référence fiable des femmes vivant avec une FO vers les services dont elles ont besoin.

Objectifs à long terme

1. Avoir un service national de prévention et de traitement de la FO entièrement opérationnel.
2. Réduire le nombre de femmes ayant besoin d'un traitement de la FO.
3. Augmenter le nombre de femmes ayant accès aux consultations prénatales et à du personnel compétent pendant l'accouchement.
4. Fournir un accès aux soins obstétricaux d'urgence complets à toute femme enceinte qui le nécessite.
5. Traiter les questions plus générales des droits en santé génésique des adolescentes et des femmes, notamment la question de retarder l'âge du mariage et de la première grossesse.

2.6 Composantes essentielles de toute stratégie

Toute stratégie, à tout moment, doit intégrer simultanément les deux activités de prévention et de traitement de la FO dans les communautés à risque. Elle doit aussi :

- être intégrée dans la stratégie nationale visant à améliorer la santé maternelle et néonatale, y compris l'accès à des soins de qualité pendant l'accouchement et l'accès aux soins obstétricaux de base et d'urgence ;
- être une composante-clé des programmes d'éducation à la santé ;
- être fondée sur les résultats de l'évaluation des besoins et sur une bonne compréhension des circonstances médicales et sociales responsables de la formation de FO ;
- planifier le développement de services de soins qui puissent perdurer en leur donnant les compétences nécessaires pour la chirurgie de la FO, tant du point de vue de l'accessibilité aux équipements que par la formation des professionnels locaux à la prise en charge et à la chirurgie de la FO ;
- garantir que la prévention et le traitement de la FO sont inclus dans les programmes de formation des prestataires de soins de deuxième et de troisième cycle ;
- traiter toutes les questions sociales et culturelles qui font que les femmes ne cherchent pas à recevoir des soins obstétricaux ou à être traitées pour leur FO, par exemple le mariage précoce, l'espacement des naissances, l'accès à la planification familiale et les barrières socioculturelles.

2.7 Stratégies pour la prévention

Les recommandations pour prévenir les FO sont de trois types :

Stratégies de prévention primaire

Celles-ci visent à garantir que les grossesses soient planifiées, désirées et arrivent au bon moment dans la vie de la femme. Elles sont fondées sur les principes d'éducation et de promotion de la santé développés pour garantir que toutes les femmes, leur famille et toute la société comprennent la nécessité de retarder l'âge de la première grossesse, ainsi que les avantages de l'espacement des naissances et de l'accès à la planification familiale.

Idéalement, les principaux déterminants sociaux aboutissant à une mauvaise santé de la femme avant la grossesse devraient être traités à la fois par le programme de prévention et de traitement de la FO et par celui de la maternité sans risque. Dans plusieurs parties du monde, il est habituel que les filles et les femmes reçoivent moins d'aliments nutritifs que leurs frères ou leur mari. Celles qui sont mal nourries sont souvent anémiées et donc moins capables de faire face aux besoins physiologiques de la grossesse ou à des complications telles que les hémorragies. Le bassin des adolescentes n'est pas encore suffisamment développé, ce qui accentue souvent le risque de dystocie mécanique. Les adolescentes sont aussi généralement moins instruites, et celles qui sont analphabètes sont plus à risques de souffrir de complications au cours de la grossesse, notamment de FO.

L'une des barrières culturelles que doivent surmonter les jeunes filles est l'impossibilité de recourir à des soins sans l'autorisation des membres de leur famille ou de certains membres de la communauté.

Stratégies de prévention secondaire

Une fois qu'une jeune fille ou une femme est enceinte, elle, sa famille et la communauté doivent être conscientes qu'il est nécessaire de faire plusieurs choses : recourir aux consultations prénatales, être assistée par un personnel compétent lors de l'accouchement, et connaître les signes et symptômes des problèmes pouvant survenir pendant la grossesse et l'accouchement, tels que le travail prolongé. Pour ce faire, il faut sensibiliser la communauté, développer la formation des matrones, améliorer les connaissances des femmes sur la grossesse et l'accouchement normal et leur apprendre à recourir à bon escient aux services de santé. Cependant, l'amélioration des connaissances n'est pas suffisante. Il est primordial que les femmes puissent facilement avoir accès à une unité locale de soins obstétricaux (6).

Pour réduire la mortalité maternelle et prévenir la formation de FO, il est très important d'une part de s'assurer que les femmes sont assistées par un personnel compétent pendant l'accouchement, et d'autre part accès à des soins obstétricaux complets. L'OMS a récemment publié *Global action for skilled attendants for pregnant women* (« un personnel compétent pour les femmes enceintes ») (7) Tout en donnant des explications sur le pourquoi des choses, ce document précise les responsabilités pour améliorer l'accès à l'assistance par un personnel compétent pendant l'accouchement et décrit les étapes à suivre pour que, dans les pays où les professionnels formés sont rares, le personnel formé existant puisse travailler avec le maximum d'efficacité. Le document *Making pregnancy safer—the critical role of the skilled attendant* (Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié - OMS, ICM, FIGO) (8), fournit des informations

sur les compétences et les capacités requises pour les professionnels assistant l'accouchement et donne également des conseils sur la planification d'une stratégie destinée à garantir la formation d'un nombre adéquat d'accoucheurs qualifiés. L'OMS a développé un ensemble d'outils, « Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement », où sont décrites les interventions clés, tant pour la prise en charge clinique que pour la gestion, que ce soit au niveau primaire et de l'hôpital de référence. Il a été prouvé que l'utilisation régulière d'un partogramme pour le suivi correct du travail permet le diagnostic précoce et la prise en charge du travail prolongé / dystocique. Pour prévenir les décès et les complications sévères liées à une dystocie mécanique, il est essentiel d'adresser les patientes à un service où il est possible de réaliser une césarienne ou une extraction instrumentale.

Stratégies de prévention tertiaire

Ces dernières sont conçues pour identifier et prévenir le développement d'une FO pendant le travail ou chez des femmes à risque qui ont accouché récemment. Elles comprennent le monitoring du travail par l'utilisation du partogramme pour repérer les femmes à risque et les transférer rapidement, dans le cas où les services ne sont pas disponibles sur le site, vers un centre obstétrical offrant des soins d'urgence complets, incluant la césarienne et l'extraction instrumentale. L'OMS recommande l'utilisation du partogramme pour chaque accouchement (6). Les sages-femmes et les médecins devraient également être formés, (comme décrit en détail dans le Chapitre Trois), à la prévention de la formation d'une FO ou à réaliser la fermeture de très petites FO sans chirurgie par l'utilisation d'une sonde urinaire à demeure chez toutes les femmes ayant survécu à un travail dystocique. Cette technique simple aidera à la fermeture et à la cicatrisation des très petites FO. On estime qu'elle prévient la formation d'une FO dans 10 à 20 % des cas (9). De plus, chaque femme enceinte ayant eu un travail prolongé ou dystocique devrait être informée sur les symptômes de la FO et encouragée à consulter un professionnel qualifié dès que de tels symptômes apparaissent.

Implication de la communauté

Les femmes vivant avec une FO sont très souvent victimes de stigmatisation, de discrimination et, au bout du compte, d'exclusion sociale. Cela a non seulement des conséquences psychologiques individuelles, mais signifie aussi que les femmes vivant avec une FO sont souvent cachées et donc plus difficiles à atteindre lorsque des services de chirurgie de la FO sont disponibles. Parallèlement à la réduction des facteurs déterminants de la FO et à la mise à disposition de services de chirurgie de la FO, il est indispensable que tous les acteurs contribuent à la responsabilisation des femmes, des hommes, des familles et de la communauté toute entière pour que chacun prenne conscience de l'utilité de développer l'accès aux soins et l'utilisation de services de santé de qualité pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Cela implique l'éducation et la promotion de la santé, en particulier dans le domaine de la prévention de la FO et dans l'information, à la fois des communautés et de leurs dirigeants, sur l'existence de services de chirurgie de la FO. Il a été démontré que l'implication et la participation de la communauté sont cruciales pour les stratégies de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Le rôle des ONG locales et d'autres groupes actifs dans les communautés est tout aussi essentiel pour la sensibilisation sur l'origine, la prévention et le traitement de la FO. Ils doivent être impliqués dans le développement de tout plan d'action, que ce soit au niveau local ou national.

2.8 Offrir des services de traitement et de chirurgie de la fistule

Repères pour le traitement et modèles de services

Les stratégies à long terme pour diminuer ou éradiquer la FO doivent mettre principalement l'accent sur l'accès aux soins. Mais il faut aussi prendre en compte la gestion des dystocies, le recul de l'âge au premier accouchement, les besoins des femmes vivant avec une FO et la nécessité d'accroître les ressources financières.

Les femmes vivant avec une FO souffrent non seulement de problèmes physiques, psychologiques, sociaux et de stigmatisation, mais comptent souvent parmi les groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés de la société. Les soins et le soutien dont elles ont besoin pour reconstruire leur vie vont bien au-delà des interventions médicales initiales. Ces femmes, et si possible leur famille, ont besoin de compréhension et de soutien pour leur permettre de s'adapter à leur nouvelle situation et de reconstruire leur vie qui a été anéantie. Idéalement, ces aspects devraient être traités dans une approche spécialisée, multidisciplinaire et holistique.

Du fait d'un manque d'installations, de compétences ou de personnel formé, très peu d'hôpitaux ou de chirurgiens peuvent actuellement offrir des services de traitement de la FO. Même lorsqu'une femme atteint un centre de santé qui peut réaliser ce type de traitement, ces interventions ne sont souvent pas considérées comme des urgences et se retrouvent donc en queue de liste de programmes opératoires déjà surchargés. De tels centres n'ont pas toujours la possibilité de prendre en charge la femme pendant une période prolongée. En attendant que la chirurgie de la FO et la rééducation des femmes victimes de FO deviennent un travail de routine dans chaque hôpital, des stratégies alternatives doivent être mises au point.

Différents modèles sont actuellement utilisés ou en cours de développement, dans différents pays et contextes. Il n'y a, jusqu'au présent, aucune preuve solide quant au meilleur type de service de traitement de la FO, ni quant au modèle le plus approprié pour répondre aux différents contextes locaux. Le choix du modèle de services le plus adapté dépendra de différents facteurs : les facteurs géographiques (tels que la distance et le type de terrain), les infrastructures de transport et les réseaux de communication, la configuration des services de santé existants et la disponibilité en personnel formé au traitement de la FO. En fonction de ces facteurs et d'autres encore, les pays peuvent développer des stratégies locales adaptées. Chacun de ces modèles devrait cependant être fondé sur la promotion de soins obstétricaux de qualité et l'accès à du personnel compétent. Les modèles actuels de service sont les suivants :

- les centres spécialisés de traitement de la FO (par ex. l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba, Éthiopie, et le Babbar Ruga fistula Hospital de Katsina, Nigeria) ;
- les centres de traitement de la FO mis en place dans des hôpitaux généraux ou des maternités (par ex. au Nigeria, au Niger, au Bénin et en Tanzanie) ;
- le traitement de FO dans le département d'urologie ou d'obstétrique d'hôpitaux généraux (par ex. en Tanzanie, au Mali, au Sénégal et au Kenya) ;
- les unités satellites de traitement de la FO rattachées à un centre spécialisé dans le traitement de la FO (par ex. existant au nord du Nigeria, ou en train d'être mis en place en Éthiopie) ;

- les services hiérarchisés au niveau national pour la prise en charge de la FO. Cette approche implique de petites unités locales qui réalisent le traitement chirurgical de FO simples alors que les cas plus complexes sont confiés à des chirurgiens en mission (par ex. au Kenya, en Ouganda et en République Unie de Tanzanie) ou adressés à un centre national ou régional ;
- les camps traitement chirurgical de la FO gérés par les équipes mobiles nationales (par ex. au Pakistan, en Somalie et en République Unie de Tanzanie).

Dans certaines parties du monde, des centres spécifiques spécialisés sont actuellement développés ou proposés. Ceux-ci ne sont pas seulement des centres d'excellence pour le traitement, en particulier pour celui des cas complexes, et pour la rééducation, mais ils servent également de centres de formation pour des chirurgiens qui seront spécialisés dans le traitement de la FO. Ces centres étant peu nombreux et généralement situés loin des endroits où elles vivent, il est souvent difficile aux femmes souffrant de FO de s'y rendre. Le personnel de ces centres et les femmes qui y ont été traitées avec succès sont souvent des partenaires importants pour faire connaître ces questions dans la population et fournir des solutions pratiques aux problèmes rencontrés. Leur succès est tel que le peu de centres existants est submergé par des demandes de traitements, mais aussi de formation. Ils ne peuvent satisfaire toutes ces demandes, qui ne feront que s'accroître dès que des programmes de prévention et de traitement de la FO seront développés. La localisation des nouveaux centres nationaux de traitement de la FO doit être décidée après mûre réflexion.

D'autres prestataires de soins spécialisés dans le traitement de la FO au niveau national préfèrent baser leurs services au sein d'un hôpital universitaire ou d'un grand hôpital de district, où ils disposent des équipements nécessaires et où il est possible de faire régulièrement de la formation de personnel sur place. S'ils sont situés dans de grandes villes, ces hôpitaux peuvent être assez loin, voire très éloignés, des femmes des zones rurales et de leurs familles. Leur accès peut néanmoins être facilité en finançant le transport. Dans ces hôpitaux, la pression sur les ressources disponibles peut cependant être importante, à moins qu'une salle d'opération séparée ne soit dévolue au traitement chirurgical de la FO, que l'on puisse assurer l'hébergement à long terme des patientes et que l'on dispose de services de rééducation.

Le but à long terme de tout programme devrait être de garantir que tous les obstétriciens et d'autres professionnels formés puissent entreprendre avec succès le traitement chirurgical de FO simples dans tous les centres dans lesquels ils travaillent, seuls ou en collaboration avec d'autres professionnels dans le cadre d'une approche multidisciplinaire des soins et de la rééducation. De nombreuses années peuvent être nécessaires pour atteindre cet objectif. Une fois formés cependant, ces chirurgiens compétents pour entreprendre le traitement chirurgical de FO simples devraient avoir un nombre suffisant de cas à traiter, de manière à ne pas perdre leurs acquis. Entre-temps, lors de la planification des services, il est important d'envisager où et comment ceux-ci pourraient être le mieux placés au sein de l'actuel système de santé. Il existe néanmoins quelques principes fondamentaux qui doivent être pris en considération. Ils sont présentés ci-dessous.

2.9 Principes pour planifier la fourniture de services

Comme pour les actions de prévention, les principes suivants doivent être adaptés pour répondre à la situation spécifique de chaque pays et de chaque région.

L'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba a récemment publié un article sur son expérience de mise en place d'un centre spécialisé de traitement de la FO. Les planificateurs des services de santé qui désireraient établir ce type de centre pourront y trouver des informations utiles (10).

- En premier lieu, les services de traitement doivent être établis là où l'on trouve un engagement suffisant à utiliser les installations en place, une ou des personnes montrant des capacités à prendre les choses en main, et les ressources nécessaires.
- Ces centres doivent être situés dans des endroits permettant un accès relativement aux femmes et à leur famille, en gardant à l'esprit que ces femmes sont pauvres et qu'elles vivent surtout en régions rurales. Elles peuvent avoir besoin d'une aide financière pour faire le voyage aller-retour entre leur village et le centre. Les services disponibles dans la capitale ou dans d'autres grandes villes peuvent être trop onéreux pour les femmes des régions rurales et leur famille. Il faut donc trouver des solutions pour surmonter les barrières potentielles à l'accès aux soins.
- Le traitement des femmes vivant avec une FO doit suivre une approche holistique. Le travail du centre doit être fait en équipe : femmes, famille, infirmier(ères), kinésithérapeutes, ergothérapeutes, les conseiller(ère)s socio-psychologiques, chirurgiens et anesthésistes doivent collaborer pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Il est généralement recommandé de former en même temps les chirurgiens et les infirmier(ère)s, afin de créer un esprit d'équipe et de produire un travail de groupe efficace.
- Tout hôpital offrant un traitement de la FO doit être en relation avec un centre d'excellence en obstétrique et faire partie d'un réseau fonctionnel de maternités travaillant dans la même région géographique. Idéalement, chaque femme doit être adressée au centre de traitement de la FO sitôt le diagnostic posé.
- Les femmes souffrant de FO plus complexes, ou qui ont besoin d'interventions itératives, doivent être adressées à un centre spécialisé de traitement de la FO, qui doit également faire partie du réseau local de maternités.
- Il est fondamental de comprendre que la chirurgie électorale pour le traitement de la FO ne doit pas être évincée par les opérations d'urgence. On peut par exemple prévoir une programmation opératoire spécifique pour les FO ou, dans de plus grands centres, disposer éventuellement d'une salle d'opération séparée.
- Idéalement, tous les centres offrant un traitement devraient pouvoir fournir un hébergement à long terme et des services de rééducation ainsi qu'une expertise spécialisée multidisciplinaire.
- Chaque centre doit travailler avec les communautés pour améliorer la prise de conscience du problème et contribuer à changer les attitudes pour que les femmes vivant avec une FO puissent venir dans un centre de traitement de la FO et parvenir à réintégrer la société.
- Chaque centre de traitement de la FO doit recueillir des informations sur le travail fourni, évaluer celui-ci, et être impliqué dans les activités de recherche relatives à la prévention et au traitement de la FO .

2.10 Formation

Comme pour les autres volets stratégiques de la prise en charge de la FO, il est nécessaire de résoudre les problèmes immédiats de formation du personnel pour que celui-ci puisse traiter des FO et fournir d'autres types de services essentiels, et de développer simultanément un programme fiable à long terme. Ces deux activités doivent être accomplies en parallèle, et sur la base des conclusions de l'évaluation locale des besoins.

Le terme « formation » recouvre un certain nombre de questions importantes, dont chacune doit être abordée dans le cadre d'un programme national de prévention et de traitement de la FO (11). Ces questions sont les suivantes :

1. Une formation de base pour tous les professionnels de santé, les assistants sociaux et certains autres types de personnel compétent.
2. Une formation spécialisée pour les obstétriciens, les sages-femmes, les infirmier(ère)s, les chirurgiens, les assistants médicaux (clinical officers), les médecins généralistes et tout autre personnel pouvant prendre en charge les femmes enceintes, les femmes en travail ou celles qui ont développé une FO.
3. Une formation chirurgicale de base, supervisée, pour le traitement chirurgical des FO simples pour ceux qui en seront capables et qui seront autorisés à entreprendre ce type de chirurgie une fois la compétence acquise.
4. La formation des infirmier(ère)s, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des conseiller(ère)s psychologiques et des assistant(e)s sociaux(les) qui fourniront les soins intégrés requis pour la prise en charge et la rééducation des femmes après une chirurgie de la FO.
5. Une formation spécialisée pour les obstétriciens et les chirurgiens qui, une fois capable d'entreprendre le traitement chirurgical de FO simples, deviendront des « experts » pour le traitement chirurgical de FO complexes. Ces spécialistes seront capables de prendre en charge les cas les plus compliqués et serviront de référence pour les autres chirurgiens et d'enseignants pour leurs jeunes collègues et pour les équipes moins expérimentées.

2.10.1 Formation de base

Le programme de formation des étudiants doit inclure les notions de base concernant la FO, ses causes, sa prise en charge et particulièrement sa prévention. Le programme doit aussi permettre de mieux comprendre les causes sous-jacentes sociales et culturelles de la FO, et leurs implications pour les femmes affectées. On doit insister sur la nécessité pour les femmes enceintes d'avoir recours à des soins fournis par du personnel compétent aussi bien pendant la période prénatale que pendant l'accouchement. Le programme devra également inclure davantage d'informations pour permettre l'identification de problèmes cliniques comme le travail prolongé ou la dystocie (y compris l'utilisation du partogramme) et devra insister sur l'importance du transfert rapide des femmes présentant de telles pathologies pour une prise en charge par à un obstétricien.

Dans les pays où existe une forte prévalence de FO, tous les programmes de formation des sages-femmes, des infirmier(ère)s et des médecins devraient non seulement inclure la formation théorique sur la prévention des FO, mais aussi un enseignement sur le traitement de celle-ci. Les sages-femmes et les obstétriciens devraient être formés à la prévention clinique des FO (par ex. à l'utilisation systématique du partogramme pour contrôler le déroulement du

travail, à l'utilisation d'une sonde vésicale à demeure en cas de travail prolongé ou dystocique, etc.). Ils devraient aussi être préparés à fournir un conseil aux femmes vivant avec une FO et à l'importance de la planification familiale et de recevoir des soins par du personnel compétent lors des grossesses ultérieures.

2.10.2 Formation spécialisée

Chirurgiens et autres prestataires de soins en mesure de faire un traitement chirurgical de FO simple

Un programme de formation standardisé devrait être développé et inclus dans le programme d'enseignement pratique de base de spécialisation en chirurgie. Cela peut concerner des médecins, par exemple des obstétriciens et des gynécologues, des urologues ou des chirurgiens généraux, en fonction des capacités de chaque pays et des particularités locales. À la fin de la formation, chacun devrait être apte à exécuter traitement chirurgical de FO simples et savoir quels cas devront être confiés à un chirurgien plus expérimenté ou plus spécialisé. Cela devrait constituer un module obligatoire de la formation. Une fois que le médecin en formation s'est montré compétent dans le traitement chirurgical de FO simples, ceci devrait faire partie de ses activités régulières. Le développement de tels programmes prendra du temps, mais cela est nécessaire si l'on veut atteindre l'objectif à long terme, à savoir la réduction du nombre de femmes vivant avec une FO non traitée.

Éléments requis pour la formation chirurgicale

En attendant que le programme de formation national soit complètement instauré, il peut être utile de distinguer ceux qui ont suivi un programme de formation reconnu par un diplôme national ou international approprié. Cela permettra de garantir la très haute qualité de toute chirurgie de la FO et d'empêcher que des chirurgiens inexpérimentés n'aggrave encore la situation en créant des lésions supplémentaires chez les femmes vivant avec une FO.

Idéalement, la formation spécifique des chirurgiens, des infirmiers et tout autres professionnels de santé et travailleurs sociaux qui prendront en charge des cas de FO devrait se faire par formateur compétent dans une zone où il y a une forte prévalence de ce problème, et où les femmes qui en sont atteintes ont été réunies dans des établissements de soins spécialisés. Jusqu'à ce que le traitement de la FO devienne courant dans un pays, les débutants devront souvent travailler aux côtés d'un expert en mission dans le centre, ou se rendre dans une autre unité, voire un centre spécialisé. Seul ce type d'apprentissage garantit un partage d'expérience et permet d'assister à des interventions simples et complexes. Cela leur permettra également d'observer le travail en équipe requis pour garantir que ces femmes une fois traitées retrouvent une vie pleine et active, et leur fournira un aperçu des autres problèmes médicaux et psychosociaux associés.

Pendant leur formation initiale, il est généralement admis que les débutants doivent voir à peu près 50 opérations de FO (ou mieux encore les assister) et effectuer de façon satisfaisante un minimum de 10 opérations sous supervision. Ils ne doivent pratiquer ce genre d'opération qu'après avoir été jugés compétents pour le faire par le formateur. À la fin de cette période, les débutants doivent être capables d'identifier les cas simples susceptibles d'être pris en charge par eux seuls, et de les distinguer des cas plus complexes qu'ils devront référer à un chirurgien spécialiste du traitement de la FO. En fonction du nombre de cas dont disposera le formateur et le centre de formation, cette formation peut exiger quatre à six semaines supplémentaires, parfois davantage. Elle peut également être fournie par un expert qui se rendra dans le centre où travaillent les stagiaires.

Après leur formation, il est important que les chirurgiens nouvellement formés opèrent régulièrement des FO simples dans leur hôpital. Ils peuvent être assistés par un chirurgien expérimenté (le formateur) pour les cas compliqués. Ils doivent continuer à participer à des ateliers supplémentaires de formation intensive ou participer régulièrement à des stages de remises à niveau de qualité. Une collaboration continue des stagiaires et des formateurs est importante pour maintenir et améliorer la technique chirurgicale et pour acquérir de nouvelles compétences.

Diversité des compétences : qui former ?

Jusqu'à ce jour, les services de traitement de la FO ont eu, selon les pays, des approches quant aux professions, spécialisations et niveau de formation requis pour ceux qui pourront réaliser ce type de chirurgie. Il est évident que les obstétriciens et les gynécologues formés au traitement de la FO ont l'avantage de pouvoir prendre en charge eux-mêmes les actions de prévention (c'est-à-dire la prise en charge du travail dystocique) et de traitement. Pour garantir un accès rapide au traitement de la FO, tous les services d'obstétrique d'urgence de référence, c'est-à-dire ceux qui pratiquent des césariennes, devraient disposer d'obstétriciens formés. Cependant, urologues, chirurgiens et médecins généralistes peuvent être formés et être compétents, tant pour le traitement chirurgical de FO simples que, occasionnellement, celui de FO complexes.

Jusqu'à ce que le traitement chirurgical de FO simples soit enseigné en routine lors de la formation de spécialité en obstétrique et de certaines autres spécialités médicales, il faudra former à cette technique certains professionnels de santé en poste, alors que les ressources humaines souvent déjà insuffisantes. Pour que la formation soit le plus efficace possible, il est préférable de consacrer le peu de ressources disponibles à la formation des chirurgiens et de professionnels de santé engagés qui utiliseront régulièrement ces compétences pour aider les femmes et leur famille. Il n'est pas forcément approprié de former des professionnels au traitement de la FO si ceux-ci n'exercent pas dans une zone à prévalence élevée de FO ou dans des zones dont les centres n'ont pas les compétences ou la volonté de réaliser régulièrement de type d'interventions.

Pour conserver ses compétences chirurgicales, tout professionnel formé au traitement chirurgical de FO doit régulièrement opérer un nombre suffisant de cas. Comme nous le verrons dans le Chapitre Trois sur le traitement chirurgical, la majorité s'accorde à penser que la première tentative de chirurgie d'une FO est celle qui aura le plus de chance de réussir. Cette première opération doit donc être réalisée par un chirurgien parfaitement formé et compétent. Les chirurgiens incompetents, mal équipés ou inexpérimentés, ou qui ne pratiquent pas assez souvent ce type d'opérations, peuvent aggraver les lésions en opérant une FO constituée plutôt qu'en la laissant évoluer naturellement, et rendent ainsi toute nouvelle intervention plus complexe, réduisant de ce fait les chances de fermeture.

Infirmier(ère)s et autres prestataires de soins

Tout infirmier(ère) ou sage-femme dévoué et motivé travaillant dans un centre spécialisé pour le traitement de la FO ou dans tout hôpital où est réalisé ce traitement a également besoin d'une formation spécifique. Les sujets enseignés seront : la prise en charge pré- et post-opératoire, le soutien psychologique, l'activité de conseil et les aptitudes en communication. Pour encourager le travail en équipe et une compréhension réciproque, infirmier(ère)s et autres professionnels de santé doivent si possible être formés aux côtés des chirurgiens. Cela peut se faire avec des formateurs en mission dans le centre ou en accompagnant les chirurgiens qui vont se former dans un centre spécifique.

Formation continue

Il faut encourager tout professionnel de santé et travailleur social concerné par la prise en charge des femmes vivant avec une FO à développer ses connaissances et ses compétences. Cette responsabilité n'incombe pas seulement aux individus, mais aussi aux gouvernements, aux employeurs et aux organisations professionnelles, qui doivent s'assurer qu'un temps suffisant est consacré à la formation continue du personnel et aux échanges d'idées. Pour encore améliorer la prise en charge des femmes vivant avec une FO, les professionnels travaillant en équipe devraient être encouragés à prendre part aux programmes formels d'audit sur les résultats et sur l'impact de leur travail.

2.10.3 Chirurgie spécialisée pour les fistules*Développer un cadre de chirurgiens experts*

Hormis la formation de base et celle d'obstétriciens et de chirurgiens à la réalisation des opérations simples, chaque pays aura également besoin d'un certain nombre de chirurgiens spécialisés dans la chirurgie de la FO pour opérer à la fois les cas simples et les cas plus complexes, mais aussi former des chirurgiens qui veulent devenir spécialistes. Ce type de chirurgiens est plutôt rare actuellement et ils ont tendance à travailler dans différentes sortes de centres, comme nous l'avons vu dans le sous-chapitre 2.8.

Création de centres spécialisés et la formation des formateurs

La mise en place d'une formation pour la chirurgie de FO complexes a pour but de créer :

- un centre ou un ensemble d'hôpitaux, avec des spécialistes nationaux, qui soit durable et à même de prendre en charge des femmes souffrant de FO complexes ;
- un cadre de futurs formateurs.

Il est nécessaire de disposer d'un nombre adéquat de chirurgiens expérimentés dans la chirurgie de la FO en mesure d'en former d'autres. Cela permettra de former le personnel de façon appropriée afin de mettre en œuvre avec succès une stratégie de prévention et de traitement de la FO. Un chirurgien spécialiste du traitement de la FO n'est pas seulement capable de prendre en charge les cas de référence tertiaires de femmes avec une FO complexe, mais il peut aussi former des chirurgiens généraux et de nouveaux chirurgiens spécialisés dans le traitement de la FO. Il est généralement admis qu'un chirurgien spécialiste et formateur devrait avoir réalisé au moins 300 opérations de FO avant de pouvoir former d'autres chirurgiens, et pratiquer chaque année au moins 150 opérations de ce type.

Les centres de formation spécialisés sont très peu nombreux, avec, à ce jour, deux centres seulement en Afrique : l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba, en Éthiopie, et un hôpital situé à Katsina, au Nord du Nigeria. Un ou deux autres centres sont en train d'être mis sur pied. La demande de formation est déjà de loin plus élevée que la capacité de ces centres à former le nombre adéquat de formateurs. De nouveaux centres de formation devraient donc rapidement être identifiés et équipés. Plusieurs pays sont actuellement en train d'évaluer leurs besoins en formateurs. Tous les partenaires concernés devraient collaborer au niveau local et national pour que les organisations professionnelles, les établissements d'enseignement, les experts locaux et les prestataires de soins puissent travailler de façon coordonnée.

Tout centre de formation mis en place devrait réaliser un minimum de 300 opérations de FO par an et constituer un modèle d'excellence pour tous les aspects de la prise en charge et du traitement de la FO. Dans la mesure du possible, une continuité des soins complets, de la période préopératoire à la rééducation et à la réintégration sociale, devrait être offerte. De tels centres devraient aussi faire partie du réseau de maternités pour garantir un accès rapide au traitement. Voir le point 2.9 pour plus d'informations sur le sujet; on y trouvera aussi une liste récapitulative pouvant être utile dans la planification de l'extension des centres de formation.

Si l'expérience est insuffisante dans un pays, il faut parfois faire appel à des experts venant de l'extérieur pour contribuer aux opérations de FO et à la formation dans ce domaine. Certains professionnels locaux peuvent aussi être envoyés en formation dans d'autres pays où ce type d'enseignement existe. Il peut arriver aussi que des experts internationaux, y compris des pays voisins, aillent régulièrement en mission dans les institutions nationales ou régionales.

Chaque pays devra décider de mettre sur pied un ou plusieurs centres de formation dans le cadre de sa stratégie nationale, avec des objectifs à court ou à moyen terme.

Recours à des experts venant de l'extérieur

Un certain nombre de pays sont soutenus par des experts extérieurs qui ont, à ce jour, opéré un nombre important de FO. Ce travail fondamental doit être poursuivi jusqu'à ce qu'un programme viable soit établi dans le pays. Ces experts non seulement aident beaucoup à traiter les femmes au niveau local, mais forment également le personnel local à la chirurgie de FO simples et complexes.

2.11 Suivi et évaluation du programme national

Comme pour toute stratégie, le suivi et l'évaluation sont indispensables pour mesurer les résultats de la mise en œuvre de politiques et d'initiatives nouvelles et pour déterminer les éventuels ajustements et changements nécessaires. Un plan d'évaluation doit être intégré à la stratégie et devrait être dès le début du processus, en expliquant clairement comment et avec quelles ressources il sera réalisé.

Pour une surveillance efficace, l'évaluation s'appuiera sur la mise en place d'un système fiable de recueil de données.

Audit médical et recherche

En plus du suivi de l'impact de la stratégie dans son ensemble, il est aussi essentiel de faire un audit des soins médicaux dont bénéficient les femmes, afin de garantir qu'elles reçoivent les meilleures interventions possibles et aussi pour pouvoir partager les résultats de ces audits avec d'autres. Comme cela est décrit dans le Chapitre Trois, on ne dispose actuellement pas de résultats fiables de recherches qualitatives et comparatives dans un certain nombre de domaines-clé, notamment sur le choix du moment optimal où réaliser l'opération ou sur l'efficacité de certains types d'interventions. La participation à de telles recherches devrait, elle aussi, être l'une des composantes essentielles de la stratégie nationale.

Indicateurs de performance

L'OMS a établi une liste de 17 indicateurs de santé génésique qui peuvent être utiles pour le suivi des programmes pour une maternité sans risque (12,13). Ces indicateurs peuvent aussi s'avérer utiles pour le suivi et l'évaluation des programmes de prévention et de traitement de la FO. Ils sont présentés dans l'encadré 2.1. L'encadré 2.2 lui donne une liste de suggestions d'indicateurs supplémentaires.

Tableau 2.1

Indicateurs de santé génésique dans le cadre d'un suivi global (12)

- Pourcentage d'accouchements assurés par du personnel sanitaire compétent

Le personnel sanitaire compétent comprend les sages-femmes, les médecins et les infirmiers formés en obstétrique et exclut les accoucheurs traditionnels, qu'ils soient formés ou non.

- Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux d'urgence de base pour 500 000 habitants

Un centre d'obstétrique de base doit comprendre un service d'urgence ayant à disposition des antibiotiques injectables, des ocytociques, des sédatifs pour le traitement de l'éclampsie, la possibilité d'effectuer un accouchement par voie basse assisté (par ventouse), et de réaliser une délivrance artificielle et une extraction manuelle du placenta, en cas de rétention de cotylédons.

- Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux d'urgence complets pour 500 000 habitants

Un service d'obstétrique complet doit inclure les soins obstétricaux de base plus la possibilité de réaliser des césariennes, de l'anesthésie et des transfusions sanguines.

Autres indicateurs pour le monitoring des soins obstétricaux (14)

- Proportion de femmes présentant des complications traitées dans les structures de soins obstétricaux essentiels (de base ou complets)

Cet indicateur englobe toutes les complications obstétricales et peut être utilisé pour les soins obstétricaux de base ou complets. Il peut être affiné pour répondre à des complications spécifiques rattachées aux FO, comme les dystocies, les ruptures utérines ou les FO survenant après l'accouchement. Niveau minimal acceptable : au moins 100 % des femmes dont on estime avoir des complications obstétricales sont soignées dans des établissements de soins obstétricaux de base.

- Taux de césarienne

Le taux de césariennes est le pourcentage de césariennes en proportion de toutes les naissances attendues. Niveau minimal acceptable : dans une population définie, la proportion de césariennes ne devrait pas représenter moins de 5 %, ni plus de 15 %, de toutes les naissances attendues.

- Taux de létalité

Le taux de létalité s'applique à toutes les complications, mais il peut aussi être utilisé pour une complication obstétricale spécifique : par ex. le nombre de décès dus à une dystocie divisé par le nombre total de femmes admises pour dystocie mécanique. Niveau minimal acceptable : le taux de létalité chez les femmes présentant des complications obstétricales dans les structures sanitaires de soins obstétricaux de base doit être inférieur à 1 %.

Tableau 2.2

Indicateurs spécifiques possibles pour le suivi et l'évaluation de la prévention de la FO, et de la disponibilité et de la qualité des soins obstétricaux et du traitement chirurgical de la FO pour un pays ou une région donnés

Epidémiologie

- Nombre estimé de femmes vivant avec une FO, c'est-à-dire la prévalence
- Nombre estimé de nouveaux cas de FO par an, c'est-à-dire l'incidence
- Taux estimé de FO pour 1 000 accouchements
- Nombre de femmes soignées pour FO par an
- Estimation des besoins en chirurgie de la FO non satisfaits

Service d'obstétrique

- Nombre de sages-femmes, infirmier(ère)s et médecins compétents en obstétrique pour 1 000 naissances par an dans une population donnée
- Nombre de médecins ou de prestataires de niveau intermédiaire capables de pratiquer des césariennes pour 1 000 naissances par an dans une population donnée
- Proportion d'accouchements suivis avec un partogramme
- Nombre de centres offrant le traitement de FO simples
- Nombre de centres offrant un service spécialisé pour le traitement de la FO
- Nombre de services de prise en charge de la FO qui incluent des activités de réintégration sociale
- Nombre de chirurgiens capables de réaliser le traitement chirurgical de FO simples
- Nombre de chirurgiens capables de réaliser le traitement chirurgical de FO complexes

Formation

- Nombre d'établissement pouvant réaliser des formations (formation avant l'emploi et formation interne) et dont le programme de base comprend la prévention et le traitement de la FO
- Nombre de chirurgiens entreprenant de se former au traitement chirurgical de FO simples (par an)
- Nombre de chirurgiens nationaux entreprenant (dans le pays ou ailleurs) de faire une formation spécialisée pour le traitement de la FO (par an)

Qualité des soins

- Proportion de femmes présentant une FO traitées avec succès dès la première intervention chirurgicale, par centre. Idéalement le taux de fermeture devrait être de 85 %, dont 90 % doit être sans incontinence (15). Ce taux de succès peut aussi être indiqué séparément en fonction des différents types de FO (voir Chapitre Trois)
- Proportion de femmes ayant eu au moins deux opérations sans succès
- Proportion de femmes ayant été réintégrées dans leur milieu social avec succès après le traitement

Références

- 1 www.un.org/millenniumgoals/index.
- 2 Service Availability Mapping (SAM) MHI/EIP/GIS/CDS. Geneva, World Health Organization. 2004. www.who.int/healthinfo/systems/serviceavailabilitymapping/en/.
- 3 United Nations Population Fund, EngenderHealth. Obstetric Fistula Needs Assessment Report : Findings from Nine African Countries. 2003. UNFPA and EngenderHealth. New York. ISBN : 0-89714-661-1. www.unfpa.org.
- 4 http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/strategicapproach_fr.pdf
- 5 Au delà des nombres ; Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004, www.who.int/making_pregnancy_safer/tools/en/.
- 6 Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale ; Guide de pratiques essentielles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242590843_fre.pdf
- 7 Global action for skilled attendants for pregnant women. Geneva, World Health Organization, 2004. WHO/RHR/02.17.2004, www.who.int/reproductive-health/publications.
- 8 Making pregnancy safer—the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO, Geneva, World Health Organization, 2004. www.who.int/reproductive-health/publications.
- 9 Waaldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistula. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004, 191 : 795-799.
- 10 Hamlin EC, Muleta M, Kennedy RC. Providing an obstetric fistula service. BJU International, 2002, 89 (supplement 1) : 50-53.
- 11 Campagne pour éliminer les fistules. Rapport de la réunion sur la formation au traitement de la Fistule. Groupe de travail sur la Fistule obstétricale. Niamey (Niger), 19-20 avril 2005. http://www.endfistula.org/download/ofwg_meetingreport_niamey2005.pdf
- 12 Reproductive health indicators for global monitoring. Report of the second Interagency meeting. Geneva, World Health Organization, 2000.
- 13 Measuring Access to Reproductive Health Services. Summary of a WHO/ UNFPA Technical Consultation, 2-3 December 2003. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 14 Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. UNICEF, OMS, FNUAP, 1997. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/monitoring_obstetric_services_fr.pdf,
- 15 Campagne pour éliminer les fistules. Rapport de la réunion : Elaboration d'un cadre d'évaluation des résultats de la Campagne. Groupe de travail chargé de l'évaluation et du suivi. Niamey (Niger), 21-22 avril 2005. http://www.endfistula.org/download/niamey_fistulareport_april2005.pdf

Section II

**Principes de base pour la prise en charge
des femmes traitées pour une fistule obstétricale**

Généralités

Les principes directeurs mentionnés dans ce bref chapitre ont été discutés lors d'une réunion à laquelle ont participé plusieurs experts en chirurgie de la FO venant de différentes parties du monde. Comme dans plusieurs autres domaines concernant la FO, les fonds pour la recherche sur les méthodes optimales pour la chirurgie de la FO ont été jusqu'à ce jour limités. C'est pourquoi on ne dispose d'aucune des données habituellement nécessaires pour étayer les recommandations, comme les recherches revues par des pairs, les études cas-témoins, les essais cliniques randomisés et les revues systématiques de la littérature. Les principes exposés ici sont donc uniquement fondés sur un consensus. Au cours du temps, différents chirurgiens ont développé leurs propres techniques et protocoles, parfois différentes les unes des autres ; dans la mesure du possible, ces différentes approches ont été recensées. Ce chapitre n'est donc pas un manuel de technique chirurgicale de la FO, mais son but est de résumer les principaux points cliniques et fournir une liste de références supplémentaires. Tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce chapitre insistent sur la nécessité de conduire des recherches plus formelles dans ce domaine et font de ce constat une recommandation prioritaire à tous les bailleurs de fonds potentiels.

Ce chapitre va de pair avec ceux concernant les soins infirmiers, la kinésithérapie et la réinsertion. La prise en charge hospitalière de ces femmes nécessite un travail d'équipe et les services et les protocoles doivent assurer la collaboration entre chirurgiens, infirmier(ère)s, kinésithérapeutes, conseiller(ère)s psychologiques, aides-soignant(e)s et autres prestataires. Famille et amis de la patiente peuvent également jouer un rôle clé au sein de cette équipe.

Ce chapitre couvre les principes de prise en charge des femmes vivant avec une FO de trois manières différentes :

- La prise en charge immédiate des femmes ayant survécu à un travail prolongé ou dystocique.
- La prise en charge des femmes qui présentent une FO immédiatement après l'accouchement.
- La prise en charge des femmes qui présentent une FO constituée.

But et objectifs de la chirurgie de la FO

La grande majorité des FO peut être opérée avec succès grâce à l'utilisation de techniques chirurgicales appropriées et réalisées par du personnel compétent. Les objectifs cliniques d'une chirurgie de la FO sont simples :

- Fermer la FO ;
- Rendre la femme continente et apte à reprendre une vie active, en disposant de toutes ses capacités.

Principes de prise en charge immédiate des femmes ayant survécu à un travail prolongé ou dystocique

Pour essayer de prévenir la formation d'une FO, ou favoriser la fermeture spontanée d'une très petite FO, il est important que toute femme ayant survécu à un travail prolongé ou dystocique, avec ou sans césarienne, soit prise en charge de la manière suivante immédiatement après l'accouchement, ou dès qu'elles se rend à un centre de santé :

- Poser une sonde urinaire à demeure de diamètre approprié (Foley 16-18) pour permettre l'évacuation spontanée de l'urine. Les opinions varient quant à la durée pendant laquelle la sonde doit rester en place. Elle doit être maintenue en place pendant quatre à six semaines en cas de petite FO en cours de guérison ; mais il est parfois possible de la retirer après 14 jours s'il n'y a aucun dommage apparent.
- Nettoyer le périnée et le vagin eux fois par jour avec de l'eau salée (bains de siège), ou avec une solution de détergent doux dilué dans l'eau.
- Encourager la femme à boire beaucoup, environ quatre à cinq litres par jour.
- Examiner le vagin le plus tôt possible à l'aide d'un spéculum et exciser avec douceur tout tissu nécrotique. Cela doit être réalisé dans des conditions aseptiques. Répéter la procédure jusqu'à ce que le vagin soit propre.
- Traiter toute infection surajoutée et donner une prophylaxie de routine contre les infections urinaires (si celle-ci est habituellement utilisée), selon les protocoles en vigueur localement.

Toutes les maternités devraient établir un protocole de prise en charge des femmes ayant survécu à un travail prolongé sur la base des principes énoncés ci-dessus. Ces femmes peuvent être soignées par tout personnel correctement formé, c'est-à-dire par les obstétriciens, les urologues, les chirurgiens, les médecins, les infirmier(ère)s ou les sages-femmes. Ces soins n'exigent pas un médecin spécialisé dans la chirurgie de la FO, à moins que la méthode ci-dessus n'échoue ou qu'il subsiste un doute. Si ce traitement réussit, la femme, de préférence avec son mari, doit avant sa sortie bénéficier d'une session de conseil sur la planification familiale et la contraception décrit dans le chapitre sur les soins infirmiers. Il faut qu'elle soit clairement informée de la nécessité d'accoucher à l'avenir dans une unité équipée et disposant du personnel adéquat pour pratiquer des césariennes d'urgence, et d'avoir recours aux consultations prénatales pour les grossesses futures.

Principes pour la prise en charge des femmes qui présentent une fistule immédiatement après l'accouchement

Il est possible d'obtenir une fermeture spontanée d'environ 15 à 20 % des FO simples ou de petite taille en utilisant des moyens conservateurs, pourvu que l'on traite ces femmes immédiatement après, ou quelques jours après l'accouchement.

Le protocole est identique à celui précédemment décrit pour la prise en charge des femmes qui ont survécu à un travail prolongé ou dystocique, sauf que la sonde urinaire à demeure devrait être maintenue un minimum de quatre et un maximum de six semaines, selon le protocole local. Comme précédemment, tout tissu nécrotique doit être régulièrement et délicatement débridé, si nécessaire, même si la femme aura finalement besoin de chirurgie. Celle-ci ne doit pas être réalisée s'il y a du tissu nécrotique dans le vagin.

Les femmes traitées avec succès par les mesures décrites ci-dessus peuvent rentrer chez elles dès que le vagin est propre et complètement guéri. Comme toute autre femme ayant bénéficié d'une chirurgie de la FO, chaque femme devrait recevoir avant sa sortie des conseils et des informations sur la planification familiale et la contraception, sur la nécessité d'avoir recours aux consultations prénatales pour les futures grossesses et sur l'importance d'accoucher dans une unité équipée et disposant de personnel capable de pratiquer des césariennes d'urgence. Il est préférable que ces informations soient aussi données à son mari et à d'autres membres de famille.

Il n'y a aucun consensus clair sur le choix du moment opportun pour opérer une FO chez une femme ayant accouché récemment et chez qui les mesures décrites ci-dessus ont échoué. Plusieurs chirurgiens spécialisés dans la chirurgie de la FO et expérimentés préfèrent opérer dès que le vagin est débarrassé des tissus nécrotiques ; d'autres préféreront attendre deux à trois mois après l'apparition de la FO. Ce chapitre décrit les principes directeurs en vigueur pour l'une ou l'autre option.

Principes pour la prise en charge des femmes qui présentent une fistule obstétricale constituée nécessitant un traitement chirurgical

Les principes suivants s'appliquent généralement à la fois aux femmes pour lesquelles le traitement conservateur consécutif à la formation de la FO a échoué et à celles qui présentent une FO constituée et qui n'ont pas reçu de traitement préalable.

Consultation initiale

On trouvera dans le chapitre sur les soins infirmiers des protocoles de prise en charge des femmes qui se présentent à l'hôpital, notamment les procédures de consultation et la façon de remplir le dossier. L'Annexe B du chapitre infirmier (p. 55) donne un exemple de dossier utilisé à l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba pour les patientes vivant avec une FO, et qui peut être adapté localement. Le recueil de ces données de base n'est pas seulement utile pour la prise en charge de la patiente, mais aussi pour réaliser des statistiques pouvant être utilisées pour le développement des stratégies de prévention de la FO, pour le plaidoyer, et pour planifier les futurs services traitement dans les district, les régions ou le pays. De telles données fourniront aussi des indications précieuses sur les barrières rencontrées par les femmes qui souhaitent accéder aux soins obstétricaux pour un accouchement sans risque.

Les informations contenues dans le dossier peuvent être utilisées pour compléter les antécédents sociaux et médicaux nécessaires pour l'examen. Les antécédents et l'examen clinique sont très importants pour prendre des décisions adaptées quant à l'intervention.

Antécédents médicaux et sociaux

Ceux-ci devrait inclure au minimum les données suivantes :

- l'âge, la parité et les antécédents obstétricaux ;
- les antécédents d'incision génitale rituelle ou de circoncision ;
- le nombre et l'âge des enfants vivants, les dates d'accouchement et de décès pour les mort-nés ou des enfants décédés ultérieurement ;

- le cycle menstruel depuis la dernière grossesse ;
- le type de prise en charge lors de la dernière grossesse et du dernier accouchement ;
- la durée du travail et la façon dont il a été pris en charge (particulièrement par rapport à l'utilisation de plantes ou de techniques traditionnelles y compris l'incision vaginale ou périnéale par les matrones) ;
- la présentation du bébé : céphalique, siège ou transverse (si connu) ;
- le mode d'accouchement (césarienne, forceps, ventouse ou accouchement spontané), et si une épisiotomie, une symphysiotomie ou une chirurgie destructrice ont été nécessaires ;
- l'issue pour le bébé (vivant/mort-né/décès néonatal précoce ou tardif, sexe) ;
- les symptômes d'incontinence urinaire et/ou fécale et depuis quand ils sont présents ;
- le début des symptômes par rapport à l'accouchement ;
- l'existence éventuelle de difficultés de mobilité, en particulier pour la marche ;
- les antécédents médicochirurgicaux et allergiques ;
- la(les) personne(s) ayant pris en charge la patiente jusqu'à présent, et celles capables de la prendre en charge si une opération s'avérait nécessaire ;
- la situation matrimoniale et les antécédents sociaux, y compris tout problème survenu à cause de la FO.

Examen clinique

Le chapitre consacré aux soins infirmiers insiste sur l'importance de préparer chaque femme aux examens et à la chirurgie, car beaucoup seront effrayées et auront besoin de réconfort. Un consentement doit lui être demandé avant l'examen et il est important qu'elle comprenne ce qui va se passer et pourquoi il est nécessaire de le faire. Beaucoup de femmes, surtout les plus jeunes, se sentiront plus à l'aise et en sécurité si elles sont accompagnées tout au long du processus. Dans la mesure du possible, une amie ou une infirmière devrait être présente.

L'examen doit évaluer l'état général de la patiente, ainsi que les éléments en rapport avec la FO. L'examen médical de routine comprend la vérification des signes vitaux (pouls, pression artérielle, respiration, température) et la recherche de tout signe de malnutrition ou d'anémie. Il faut faire une palpation douce de l'abdomen, et examiner la marche spontanée de la patiente à la recherche d'une contracture de jambe ou d'un steppage (« pied qui tombe »). Certains experts pensent qu'il faut aller au-delà d'une simple inspection visuelle de la vulve et du périnée. Seul un examen vaginal complet permettra d'apprécier toute l'étendue de la FO. Certains chirurgiens préfèrent attendre jusqu'à l'opération pour le réaliser, pour éviter douleur et angoisse. D'autres procèdent à un examen préliminaire avec douceur, au doigt ou à l'aide d'un spéculum, s'il n'est pas possible de se rendre compte autrement de l'étendue de la FO. Tous sont cependant d'accord sur le fait que le principe de base doit être de regarder avant de toucher, et de toucher si, et seulement si, cela est nécessaire.

L'inspection visuelle doit comprendre un examen du périnée, du vagin, des lèvres et des cuisses à la recherche des signes suivants :

- dermatite urinaire et ammoniacale
- ulcération
- infection concomitante de la peau ou de l'urine
- souillure fécale
- incision du vagin ou du périnée, soit à la suite d'une épisiotomie, soit réalisée par une matrone en cas de dystocie, soit à la suite d'une mutilation génitale.

S'il est pratiqué, le toucher vaginal réalisé avec douceur doit rechercher :

- toute pathologie pelvienne concomitante
- la présence ou l'absence de l'utérus
- la présence et la sévérité de toute cicatrice vaginale
- la localisation et le nombre de FO
- la taille approximative de chaque FO
- l'implication de l'urètre
- la présence de toute fistule recto-vaginale, en notant également la localisation, la taille, la cicatrisation, l'implication du sphincter anal, tout rétrécissement rectal ou toute anomalie sur le pourtour.

Certains chirurgiens compléteront cet examen par une inspection du vagin en utilisant un spéculum de Sims ou d'un autre type, la femme étant en décubitus latéral gauche forcé.

Lors de l'examen, il est parfois possible de palper des calculs vésicaux ; le passage d'un petit cathéter métallique ou d'une sonde par l'urètre peut aider au diagnostic, mais cette procédure peut être douloureuse. Certains chirurgiens préfèrent donc attendre l'opération avant de l'effectuer.

Examens biologiques de base

Après l'examen clinique et avant la chirurgie, un certain nombre d'examens biologiques de base doivent être pratiqués, selon l'équipement et les ressources disponibles : examens de selles et d'urine à la recherche de parasites ou d'une infection ; analyses de la fonction rénale si cela est jugé nécessaire ; examens hématologiques, avec dosage systématique de l'hémoglobine et détermination du groupe sanguin ; et dépistage de parasites, test VDRL, sérologie de l'hépatite B et du VIH en fonction des tests disponibles, et avec le consentement de la patiente. En cas de suspicion clinique de SIDA, il faut parler avec la femme seule et, si elle le désire, lui fournir une ou plusieurs séances de conseil avant le test VIH. Un diagnostic de séropositivité n'influencera pas les options de traitement pour sa FO, mais permettra à la femme d'avoir accès au programme local de traitement et de recevoir un conseil concernant sa santé et la réduction du risque de transmission à son partenaire et à ses futurs enfants.

Explications, discussion et consentement

Dès que les résultats de ces investigations préliminaires sont disponibles, il faut expliquer à la femme, et dans la mesure du possible à son mari et sa famille, les différentes options de traitement, la façon dont se déroulera l'opération et la période postopératoire, et les séquelles possibles à long terme. Il est

important d'essayer d'impliquer son mari et sa famille dans les discussions, car ils seront probablement ceux qui prendront les décisions pour son avenir. En leur expliquant qu'elle peut probablement être guérie et retourner à une vie active et normale, et en les impliquant dans la prise de décision, on augmentera probablement le soutien qu'ils pourront lui donner après l'opération et lors de ses futures grossesses.

Il faut parfois laisser du temps à la femme, à son mari et à sa famille et leur donner des conseils pour qu'ils puissent réfléchir aux différentes options et prendre une décision. Si la femme est d'accord pour se faire opérer, il faut obtenir et enregistrer officiellement son consentement éclairé pour la procédure. Il est important que décision et consentement soient librement donnés par la femme elle-même.

Prise en charge préopératoire

Le chapitre sur les soins infirmiers décrit les principes à suivre lors de l'admission à l'hôpital et le type de soins à prodiguer aux femmes en attente de chirurgie. On y trouvera également les soins de routine préopératoires à fournir, dont les principes-clés qui sont repris ici, même si, rappelons-le, il n'y a pas de consensus clair. Néanmoins, le protocole de chaque unité devra comprendre les points suivants :

- Le meilleur moment pour la toilette et le rasage du périnée (si nécessaire). Certains chirurgiens préfèrent laver et raser le périnée au début de l'intervention, alors que, dans d'autres unités, cela est réalisé par le personnel infirmier avant l'opération.
- La pratique de lavements avant l'opération. Ils sont généralement réalisés systématiquement (même si certains chirurgiens ne l'exigent pas avant les opérations de fistules vésico-vaginales simples [FVV]), le relâchement du sphincter anal lors de la rachianesthésie entraînant une souillure du champ opératoire. Les lavements sont recommandés pour la chirurgie de fistules recto-vaginales (FRV).
- Certains chirurgiens préfèrent que les femmes restent à jeun à partir de minuit avant l'opération ; d'autres préfèrent qu'elles boivent de grandes quantités de liquide, surtout celles qui seront opérées sous rachianesthésie.
- L'utilisation éventuelle d'un sédatif préopératoire (par exemple 10 mg de madazolam ou 100 mg de phénobarbital la veille de l'opération et juste avant celle-ci).
- La consultation anesthésique préopératoire.

Décider de qui doit opérer

La chirurgie de la FO a la réputation d'être difficile ; un médecin compétent et formé à la chirurgie doit cependant être à même de d'opérer les FO simples après une formation adéquate et s'il a une expérience suffisante. Pour les questions relatives à la formation, veuillez vous référer au Chapitre Deux de ce manuel. Toute personne formée à la chirurgie de FO simples doit savoir reconnaître ses limites et ne faire que ce pour quoi il est compétent. Dès qu'il a un doute ou si l'opération à réaliser semble aller au-delà de ses compétences, il doit confier toute femme avec une FO plus complexe à un chirurgien spécialiste, expert dans le domaine.

Classification chirurgicale des FO

Les chances de réussite d'une opération diminuent à chaque nouvelle tentative. Il est donc essentiel de connaître le degré de complexité d'une FO pour décider de qui devra l'opérer. Un certain nombre de classifications ont été élaborées pour permettre de mesurer la sévérité de la lésion et de classer la FO de la plus simple à la plus complexe. Ces classifications sont destinées à aider décider de quelles femmes auront besoin d'un chirurgien expert et de celles qui pourront être prises en charge par un chirurgien local ayant reçu une formation correcte. Deux exemples de ces classifications sont donnés dans l'Annexe A (page 44) de ce chapitre.

Principes opératoires

Le principe fondamental est que la première intervention pour le traitement de FO est celle qui a le plus chance de réussir. C'est pourquoi il est très important de déterminer la classification d'une FO afin de décider de qui devra l'opérer.

Différentes techniques chirurgicales sont employées, selon la préférence du chirurgien. Aucune n'est décrite dans ce document mais les références de plusieurs d'entre elles sont données à la fin de ce chapitre. Il est important de préciser qu'aucune de ces techniques ne doit être pratiquée par un chirurgien inexpérimenté.

Principes de base pour la chirurgie de la fistule :

Voie d'abord

L'approche habituelle pour une chirurgie de la FO est l'abord vaginal. Le choix de la voie vaginale ou, plus rarement, de la voie abdominale, sera cependant fait en fonction de l'expérience du chirurgien, de l'emplacement de la FO, et de l'étendue des lésions.

Position opératoire

La position la plus utilisée pour la voie vaginale est la position de lithotomie exagérée avec un soutien aux épaules pour le confort et pour éviter que la femme ne glisse de la table. La table d'opération sera inclinée en position de Trendelenburg pour que le chirurgien puisse facilement avoir accès au vagin. Placer les jambes de la femme de part et d'autre sur des jambières rembourrées ou dans des étriers. Mettre un petit oreiller sous la tête de la femme.

Prévention de l'infection

Il faut s'assurer d'une asepsie stricte par l'utilisation de solutions antiseptiques, de champs stériles et d'une technique aseptique. Certains chirurgiens utilisent systématiquement une prophylaxie par antibiotiques ; d'autres ne le font pas. Il est cependant courant dans les pays développés de donner à l'induction de l'anesthésie de toute patiente devant subir une chirurgie pelvienne une prophylaxie antibiotique appropriée. Ce principe doit être suivi dans la mesure du possible, particulièrement en cas de chirurgie de FRV, la femme étant alors à haut risque de contamination par *Escherichia Coli*.

Principes chirurgicaux de base pour les fistules vésico-vaginales :

- Exposer la FO et protéger les uretères.
- Mobiliser la vessie pour permettre une fermeture sans tension et une dissection suffisamment large de la vessie et du vagin. La vessie et le vagin doivent être fermés séparément, par des points extra-muqueux. La plupart des chirurgiens spécialisés dans le traitement de la FO font une fermeture de la vessie en

un seul plan. Certains préfèrent une fermeture en deux plans, cela pouvant cependant nécessiter une dissection plus large. Le vagin peut être suturé en laissant une ouverture pour drainage ou la muqueuse peut être entièrement suturée. Dans les deux cas, il faudra assurer une hémostase satisfaisante.

- Sonder la vessie avec un cathéter d'un diamètre de 16-18. Une sonde de diamètre supérieur peut provoquer une irritation de l'urètre ; l'utilisation d'une sonde de diamètre trop petit peut entraîner des fuites si le volume des urines est important. Le type de cathéter utilisé varie selon la préférence personnelle. Certains chirurgiens préfèrent des cathéters simples ; d'autres utilisent des cathéters de Foley avec ou sans gonflage du ballonnet. Pour empêcher la sonde de glisser et d'exercer une traction sur la zone opérée, le cathéter doit être maintenu solidement, mais avec douceur, avec du sparadrap sur la cuisse ou par une suture à l'entrée du vagin.

Principes chirurgicaux de base pour les fistules complexes :

Fistule recto-vaginale

Les principes de traitement chirurgical d'une FRV sont semblables à ceux donnés pour la FVV sauf que :

- Le traitement ne doit pas provoquer un rétrécissement iatrogène du rectum.
- La préparation préopératoire de l'intestin doit être plus stricte que pour une FVV, notamment en utilisant des lavements.
- Une colostomie temporaire peut être nécessaire pour une FRV large, haute ou sévère.
- Une colostomie peu parfois être nécessaire en cas d'échec d'un traitement chirurgical antérieur.
- De l'avis de plusieurs chirurgiens, le traitement chirurgical d'une FRV nécessite un traitement antibiotique prophylactique contre les infections pendant l'intervention, ceci n'ayant cependant jamais été évalué par une étude cas-témoins.
- Les femmes ayant eu un traitement chirurgical de FRV ne nécessitant pas de colostomie doivent suivre un régime alimentaire liquide pendant les deux premiers jours suivant l'intervention, puis un régime pauvre en résidus pendant quelques jours supplémentaires, tout en prenant une grande quantité de boissons.

Fistules combinées

Le traitement chirurgical d'une FO combinée vésico- et recto-vaginale doit se faire en un seul temps, en commençant généralement par la FVV. L'approche la plus pratique sera cependant dictée par les circonstances et le sens commun.

Soins postopératoires

La réussite du traitement chirurgical d'une FO dépend beaucoup de la qualité des soins postopératoires. On trouvera des recommandations plus détaillées et les principes pour les soins postopératoires dans le chapitre sur les soins infirmiers, puisque ce sont les infirmier(ère)s qui sont surtout responsables de les prodiguer. En voici un résumé :

Immédiatement après l'opération (24 premières heures)

- Suivre régulièrement les signes vitaux (pression artérielle, pouls et température) et les noter selon le protocole de l'unité (voir le Chapitre Quatre sur les soins infirmiers).
- Surveiller la femme pour diagnostiquer toute perte de sang excessive par le vagin ou par la sonde.
- Continuer les perfusions jusqu'à ce que les liquides puissent être absorbés par voie orale selon le protocole de l'unité (voir le Chapitre Quatre sur les soins infirmiers).
- Contrôler régulièrement le bilan des liquides, en comptabilisant les entrées et les sorties.
- S'assurer que la femme ne souffre pas en utilisant les analgésiques adéquats.
- Mobiliser la femme le plus tôt possible en cas de chirurgie simple.

Les jours suivants, après les 24 heures

- Encourager la femme à consommer de grandes quantités de liquide par voie orale pour produire deux à trois litres d'urine par 24 heures.
- Enlever le tamponnement vaginal, le cas échéant, dans les 24 à 72 heures, selon le protocole local.
- Maintenir la sonde à demeure, destinée à permettre une évacuation spontanée de l'urine, pendant 10 à 14 jours.
- Il est important de s'assurer que le cathéter ou la sonde urinaire ne se bouchent pas et que le réceptacle de drainage soit toujours plus bas que la vessie.
- Encourager la femme à être totalement mobile le plus tôt possible selon le type de chirurgie. Les femmes ayant bénéficié d'un traitement simple peuvent commencer à se lever dès le lendemain de l'opération ; celles qui ont nécessité un traitement plus complexe, par ex. une réimplantation urétérale, devront rester allongées jusqu'à sept jours après l'opération selon le type d'opération et la préférence du chirurgien. Les exercices de kinésithérapie doivent commencer le lendemain de l'opération (voir le Chapitre Cinq sur la kinésithérapie).
- Enlever toute suture non résorbable dès que les tissus sont guéris.
- Surveiller la survenue d'une éventuelle anémie et, si nécessaire, faire un contrôle d'hémoglobine postopératoire.

Complications postopératoires possibles

Hémorragie vaginale secondaire

Elle doit être prise en charge immédiatement, notamment en évaluant s'il y a besoin de réanimation. En cas de besoin, des mesures urgentes doivent être mises en place. Quand le saignement n'est pas d'origine artérielle, faire un tamponnement vaginal efficace. Quand le saignement est d'origine artérielle, la femme doit être conduite en salle d'opération pour identifier et ligaturer les zones d'où provient le saignement. Si le saignement continue, rechercher d'autres causes. Le taux d'hémoglobine devra être vérifié si le saignement a été important, et l'anémie qui en résulte devra être traitée par des apports en fer.

Blocage du cathéter

Le blocage du cathéter nécessite une prise en charge immédiate pour soulager la pression sur la zone opérée. Pour plus de détails sur la façon de déboucher un cathéter, veuillez vous référer au Chapitre Quatre sur les soins infirmiers.

Anurie

En cas d'anurie, il est essentiel de s'assurer que le cathéter n'est pas bloqué et que les uretères n'ont pas été ligaturés lors de l'intervention. Après s'être assuré que la femme a eu suffisamment de liquide de remplacement, vérifier que la sonde urinaire n'est pas bloquée et que le ballonnet gonflé ne provoque pas d'obstruction urétérale. Si elle n'urine toujours pas, la femme sera conduite en salle d'opération, et on retirera les sutures si les uretères ont été involontairement ligaturés. Si le médecin responsable ne peut remédier au problème, la femme doit être alors transférée d'urgence vers un spécialiste. Si l'anurie persiste, il faudra alors rechercher d'autres causes (pré-rénales, rénales et post-rénales).

Fuites au niveau de la suture de la FO

Un test avec colorant doit être réalisé avant l'ablation de la sonde pour vérifier que la FO est complètement fermée. Si le test est positif, la sonde doit rester en place pour quatre à six semaines de suite, afin de faciliter la guérison, comme nous l'avons vu plus tôt. En cas d'échec précoce (au cours des cinq premiers jours), il est peu probable qu'un drainage prolongé par la sonde permette la guérison, contrairement aux échecs plus tardifs (après 7 à 14 jours).

Infection

Les infections de la cicatrice ou du tractus urinaire doivent être traitées avec les antibiotiques appropriés et conformément aux protocoles locaux. Les infections de paroi nécessitent en plus une reprise chirurgicale.

Les complications post-opératoires à long terme peuvent inclure :

- Une incontinence résiduelle due à l'échec du traitement chirurgical, à la persistance d'une FVV, à une incontinence d'effort, à une hyperactivité du détrusor, ou à une incontinence mixte. Les stratégies de traitement des incontinenances d'effort et des impériosités mictionnelles sont décrites dans le Chapitre Cinq qui présente les principes de kinésithérapie. Une nouvelle intervention sera nécessaire en cas de d'échec du traitement chirurgical.
- Un rétrécissement urétral ou vaginal.
- Un échec complet du traitement chirurgical.
- Une dyspareunie.
- Une hématométrie.
- Une aménorrhée secondaire ou une stérilité.
- Des calculs vésicaux.

Ce chapitre a été revu et commenté par Andrew Browning, Brian Hancock, John Kelly, Tom Raassen, Joseph Ruminjo et Soeur Ann Ward.

Pour en savoir plus

Arrowsmith SD et al. Obstructed Labour Injury Complex. *Obstetric Gynaecology Survey*, 1995, 51 :568-574.

Blaivas G, Chancellor M. Complicated stress incontinence. *Seminars in urology*, 1989, 7(2) :103-116.

Camey M, Les fistules obstétricales. *Editeur Progrès en Urologie*, Paris, 1998. ISBN : 2-913487-00-9 (nouvelle édition en attente).

Hamlin EC, Muleta M, Kennedy R. Providing an obstetric fistula service. *British Journal of Urology International*, 2002, 89(Supplement 1) :50-53.

Hancock B, *First step in vesico-vaginal fistula repair*, The Royal Society of Medicine Press, London, 2005.

Hilton P, Ward A. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistula : A review of 25 years experience in South East Nigeria. *International Urogynecology Journal*, 1998, 9 :189-194.

Hurt WG. Genitourinary Fistula. In : Stanton S, Monga A, eds : *Clinical Urogynecology*, 2nd ed. Churchill Livingstone, London, 2000, 247-258.

Kelly J, Kwast BE. Epidemiologic study of vesico-vaginal fistulas in Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4 :278-281.

Kelly J, Kwast BE. Obstetric Vesico-Vaginal Fistula : Evaluation of failed repairs. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4 :271-273.

Kelly J. Vesico-vaginal and recto-vaginal fistula. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 18 :249-251.

Kelly J. Urogynaecology in the developing world. In : Stanton S, Monga A, eds : *Clinical Urogynaecology*, 2nd edition. London : Churchill Livingstone, 2000 :401-414.

Kelly J. Repair of obstetric fistula : Review from an overseas perspective. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 2002, 4 :205-211.

Kelly J. Outreach programmes for obstetric fistula. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004, 24 :117-118.

Naru T, Rizvi JH, Talati J. Surgical repair of genital fistulae. *Journal of Obstetrics and Gynecologic Research*, Vol 30, Issue 4, pp.293-96

Raassen T. Vesicovaginal fistula. *Surgery*. 2002, 20(1) :15-18.

Waaldijk K. *Step-by-step surgery of vesicovaginal fistula*. Edinburgh : Campion Press, 1994.

Waaldijk K. The immediate surgical management of fresh obstetric fistula with catheter and/or early closure. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1994, 45 :11-15.

Waaldijk K. Surgical classification of obstetric fistula. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995, 49 :161-163.

Waldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistula. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004, 191 :795-9.

Wall LL et al. The Obstetric Vesicovaginal Fistula in the Developing World. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2005, 60 : Supplement 1.

Wall LL et al. *Urinary Incontinence in the Developing World : The Obstetric Fistula*, 1999, Chapter 12. www.wfmic.org/chap12.pdf.

Annexe A : Classification des fistules obstétricales

Deux classifications principales ont été établies pour cataloguer les différents types de FO : 1) selon le degré de difficulté de leur traitement et 2) selon une classification chirurgicale. Toutes deux sont fondées sur le degré de gravité de la FO et son influence sur le résultat final du traitement, puisque cela aura des conséquences sur la technique opératoire et sur le pronostic.

Echelle selon le degré de difficulté prévu pour le traitement

Cette première classification classe les FO en deux groupes selon le degré de difficulté opératoire :

- Bon pronostic : FO simples susceptibles d'être traitées par des chirurgiens complètement formés et compétents pour entreprendre le traitement chirurgical de FO non compliquées.
- Pronostic incertain : FO compliquées nécessitant de référer la patiente pour une prise en charge par un chirurgien spécialiste du traitement de la FO.

Critères basés sur le degré de difficulté prévu pour le traitement		
Critère de définition	Bon pronostic / Simple	Complicé / Incertain
Nombre de fistules	Unique	Multiple
Localisation	Vésico-vaginale (FVV)	Recto-vaginale (FRV) Combinée FVV / FRV Atteinte du col utérin
Taille (diamètre)	< 4 cm	> 4 cm
Atteinte de l'urètre ou du mécanisme de continence	Absent	Présent
Tissu vaginal cicatriciel	Absent	Présent
Perte de substance circonférentielle*	Absent	Présent
Importance de la perte de substance	Minime	Importante
Implication des uretères ou de la vessie	Uretères abouchés à la vessie, sans drainage direct dans le vagin	Uretères se drainant directement dans le vagin, lithiases vésicales possibles Échec d'un traitement chirurgical antérieur
Nombre de tentatives de traitement chirurgical	Pas de tentative antérieure	Échec d'un traitement chirurgical antérieur

* séparation complète entre vessie et urètre

Echelle selon le traitement chirurgical nécessaire

Cette classification, décrite par Waaldijkⁱ, est utilisée pour déterminer le type de chirurgie nécessaire. Une explication détaillée peut être trouvée dans la littérature publiée. En principe, la technique opératoire devient progressivement plus compliquée du type I au type IIBb. Le même principe s'applique aussi à la taille, de petite à étendue.

Classification des fistules en fonction du type d'opération nécessaire sur la base de leur localisation anatomique / physiologique	
I	Fistules sans conséquences sur la technique chirurgicale à employer
II	Fistules ayant des conséquences sur la technique chirurgicale à employer
	A sans atteinte de l'urètre (totale ou partielle)
	a Sans perte de substance circonférentielle*
	b avec implication totale ou partielle de l'urètre
	B Avec perte de substance circonférentielle
	a Sans perte de substance circonférentielle
	b Avec perte de substance circonférentielle
III	Autres fistules, en général urétérales et autres fistules de type exceptionnel
Sous-classification en fonction de la taille	
Petite	< 2 cm
Moyenne	2-3 cm
Grande	4-5 cm
Étendue	6 cm ou plus
* séparation complète entre vessie et urètre.	

ⁱ Waaldijk K. Surgical classification of obstetric fistula. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995, 49 :161-163

Les principes exposés dans ce chapitre sont fondés sur ceux qui nous ont été aimablement fournis par le personnel infirmier de l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba. Certains centres ne disposeront cependant pas d'autant de ressources, ou les chirurgiens qui y travaillent utiliseront des protocoles de prise en charge différents. Il faudra alors adapter les recommandations présentées ici. Pour concevoir des protocoles locaux individuels, ce chapitre doit être lu conjointement avec celui concernant les principes de traitement chirurgical des FO et celui sur les principes de kinésithérapie.

Soutien et appui psychologique

A chaque étape du traitement de leur FO, tous les soins donnés doivent être accompagnés d'un soutien psychologique et être expliqués clairement à la patiente. La prise en charge commence dès l'instant où elle se présente à la réception d'un hôpital pour une consultation, et continue pendant son hospitalisation (pré, per - et postopératoire) après sa sortie après l'opération.

Ceux qui ont travaillé avec des femmes dont la FO a été guérie par un traitement chirurgical sont frappés par la force avec laquelle elles ont enduré cette épreuve et la façon dont elles arrivent à reprendre une vie active. Cependant, au début, beaucoup de femmes vivant avec une FO auront été traumatisées par les événements entourant la naissance de leur bébé et par l'ostracisme fréquent dont elles sont victimes par la suite de la part de leur mari, d'autres membres de leur famille et de leur communauté. Certaines se considèrent comme bannies, sont effrayées, renfermées ou déprimées. Souvent elles pensent que l'hôpital n'est qu'un lieu de douleur, de souffrance et de mort. Il est donc important de parler à chaque femme individuellement pour évacuer tout sentiment de peur qu'elle peut ressentir et l'informer sur le fait que le personnel est à son service. À chaque étape, le contact est très important ; si cela est approprié, on peut accompagner les entretiens d'une tape amicale sur l'épaule ou d'un contact physique qui lui montreront qu'elle n'est pas intouchable.

Des soins de qualité, accompagnés d'une attitude empathique, aideront la patiente à s'adapter à l'environnement hospitalier et à se préparer psychologiquement à l'intervention et à la convalescence. La formation de femmes traitées avec succès pour une FO à devenir des aides-soignantes est un excellent moyen d'apporter un soutien psychologique en favorisant une l'empathie entre soignante et patiente, toutes deux ayant connu la même situation. Une entrevue entre la patiente et une femme qui a eu une opération réussie peut aussi être d'un grand réconfort.

Pour réaliser le bilan avant l'intervention, chaque femme devra subir une série d'examen et de procédures intimes et inconfortables auxquelles elle n'est pas habituée ; pour le traitement lui-même, elle aura une anesthésie et une intervention majeure. Tout ceci pourra lui paraître effrayant. Idéalement, elle devrait être soutenue à chaque étape par la présence rassurante et le contact physique d'une infirmière ou d'une aide-soignante. Chaque procédure doit être expliquée au début de la prise en charge, puis avant de la réaliser à chaque étape tout au long du processus. Ceci implique

non seulement d'informer la patiente sur ce qui est en train d'être fait à chaque étape et pourquoi cela est fait, mais aussi d'expliquer ce qu'elle peut s'attendre à ressentir et dans quels délais les symptômes devraient s'estomper.

Enregistrement des consultantes

Il est très important que ces femmes soient accueillies de manière chaleureuse. Le rôle de la personne responsable de l'enregistrement est capital, puisque ce sera la première personne que la jeune fille ou la femme rencontrera. La personne responsable de la réception doit être choisie avec grand soin, qui devra être sympathique et monter de la compassion.

Les données concernant chaque femme doivent être recueillies avec soin. Cela contribuera à mettre sur pied un plan personnalisé de soins, et fournira aussi des données importantes que les professionnels de santé pourront utiliser pour améliorer les services et la prise en charge de futures patientes. Un dossier individuel d'enregistrement doit être préparé pour consigner les informations suivantes : provenance, distance parcourue, comment la femme est arrivée à l'hôpital, etc. Un exemple du dossier utilisé à l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba se trouve à la fin de ce chapitre (Annexe B). Ces dossiers doivent être présentés au médecin à chaque admission de la femme à l'hôpital.

Consultations

Un infirmier(ère) ou un aide-soignant(e) doit accompagner la femme dans la salle d'examen et lui indiquer un siège à côté du médecin qui va la consulter et noter ses antécédents. Cette personne doit, si possible, rester avec la femme au cours de son examen et lors des discussions ultérieures. Le recueil des antécédents sera suivi par un examen clinique avec ou sans examen gynécologique, selon la décision du médecin.

La femme doit être informée des résultats sitôt l'examen terminé et les conclusions doivent être consignées dans le dossier. Sa famille doit alors être convoqués pour qu'on lui explique la situation, les options possibles de traitement et le pronostic.

Par la suite, la femme et à sa famille doivent avoir du temps pour discuter des options possibles et poser des questions. Ils peuvent alors prendre le temps de décider ce qu'ils veulent. Si on propose à la femme de l'hospitaliser immédiatement, il faut lui laisser du temps pour dire au revoir à sa famille.

Lors de l'admission

L'infirmier(ère) ou l'aide-soignant(e) qui s'occupera de l'admission devra si possible parler la même langue que la patiente (ou au moins une langue apparentée), pouvoir répondre à toute question que celle-ci pourrait poser, lui expliquer ce qui va se passer ainsi que les procédures à suivre. Il faudra lui montrer où se trouvent les toilettes et les douches et lui faire visiter rapidement l'hôpital pour qu'elle soit plus à l'aise et puisse se familiariser avec cet environnement. La patiente devra, si possible, être présentée à d'autres patientes du même âge et de la même ethnie. Elle devra être aussi présentée à son soignant pour avoir un nom et un visage auxquels elle peut se référer si elle a besoin d'informations supplémentaires.

Si l'on dispose d'installations suffisantes, la patiente doit prendre un bain. Il faut qu'elle se lave les cheveux, si nécessaire, et il faut vérifier l'absence de poux. Dans la mesure du possible, on doit lui fournir une blouse de malade de l'hôpital et garder ses propres vêtements dans un endroit sûr où elle pourra les reprendre

au moment de sa sortie. S'il fait froid, lui fournir si possible une couverture pour l'aider à se réchauffer. Son régime alimentaire doit être équilibré. Traiter tout problème de parasites intestinaux. Si elle est très faible, elle aura besoin d'être soutenue par un infirmier(ère), qui devra s'assurer qu'elle mange des aliments nutritifs sous une forme qu'elle peut tolérer, et vérifier qu'elle n'est pas déshydratée. Elle peut avoir besoin d'aide pour ses soins personnels, par exemple des bains de siège, et elle doit recevoir l'assistance de l'équipe médicale chaque fois que cela est nécessaire.

Pour chaque admission, l'examen clinique de chaque femme doit comporter une recherche de signes de lésions nerveuses au niveau des membres inférieurs en examinant sa démarche et si elle peut bouger normalement les orteils, les chevilles, les genoux et les hanches. L'examen systématique doit inclure la recherche de steppage uni- ou bilatéral et d'une faiblesse musculaire des quadriceps et des mollets cependant moins fréquente. De telles lésions sont courantes, mais peuvent ne pas être diagnostiquées si la femme a été alitée pendant plusieurs semaines, par exemple en raison d'une infection puerpérale ou d'une faiblesse généralisée. Des contractures peuvent se développer très rapidement si ces signes ci ne sont pas notés.

Les principes de prévention pré- et postopératoire et de prise en charge des lésions neurologiques et des contractures sont décrits dans le Chapitre Cinq sur les principes de kinésithérapie. Ils doivent faire partie du protocole de soins de chaque unité, en fonction de la disponibilité d'infirmier(ère)s spécialement formé(e)s ou de kinésithérapeutes.

Soins préopératoires

Les examens médicaux et biologiques sont décrits dans le Chapitre Trois sur les principes de base de la chirurgie.

Alimentation

Il est important que chaque femme reçoive avant et après la chirurgie une alimentation hypercalorique et riche en protéines. Du fait de leur rejet social, certaines femmes ayant vécu avec une FO pendant un certain temps peuvent souffrir d'anémie et de malnutrition. Il faut aussi encourager chaque femme pendant tout son séjour à boire au moins trois litres d'eau par jour, afin d'empêcher la formation de calculs vésicaux.

Deux jours avant la chirurgie, la femme doit recevoir une alimentation légère mais continuer à boire une grande quantité de liquide. La veille de l'opération, elle ne doit consommer que des produits liquides (thé, boissons gazeuses, eau).

Médicaments

Certains médicaments seront donnés en fonction des protocoles locaux. Ils peuvent notamment s'agir de :

- Supplément en fer si nécessaire.
- Anti-helminthiques si besoin, ou si cela fait partie du protocole de routine de préparation intestinale et des soins.
- Couverture antibiotique préopératoire si cela fait partie du protocole du chirurgien.
- Sédation la veille et le matin de l'opération, ou selon le protocole en usage dans l'hôpital.

Préparation intestinale

- Des lavements peuvent être effectués avec de l'eau chaude savonneuse jusqu'à l'obtention d'une eau claire.
- Pour les femmes ayant une FRV ou une fistule complexe, certains chirurgiens prescrivent la prise de 30 ml d'huile de ricin accompagnés de beaucoup d'eau deux jours avant la chirurgie.

Autres soins préopératoires

- S'assurer que la femme a compris en quoi consistera l'opération et qu'elle a signé le formulaire de consentement.
- Raser les poils pubiens avant d'aller en salle d'opération, si cela fait partie du protocole local.
- Vérifier les signes vitaux et enregistrer les paramètres..

Rôle des infirmiers en salle d'opération*Rassurer et soutenir*

Comme cela a été déjà mentionné, les infirmier(ère)s ou les aides-soignant(e)s ont un rôle capital à jouer en rassurant et en soutenant la femme avant et pendant l'opération. Hormis ce soutien psychologique, les infirmiers peuvent leur fournir fur et à mesure des explications sur ce qui se passe pendant l'induction de l'anesthésie, et pendant l'opération proprement dite. L'aide d'un(e) infirmier(ère), qui parle la langue de la patiente et qui peut rester avec elle et répondre à ses questions peut être très utile, mais cela ne soit pas toujours possible. La patiente a ainsi le sentiment qu'on est à ses côtés à tout moment et peut être rassurée par le contact physique lorsqu'elle est encore éveillée. La plupart des femmes sont éveillées pendant l'intervention généralement réalisée sous rachianesthésie utilisant la bupivacaïne. Une intervention majeure nécessitera cependant souvent une anesthésie générale.

Pendant l'opération

Hormis le soutien et le réconfort, l'infirmier(ère) ou l'aide-soignant(e) doit :

- Aider le chirurgien et les autres membres du personnel à installer la femme avec douceur sur la table d'opération dans la position appropriée (pour qu'elle soit le plus à l'aise possible) et lui mettre un petit oreiller sous la tête.
- S'assurer du contrôle régulier de ses paramètres vitaux.
- Observer et noter sur un formulaire spécifiquement prévu à cet effet le nombre de tampons vaginaux utilisés et laissés en place.

Soins infirmiers postopératoires*Soins immédiats*

Après l'opération, l'infirmier doit :

- S'assurer que le lit de la patiente est prêt, avec les couvertures rabattues, pour qu'elle puisse s'y installer dès son retour de la salle d'opération. Préparer un appareil pour mesurer la tension, un stéthoscope et un pied à perfusion ainsi qu'une feuille de surveillance des signes vitaux mentionnant clairement le nom de la femme, le numéro de son dossier, la date et le nom du chirurgien.
- Vérifier régulièrement les paramètres vitaux. Mesurer la température, le pouls, le rythme respiratoire et la pression artérielle toutes les 15 minutes pendant

la première heure, puis toutes les demi-heures pendant quatre heures si ces paramètres sont stables. Si elle va bien et ne présente aucun signe de choc, ces paramètres peuvent ensuite être mesurés toutes les quatre heures. Informer le chirurgien immédiatement au moindre souci ou signe de choc.

- S'assurer que les instructions du chirurgien concernant les perfusions sont parfaitement suivies. Contrôler régulièrement les entrées et les sorties de liquides, et les noter sur la feuille de surveillance du bilan des liquides.
- Vérifier régulièrement s'il y a des saignements au niveau de la sonde de Foley, et au niveau des cathéters urétéraux, le cas échéant. Vérifier également s'il y a des saignements au niveau du vagin et du greffon labial de Martius, si cette technique a été utilisée.
- S'assurer que la femme se sente les plus à son aise possible et qu'elle reçoit les analgésiques selon le protocole local.

Soins post-opératoires tardifs (après 24 heures)

S'il y a eu des problèmes, ou s'il peut y en avoir, les paramètres vitaux doivent être mesurés et enregistrés régulièrement, selon le protocole de l'unité ou du chirurgien. Des antalgiques seront administrés selon la prescription définie dans ce protocole.

Liquides

- Initialement, la femme recevra des liquides par perfusion intraveineuse, selon la prescription du chirurgien.
- A partir du premier jour, elle doit être encouragée à boire assez de liquide pour produire deux à trois litres d'urine par 24 heures. Ceci aide à prévenir la survenue d'infections urinaires ascendantes et de blocages du cathéter.
- Les urines doivent être claires et complètement incolores et inodores (il n'existe pas de preuve concernant les délais, mais le consensus retient que ceci doit être obtenu dans les 10 jours suivant l'information). Dans le cas contraire, le médecin doit en être informé.

Alimentation

Chaque femme doit commencer par une alimentation liquide le lendemain de l'opération et être encouragée à boire abondamment. Généralement, une femme opérée pour une FVV commence par une alimentation légère deux jours après la chirurgie, et une femme opérée pour une FRV ou une fistule complexe suit le protocole établi par le chirurgien. En cas de colostomie, la femme recevra la même alimentation que les patientes opérées pour une FVV.

Classification alimentaire

- Alimentation liquide : thé, jus, bouille de farine très légère et eau.
- Alimentation légère : pommes de terre, riz, pâtes, bouillon, pain pauvre en fibres.
- Alimentation normale : aliments habituels du pays.

On trouvera plus d'informations sur la prise en charge postopératoire immédiate et après 24 heures des femmes ayant bénéficié d'une chirurgie de la FO dans le Chapitre Trois.

Mobilisation postopératoire, kinésithérapie et exercices du plancher pelvien

On trouvera des plus d'informations sur ces sujets (les techniques et le bon moment pour les pratiquer) dans le Chapitre Cinq sur la kinésithérapie. Il faudra les adapter individuellement pour chaque femme selon ses besoins.

Recherche d'éventuelles complications

Chaque femme doit être régulièrement examinée pour :

- Vérifier régulièrement s'il y a des saignements au niveau de la sonde de Foley, et des cathéters urétéraux, le cas échéant. Vérifier également s'il y a des saignements au niveau du vagin et du greffon labial de Martius, si cette technique a été utilisée. Informer le chirurgien en cas de problèmes.
- S'assurer du drainage correct de la vessie par la sonde de Foley et les cathéters urétéraux. Ceux-ci peuvent se boucher, ce qui nécessitera leur retrait.

Soins des cathéters urétéraux et de la sonde de Foley

Les cathéters doivent se vider par un écoulement libre dans un haricot (ou tout autre type de récipient) placé au bord du lit. La patiente pourra ainsi contrôler elle-même son urine et constater immédiatement si l'urine arrête de couler, dégage une mauvaise odeur, est trouble ou sort en quantité insuffisante. Elle videra elle-même le récipient dans un seau fourni à cet effet à côté du lit. Une autre méthode consiste à verser l'urine dans un urinal de verre pour homme ou femme. L'utilisation de poches urinaires pose problème, car elles sont gérées par le personnel plutôt que par les patientes, ce qui peut retarder l'identification et la résolution d'un blocage de cathéter. Le déblocage de cathéter doit être fait en utilisant des techniques aseptiques.

Si on utilise des poches urinaires, les infirmier(ère)s devront être bien formés pour garantir que celles-ci ne se bloquent pas, ce qui peut entraîner une réouverture de la plaie et l'apparition d'une nouvelle FO. Ils doivent contrôler toutes les heures la poche urinaire de chaque patiente pour s'assurer que l'urine coule et que les poches sont vidées, et rapidement examiner la quantité, l'odeur et l'apparence de l'urine.

On peut aussi utiliser la méthode du drink, drip and dry : un simple tube de silicone droit et propre est relié à la sonde de Foley, ce qui permet à l'urine de sortir en « goutte à goutte » dans un petit seau dont le couvercle a été percé pour permettre le passage du tube. Ce système permet à la patiente de se déplacer, ne nécessite pas de matériel spécial, et est donc utilisable à long terme, ce qui n'est pas le cas des poches à urine.

Les cathéters ne doivent être retirés qu'avec l'accord du médecin responsable. Les principes et les délais de retrait sont décrits dans le Chapitre Trois.

Retrait du tamponnement vaginal

Le tamponnement vaginal de la femme doit être enlevé entre le premier et le troisième jour après l'opération, selon les instructions données par le chirurgien. Il doit être retiré doucement. Si l'on utilise plus d'un tampon, il ne faut pas oublier de noter le nombre de tampons au moment de leur insertion, afin de s'assurer ensuite que tous les tampons ont été retirés.

Dès que le(s) tampon(s) est(sont) enlevé(s), s'assurer qu'un soin du périnée est réalisé tous les jours jusqu'à ce que la femme puisse bouger suffisamment pour le faire elle-même.

Nouveau tamponnement vaginal

S'il est nécessaire de remettre en place des tampons vaginaux, la technique suivante est proposée :

- En respectant les mesures d'asepsie, écarter soigneusement les lèvres avec la main (utiliser des gants) et introduire doucement par le vestibule vaginal un tampon de gaze vaginal stérile imbibé d'une émulsion d'acriflavine. Continuer à introduire la gaze jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus entrer, par petites pressions puis couper la gaze excédentaire.

Toilette périnéale et soins du cathéter

Il est très important que la zone périnéale reste d'une propreté parfaite après le retrait du tamponnement vaginal (et / ou du tamponnement labial si celui-ci a été utilisé). Cette toilette peut se faire par bains de siège réguliers, ou par une toilette du périnée et du cathéter quotidienne, ou plus fréquemment s'il fait très chaud. Il faut préparer à l'avance un chariot avec des seringues (10 ml et 50 ml), des compresses de gaze, des gants et du sérum physiologique. Les soins sont réalisés de la façon suivante :

- Placer la femme sur un bassin. Rincer le bord externe des lèvres avec du sérum physiologique. Utiliser des gants pour écarter doucement les lèvres, et verser plus grande quantité de sérum. Sécher délicatement la région, pour s'assurer que les sécrétions, le sang et le mucus ont été complètement enlevés.
- Nettoyer les cathéters pour s'assurer qu'aucune croûte ne s'est formée. Il est important de ne pas tirer sur les cathéters pendant le nettoyage.
- Rincer les cathéters avec du sérum physiologique pour qu'ils ne se bouchent pas. Aucune pression ne doit être faite lors de cette procédure.

Problèmes de cathéter

Il est important que les sondes ne se bloquent jamais, ou de régler immédiatement le problème, le cas échéant, par un rinçage doux et prudent avec du sérum physiologique (chlorure de sodium à 9 %) ou une solution de 1,25 g de chlorure de chaux + 1,25 g de solution d'acide borique + eau purifiée ad 100 ml (B.P. 1988 : Eusol). Vérifier l'écoulement et la couleur de l'urine. Encourager la femme à boire beaucoup. Le cathéter doit cependant parfois être remplacé.

Capitonnage labial

Un capitonnage labial est utilisé si un greffon de Martius a été réalisé lors de l'intervention. Ce capitonnage est généralement retiré le cinquième jour après l'opération, en utilisant une technique stérile pour couper et enlever les sutures qui le maintiennent sur les grandes lèvres, d'où la graisse greffée a été prise. La zone doit être ensuite soigneusement nettoyée.

Les problèmes rencontrés avec les greffons de Martius sont généralement dus à la formation d'hématomes. Ceux-ci peuvent se résorber en enlevant la suture la plus proche de l'hématome pour permettre un drainage spontané. La douleur peut être soulagée par de la glace et des analgésiques.

Ablation des sutures

Lorsque les tissus sont guéris et que le chirurgien pense que le moment est opportun, les sutures non résorbables doivent être enlevées en utilisant une technique aseptique. Le moment du retrait sera fonction de la situation personnelle de chaque femme.

Auto-cathétérisation

Dans certaines circonstances, particulièrement en l'absence de ressources, certaines femmes devront parfois se poser elles mêmes un cathéter. Dans ce cas, on doit leur enseigner :

- L'importance fondamentale de la propreté.
- Comment utiliser un miroir pour voir le périnée et le méat urinaire.
- Comment, en utilisant la main gauche pour entrouvrir les lèvres, insérer la sonde avec la main droite. Au début, on peut utiliser un gel anesthésique local (ou un lubrifiant si le gel n'est pas disponible). Avec le temps, la femme s'habitue à placer la sonde elle-même sans utiliser de gel.
- Comment prendre soin de la sonde. Un cathéter semi-permanent peut être utilisé plusieurs fois, mais il doit être lavé et ensuite bouilli pendant 20 minutes, puis gardé emballé dans un tissu propre jusqu'à la prochaine utilisation. A la fin de l'utilisation, il doit être détruit et enterré.

Recommandations à la sortie

Avant sa sortie de l'hôpital, chaque femme, et son partenaire s'il est présent, doivent recevoir une éducation de base sur la santé et la nutrition pour s'assurer qu'elle pourra conserver un bon état général. De plus, ils doivent recevoir des informations détaillées sur la planification familiale, la contraception (et si possible recevoir les produits disponibles) et la prise en charge de toute grossesse ultérieure. La femme doit également être mise en contact avec des organisations de sa région qui peuvent lui apporter soutien et conseils. On trouvera dans le Chapitre Six de ce manuel une présentation des principes concernant la réintégration sociale à suivre si nécessaire, selon les circonstances particulières de la femme.

Rapports sexuels

On doit conseiller à la femme de ne pas avoir de rapports sexuels pendant trois mois pour favoriser une guérison totale et, idéalement, d'éviter toute grossesse entre six mois à un an après cette période. Ceci doit si possible être également expliqué à son partenaire. Une fois la reprise des rapports sexuels, ceux-ci doivent être doux et en faisant attention à ne pas faire mal à la femme.

Futures grossesses et importance des consultations prénatales

La femme, son partenaire et sa famille doivent être informés de l'importance des consultations prénatales réalisées par des professionnels de santé compétents pour les grossesses ultérieures. De plus, on doit conseiller à la femme d'accoucher dans un centre équipé pour réaliser une césarienne, qui pourrait s'avérer nécessaire. Si elle vit dans une région éloignée ce type d'hôpital, elle devra s'installer aux environs de celui-ci avant l'accouchement, de manière à s'y rendre rapidement dès le début du travail.

Dossier personnel à donner à la patiente

Chaque femme doit recevoir une carte à conserver contenant les informations sur ses antécédents, un schéma de la lésion et un résumé du traitement chirurgical pratiqué. Chaque fois qu'elle se rendra à la maternité pour un accouchement, elle pourra présenter cette carte, pour que le personnel soignant prenne les précautions nécessaires pour éviter de nouveaux problèmes pendant l'accouchement.

On trouvera dans l'Annexe C des modèles de prescriptions pour des émulsions, des teintures et des solutions également fournis par l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba et communément utilisées pour les soins de ces patientes.

Date _____

Nom _____

Age _____

Qui a accompagné la patiente ? _____

A-t-elle des amis ou des parents à Addis Abeba ? Adresse et numéro de téléphone d'ami(e)s ou de parents très proches habitant ici

Nom du médecin l'ayant adressée ici

Adresse de ce médecin

A-t-elle une lettre du médecin ?

Que dit le médecin dans sa lettre ?

Date de naissance du dernier enfant _____

A-t-elle perdu le contrôle de ses urines depuis ce moment ? _____

A-t-elle perdu le contrôle de ses matières fécales depuis ce moment ?

Était-ce son premier accouchement ? _____

L'enfant était-il mort-né ? _____

Nombre total d'enfants _____

Nombre d'enfants vivants _____

Taille de la femme _____

L'enfant se présentait-il par la tête ou par le siège ? _____

Durée du travail (en jours) _____

Combien de jours y a-t-il eu avant qu'elle puisse marcher ? _____

Est-elle toujours avec son mari ? _____

Qui s'est occupé d'elle ? _____

Province de résidence _____

Village de résidence _____

Nom de la grande ville la plus proche de ce village _____

Quelle est la route qui mène de cette ville à Addis Abeba ?

Est-ce une femme qui a été guérie d'une fistule qui lui a dit de venir dans cet hôpital ?

Qui lui a dit de venir à Addis Abeba ? _____

Comment a-t-elle fait le voyage ? _____

Combien d'heures de marche ? _____

Combien d'heures à dos d'âne ou de mulet ? _____

Combien d'heures en bus ? _____

Quel est le prix du transport en bus ? _____

Que s'est-il passé depuis qu'elle est descendue du bus à Addis Abeba ?

Comment s'est-elle rendue de la gare routière au Fistula Hospital ?

Depuis combien de jours est-elle dans la ville ? _____

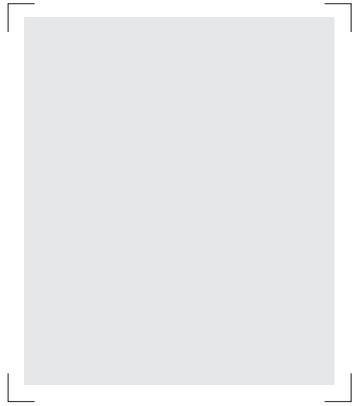
Où loge-t-elle ? _____

Qui lui a donné de l'argent pour son voyage ? _____

Dans quel autre hôpital a-t-elle été ? _____

A l'examen :

Photographie ou dessin



Prise en charge actuelle _____

Date de l'opération _____

Compte rendu opératoire

Résultat de la chirurgie _____

Présence d'une incontinence d'effort _____

Groupe sanguin _____

Transfusion _____

Lui a-t-on donné des vêtements pour rentrer à la maison ? _____

Lui a-t-on donné de l'argent pour le transport ? (montant ?) _____ (montant)

Annexe C : Préparations de teintures et d'émulsions

Emulsion d'Acridlavine

Ingrédients

Acridlavine : 1 g

Cire d'abeille : 41 g

Eau distillée : 250 ml

Paraffine liquide : 750 ml

- Faire bouillir la cire d'abeille dans la paraffine liquide et laisser refroidir.
- Faire bouillir la poudre d'acridlavine avec l'eau distillée et laisser refroidir.
- Ajouter la solution d'acridlavine à la paraffine bouillie, remuer continuellement jusqu'à ce que ce soit froid.
- Mettre cette émulsion dans une bouteille et bien agiter.

Teinture bleue de Bonney

Ingrédients

Violet de gentiane : 5 g

Vert brillant : 5 g

Alcool : 500 ml

Eau distillée : 500 ml

- Mélanger les différents produits.

Solution de violet de gentiane

Ingrédients

Alcool : 100 ml

Eau purifiée : 800 ml

Violet de gentiane : 10 g

- Mélanger l'alcool et l'eau purifiée. Dissoudre le violet de gentiane dans le mélange et ajouter suffisamment d'eau purifiée pour obtenir 1 000 ml de solution.

Teinture d'iode

Ingrédients

Iode : 25 g

Iodure de sodium : 15 g

Eau distillée : 25 ml

- Mélanger et ajouter de l'alcool pour obtenir 1 000 ml de solution.

Ce chapitre a été écrit par Lesley Cochrane, kinésithérapeute associée à l'hôpital de traitement de la fistule d'Addis Abeba.

Principes généraux

La kinésithérapie est très importante après un traitement chirurgical de FO. Elle permet aux femmes opérées de reprendre une vie la plus normale et la plus active possible. Cette partie du traitement concerne le contrôle de la vessie et de l'intestin, et la reprise d'une mobilité en cas de faiblesse musculaire généralisée ou de lésion nerveuse prolongée au niveau des jambes.

Ce type de soins doit si possible être fourni par un(e) kinésithérapeute connaissant bien la prise en charge de ce type de problèmes. À défaut, un(e) kinésithérapeute doit enseigner les techniques simple utilisées en kinésithérapie à au moins un membre du personnel infirmier.

Objectifs de la kinésithérapie pour les femmes vivant avec une FO

Leur objectif est de permettre que chaque femme :

- d'effectuer au mieux une préparation physique jusqu'à ce qu'elle soit prête pour la chirurgie, puis, après l'opération, de continuer les exercices pendant qu'elle sera alitée et jusqu'à ce qu'elle puisse marcher au mieux de ses capacités ; et
- de comprendre comment fonctionnent les muscles du plancher pelvien et comment elle peut contrôler sa vessie et son intestin après la chirurgie.

A l'admission

Un examen clinique concernant les points suivants doit être réalisé pour chaque femme :

- *Mobilité*
Peut-elle marcher sans aide ?
Souffre-t-elle d'un steppage uni- ou bilatéral ?
Peut-elle se mettre debout à partir de la position assise sans aide ?
Peut-elle se mettre debout à partir de la position couchée sans aide ?
- *Contractures articulaires*
A-t-elle une limitation des mouvements des hanches, des genoux ou des chevilles ?
- *Faiblesse musculaire*
Peut-elle bouger toutes les articulations sans aide ?
- *Douleur et engourdissement*
A-t-elle une zone engourdie ou douloureuse au niveau des jambes ou des pieds ?

Kinésithérapie pour la mobilité et l'état général

Kinésithérapie préopératoire

Il est important que chaque femme, notamment s'il est probable qu'elle soit alitée longtemps après l'opération, fasse régulièrement des exercices préalables pour favoriser une bonne circulation sanguine et conserver sa force musculaire. Les exercices généraux indiqués dans ce chapitre doivent être enseignés et commencés dès que la femme entre dans le service. Elle peut aussi commencer les exercices du plancher pelvien. Il est alors important de lui expliquer que l'intensité de ceux-ci devra être diminuée drastiquement après l'opération, particulièrement tant que la sonde est encore en place.

On trouvera dans une partie spécifique de ce chapitre les principes de prise en charge préopératoire des femmes ayant des lésions nerveuses, une faiblesse musculaire ou d'autres problèmes d'ordre médical.

Kinésithérapie postopératoire

Il est important que la femme fasse les exercices mentionnés dans ce chapitre jusqu'à ce que qu'elle puisse être entièrement mobilisée. La mobilisation doit être encouragée le plus tôt possible de la façon suivante :

- Apprendre à garder l'équilibre en position assise en s'asseyant au bord du lit les jambes pendantes. Se mettre debout (avec l'aide d'un infirmier(ère) ou d'un(e) aide-soignant(e), ou en se tenant à quelque chose pour garder l'équilibre). Prendre des forces et améliorer son équilibre en faisant passer son poids d'une jambe sur l'autre en position debout. Éventuellement marcher avec l'aide d'un(e) infirmier(ère), puis par soi-même, avec l'aide d'une canne ou de béquilles si nécessaire.
- Une fois debout, commencer à faire les exercices postopératoires plus généraux.
- En cas de contractures des jambes, de steppage ou de lésions nerveuses, faire les exercices spécifiques supplémentaires, qui seront commencés pendant la période préopératoire, et poursuivis tout au long de la convalescence.

Les exercices du plancher pelvien et la prise en charge de l'incontinence urinaire sont décrits en fin de chapitre. Ils peuvent être expliqués à ce stade, tout en encourageant la patiente à ne réaliser que des exercices de faible amplitude tant que la sonde urinaire est encore en place.

Exercices — principes généraux

- Les exercices présentés dans ce chapitre doivent être faits au moins trois fois par jour.
- Ils seront répétés en fonction de la capacité de chaque femme, d'autant plus souvent que la femme reprendra des forces. Si cela convient, on proposera au départ de répéter chaque exercice 5 fois (R5x) de chaque côté. Si un exercice est réalisé sans difficultés, on peut passer à R10x ou R20x, en adaptant selon les cas.
- Arrêter l'exercice en cas de douleurs.
- Encourager la patiente à respirer normalement pendant l'exercice, car le fait de retenir sa respiration exerce une pression sur le plancher pelvien.

Exercices généraux pré et postopératoires pour la mobilité et l'état général, notamment en cas d'alitement

Commencer en position allongée sur le dos, les genoux pliés et les pieds sur le lit. Montrer à la femme comment :

1. Mettre une main sur le ventre et inspirer lentement, en laissant l'abdomen se soulever sous la main. Expirer ensuite, en laissant s'abaisser l'abdomen. R5x
2. Garder les genoux serrés et les balancer doucement d'un côté et de l'autre, en faisant de très petits mouvements. R10x
3. Bloquer les muscles de la partie inférieure de l'abdomen et soulever les fesses du lit (comme si on voulait mettre un bassin sous ses fesses). Garder cette position pendant cinq secondes et puis reposer les fesses lentement sur le lit. R5x

Continuer en position allongée sur le dos, les jambes droites :

4. Fléchir et étendre les pieds de haut en bas à partir des chevilles. R20x
5. Tourner les pieds dans un sens puis dans l'autre. R20x
6. Placer un genou sur la poitrine, puis étendre la jambe. Faire la même chose avec l'autre jambe. R10x
7. Tirer sur les muscles des cuisses, sentir les genoux se redresser, puis relâcher. R10x
8. Étendre une jambe et la soulever du lit de très peu, puis la baisser lentement ; faire la même chose avec l'autre jambe. R10x
9. Garder les fesses serrées et compter jusqu'à cinq, puis relâcher. R10x

Exercices pré- et postopératoires réguliers, pour améliorer le bien-être et la mobilité

Encourager chaque femme à continuer à faire ces exercices pour renforcer et détendre les muscles afin de répondre à ses besoins spécifiques.

Faire des exercices en groupe avec d'autres femmes, en s'aidant par exemple de ballons ou d'instruments de musique. Avec les encouragements du personnel, les sessions peuvent être à la fois efficaces et agréables. On peut aussi ajouter aux exercices conventionnels des sessions de danse traditionnelle.

On peut mettre au point différents exercices de kinésithérapie fonctionnelle à partir des exemples suivants :

- Marcher en avant/en arrière/sur les côtés / sur les orteils.
- Se lever pour lancer et rattraper un ballon / le laisser rebondir / donner un coup de pied dans le ballon.
- Se balancer sur une jambe.
- Se tenir sur une planche instable.
- S'asseoir et soulever des ballons ou d'autres objets en se servant des pieds.

Au début, la femme pourra s'aider de béquilles ou d'une canne. En cas de douleurs aux pieds, il peut être utile d'utiliser des chaussures. En cas de steppage, ou pourra aider la femme à marcher grâce à une simple attelle qui s'ajuste à la cheville et s'attache devant la chaussure.

Exercices pour les femmes ayant une lésion des nerfs pelviens et pour prévenir l'augmentation des contractures au niveau de la jambe

En cas de contractures articulaires ou de lésions nerveuses, suivre avant et après la chirurgie les principes de prise en charge suivants :

- Encourager la femme à se mobiliser par elle-même le plus souvent possible.
- Garder une bonne position dans le lit pour éviter ou réduire les contractures et maintenir le ou les membres paralysés dans une position fonctionnelle.
- Suivre un programme d'exercices afin de renforcer tout muscle affaibli (s'aider d'une canne ou de béquilles si nécessaire).
- Relâcher progressivement toute tension des tissus mous au niveau des jambes.

Encourager toute femme alitée avant ou après l'opération à faire les exercices de kinésithérapie prévus pour les femmes alitées et décrits dans ce chapitre, à marcher autour de son lit autant que possible, avec de l'aide seulement si nécessaire. La mobilisation doit commencer dès que possible.

Prise en charge des contractures de la hanche et du genou

Toute femme avec des contractures sévères doit être si possible adressée à un chirurgien orthopédiste. Suivre les principes généraux suivants :

Position dans le lit

- Allongée sur le côté, garder le genou du bas plié et le genou du haut le plus droit possible, soutenu par un oreiller.
- Allongée sur le dos, mettre un oreiller sous la cuisse si nécessaire pour servir de soutien.
- Aider la femme à changer de position régulièrement.

Mouvements passifs

Le personnel infirmier peut favoriser la mobilité en faisant une mobilisation passive des hanches et des genoux par les exercices suivants (aucun mouvement ne doit être forcé ; chacun doit être exécuté R5x) :

- Allongée sur le côté :
 1. Soutenir la jambe du haut sous la cuisse et en bas. Fléchir doucement le genou en l'amenant vers la poitrine, puis revenir à la position initiale et ramener la jambe en arrière le plus loin possible sans faire mal.
- Allongée sur le dos :
 2. Soutenir la jambe sous la cuisse et en bas. Fléchir le genou en l'amenant vers la poitrine, puis revenir jambe tendue.
 3. En gardant la jambe indemne légèrement sur le côté, soutenir l'autre jambe sous la cuisse et en bas. Mobiliser la jambe doucement un peu en dehors vers le côté du lit puis la ramener horizontalement vers l'autre jambe.
 4. Poser une main sur le dessus de la cuisse atteinte et l'autre main au-dessus du bas de la jambe. Tourner doucement la jambe vers l'intérieur et vers l'extérieur.

Prise en charge des contractures de la cheville et du steppage

En plus des autres techniques de kinésithérapie générale ou spécifique à chaque femme, suivre les principes ci-après pour les femmes ayant des contractures au niveau de la cheville ou un steppage :

- Soutenir la plante du pied atteint par des sacs de sable pour maintenir une position fonctionnelle de 90 degrés en dorsiflexion.
- Exercices passifs, R5x chacun :
 1. L'infirmier(ère) ou le/la kinésithérapeute pose une main sur le haut du pied atteint et l'autre main sur la plante. Mobiliser doucement le pied de haut en bas. Puis le tourner vers l'intérieur et vers l'extérieur.
 2. Donner éventuellement à la femme un morceau de tissu, un bandage ou un morceau d'élastique large. Elle le passe sous son pied en prenant une extrémité dans chaque main. En gardant le genou droit, elle tire ensuite doucement vers le haut jusqu'à ce qu'elle ressente une tension au niveau du mollet. Elle doit garder cette position et compter jusqu'à 30 puis relâcher.

Exercices du plancher pelvien et pour le contrôle de la vessie

Après un traitement chirurgical de FO, la kinésithérapie permet d'aider les femmes à retrouver rapidement leur mobilité en toute sécurité, et à prendre en charge les lésions nerveuses, les contractures au niveau des jambes et certains autres problèmes médicaux. Elle permet aussi d'aider les femmes à apprendre à contrôler à nouveau leurs muscles du plancher pelvien, de la vessie et de l'intestin et à reprendre une vie normale.

Apprendre ce qu'est le plancher pelvien

Dès que la femme est admise pour l'intervention, il faut la sensibiliser à l'importance des exercices réguliers du plancher pelvien, et aux techniques à utiliser pour aider au contrôle de la vessie et de l'intestin après l'opération. Au moment de sa sortie, toute femme doit avoir compris :

- L'importance de faire régulièrement des exercices du plancher pelvien afin d'aider au contrôle de la vessie et de l'intestin. Ces exercices peuvent être réalisés à tout moment, en tout lieu, sans que personne ne sache qu'elle est en train de les faire.
- Où sont situés les muscles pelviens et comment les faire travailler.
- Comment protéger son plancher pelvien des effets de l'augmentation de la pression intra-abdominale lors de l'activité physique.

La première étape du processus consiste à lui expliquer ce qu'est le plancher pelvien. On peut s'aider de dessins et d'exemples pour l'aider à comprendre où se trouvent les muscles par rapport à la vessie, au vagin et au rectum. Par exemple :

Le pelvis est une formation osseuse en forme de cuvette. La base de cette cuvette est formée par un hamac de muscles que l'on appelle muscles du plancher pelvien. Ces muscles servent à la fois à contrôler la vessie et l'intestin et à soutenir tous les organes contenus dans le pelvis.

Les exercices du plancher pelvien sont décrits de façon classique comme le fait de serrer et de relever ce qui est à l'intérieur du pelvis comme si on essayait d'arrêter l'écoulement de l'urine ou d'empêcher les gaz de s'échapper par l'arrière. De nos jours, on déconseille aux femmes de stopper puis relâcher l'écoulement de l'urine, cela pouvant entraîner d'autres problèmes. On aurait souvent besoin de faire un examen vaginal pour savoir si une femme contracte de façon satisfaisante son plancher pelvien. Cela n'est pas toujours possible, auquel cas l'examen doit être fait visuellement. Dans tous les cas, il faut encourager la femme, la soigner avec tact, et lui expliquer chaque chose qu'on lui demandera en lui décrivant ce qu'elle va ressentir :

- Allongée sur le dos, les pieds sur le lit, les genoux pliés et légèrement écartés : lui demander de resserrer le plancher pelvien et de le soulever à l'intérieur sans retenir la respiration. On peut souvent voir le vagin, l'anus et le périnée se resserrer et se rétracter.
- Un bombement du périnée vers le bas indiquera que la femme pousse vers le bas au lieu de pousser vers le haut. Il faut alors lui expliquer la situation et lui demander de réessayer.
- S'il n'y a pas de contraction visible, on peut l'aider en posant un doigt sur son périnée et en lui demandant de serrer le plancher pelvien et de le soulever en l'éloignant du doigt.

Si cela est nécessaire, on peut enseigner à la femme comment serrer les muscles pendant l'examen vaginal, en lui demandant de serrer le doigt intra-vaginal et de le soulever à l'intérieur du pelvis. L'examen vaginal, généralement réalisé par un professionnel spécialisé dans ce domaine, permet une évaluation plus précise de la force de la contraction et de l'endurance des muscles.

Exercices du plancher pelvien

Les principes généraux décrits plus haut s'appliquent également à cet ensemble d'exercices :

- Ils doivent être faits au moins trois fois par jour. Il est plus facile de se rappeler de les faire en les programmant avant les repas.
- Le nombre de fois où un exercice est répété variera en fonction des possibilités de chaque femme. On peut augmenter le nombre de répétition au fur et à mesure que l'état s'améliore. Au départ, on proposera de répéter chaque exercice 5 fois (R5x).
- Arrêter l'exercice en cas de douleurs.
- Encourager la patiente à respirer normalement pendant l'exercice, car le fait de retenir sa respiration exerce une pression sur le plancher pelvien.

Apprendre deux types de contraction du plancher pelvien :

1. Resserrer et soulever les muscles à l'intérieur du bassin comme si l'on essayait de stopper l'écoulement de l'urine ou d'empêcher l'échappement des gaz par l'arrière, maintenir pendant cinq secondes puis relâcher. Se reposer pendant cinq secondes. R5x
2. Contracter le plus serré possible et puis relâcher. R5x

Ces exercices doivent être exécutés très doucement pendant la période postopératoire immédiate, lorsque la sonde vésicale est encore en place.

Cette série d'exercices peut être faite à tout moment et dans toutes les positions. Il est recommandé d'utiliser différentes positions pour chaque session, notamment en position couchée, assise et debout, en marchant ou quelque soit la position prise au cours d'une activité normale.

Progression dans les exercices du plancher pelvien

La maîtrise de ces exercices prendra un certain temps. Certaines femmes particulièrement faibles ou présentant des lésions musculaires les trouveront difficiles. Chaque femme doit être encouragée à faire ces exercices selon ses propres possibilités, en allongeant pendant qu'elle retient la pression ; elle répétera chaque exercice autant de fois que sa force musculaire le lui permettra.

Une fois que la femme est capable de réaliser une série d'exercices, elle doit être encouragée à passer à la suivante, après un bref temps de récupération. À chaque session, elle peut éventuellement faire chaque type d'exercice dans différentes positions.

Eviter le stress et les efforts inutiles

Il faut apprendre à chaque femme à contracter le plancher pelvien avant tout effort, comme par exemple tousser, soulever un objet, se pencher, pousser ou tirer. Ceci aidera à contrer la pression interne descendante causée par cet effort.

Incontinence après la chirurgie

Après la chirurgie, il peut arriver que certaines femmes aient des problèmes d'incontinence. Elles penseront alors que l'opération n'a pas réussi. Il est donc aussi important de résoudre ce problème d'incontinence que de traiter la FO.

En cas de fuites constantes, la première étape est de réduire la consommation de liquide à environ deux litres par jour, tout en gardant à l'esprit qu'il faut encourager la femme à boire une grande quantité de liquide après l'opération, comme nous l'avons vu dans les chapitres sur les soins infirmiers et sur le traitement chirurgical. La femme peut s'imaginer qu'il est inutile d'essayer d'uriner normalement puisque sa vessie est vide. A l'inverse, elle peut avoir des envies impérieuses et uriner très fréquemment. Cela peut être dû à différents facteurs mécaniques, mais il est important de s'assurer que la femme essaie de respecter du fonctionnement normal de la vessie.

Les principales causes de l'incontinence peuvent être classées de la façon suivante :

- Incontinence de stress / d'effort — la femme a des fuites pendant l'effort (par exemple pendant qu'elle tousse, marche, soulève un objet).
- Incontinence d'urgence mictionnelle (miction impérieuse) — la femme a soudainement une envie irrésistible d'uriner et a des fuites.
- L'incontinence mixte qui combine l'incontinence d'effort et l'incontinence d'urgence.
- Incontinence par regorgement, résultant de la rétention de l'urine.

Identification de la cause

Le problème de l'incontinence d'urgence est souvent combiné à celui de l'incontinence d'effort. Les principes décrits ci-après doivent donc être suivis non seulement pour évaluer une incontinence d'urgence, mais aussi pour une incontinence d'effort :

- Demander à la femme de décrire les moments où elle a des fuites.
- Faire une analyse d'urine à la recherche d'une éventuelle infection.
- Faire un bilan des volumes de liquides ingérés et évacués sur trois jours.
- Enregistrer le nombre de mictions et le nombre de fuites.
- Observer les contractions du plancher pelvien (voir la section sur le plancher pelvien).

Bilan de la fréquence mictionnelle et bilan des entrées et sorties

Si possible, ces bilans doivent être faits sur trois jours. On peut le faire avec tableau simple avec quatre colonnes :

- Heure.
- Chaque prise de boisson et quantité absorbée.
- Volume de l'urine chaque fois que la vessie est vidée.
- Toute fuite d'urine.

Prise en charge de l'incontinence

Qu'elles soient d'effort ou d'urgence, les incontinenances d'urine sont prises en charge selon les mêmes principes. Une femme souffre souvent de ces deux types d'incontinence à la fois.

- Eviter tout effort au niveau du plancher pelvien et de la vessie. Il faut apprendre à chaque femme à contracter son plancher pelvien avant toute activité nécessitant un effort, comme par exemple tousser, soulever un objet, se pencher, pousser ou tirer. Ceci aidera à contrer la pression interne descendante causée par l'effort.
- Mettre en place un programme simple de rééducation de la vessie. Ce type de programme est également nécessaire pour les femmes qui se plaignent aussi de mictions trop fréquentes et d'incontinence d'urgence en plus d'une incontinence d'effort.
- Recommander de faire régulièrement des exercices du plancher pelvien.
- S'assurer que chaque femme reçoit le soutien et les encouragements de tout le personnel.
- S'aider éventuellement en l'intégrant dans un groupe de femmes ayant le même problème.

Programme de rééducation de la vessie

Son but est de détendre la vessie afin qu'elle puisse contenir une quantité suffisante d'urine, sans inconfort et sans fuites, pour permettre aux femmes de reprendre une vie normale. Après un certain temps, certaines femmes pourront attendre pendant plus de trois heures avant d'uriner. La méthode est la suivante :

- Décider avec la femme d'un schéma régulier de boissons et de mictions, basé sur le tableau de fréquence mictionnelle et des entrées et des sorties. Noter le moment de chaque miction et demander à la femme d'essayer d'allonger le délai entre chaque miction.
- Pour commencer, elle doit uriner toutes les heures. Si elle n'est pas capable de tenir aussi longtemps, on peut réduire la durée au maximum possible, par ex. 45 minutes. Le personnel doit l'aider à se retenir assez longtemps et lui indiquer le moment où elle peut aller uriner. Les femmes capables de lire l'heure peuvent aider celles qui ne savent pas à faire cet exercice.
- Encourager la femme à attendre au moins le délai fixé pour uriner tout au long de la journée, même si elle a une envie irrésistible d'aller aux toilettes. Elle peut s'aider en restant assise ou en se distrayant, par exemple en chantant, en comptant ou parlant à d'autres femmes. Lorsqu'elle est capable d'attendre pendant le temps imparti, les délais peuvent être allongés.
- Ce processus doit se poursuivre jusqu'à ce que la femme soit capable d'attendre pendant un certain temps sans avoir de fuites.

Soutien de groupe

Le fait de souffrir d'incontinence après son opération peut parfois beaucoup décourager la femme. On peut l'aider en formant un groupe de femmes qui apprendront ensemble à faire les exercices du plancher pelvien, à savoir comment fonctionne la vessie et comment la rééduquer.

Soutien du personnel

Pour que le traitement réussisse, il est très important que le personnel aide les femmes à se conformer au tableau de fréquence mictionnelle et des volumes, et les encourage ensuite à respecter les délais convenus pour uriner. Ce soutien permanent est ici tout aussi important que dans tous les autres aspects de la prise en charge des jeunes filles et des femmes vivant avec une FO.

Pour en savoir plus

Tidy PP. *Physiotherapy*. London, Butterworth Heinemann 2003.

Hollis M. *Practical Exercise Therapy*. London, Blackwell Science, 1999.

Généralités

Dans les pays où on trouve des FO, des médecins et infirmier(ère)s dévoués travaillent depuis des décennies pour traiter les jeunes filles et les femmes qui souffrent de ce problème. Des progrès importants ont été réalisés pour rendre ce traitement plus accessible. Après le traitement initial, elles ont besoin à long terme d'un soutien émotionnel, psychologique et économique qui est souvent été ignoré. Elles rencontrent également des problèmes de réinsertion dans leur communauté qui les évite ou les considère comme sales ou maudites. Rarement capables d'avoir des revenus, elles seront dans une misère économique dramatique.

Parmi les interventions de réinsertion habituelles, on peut citer : la fourniture de vêtements neufs, la formation scolaire de base, l'apprentissage d'un métier et, parfois, la fourniture de l'argent du transport pour rentrer chez elles et d'un peu d'argent de poche. Des stratégies doivent être élaborées pour leur apporter le soutien émotionnel, psychologique et économique dont elles ont besoin. Il faut bien connaître les réalités de la vie qu'elles mèneront après l'opération pour mettre en place des interventions adaptées leur permettant de vivre à nouveau dans la dignité.

Manque d'informations sur les stratégies de réintégration

Comme pour de nombreux autres aspects de la prise en charge de la FO, on ne dispose actuellement que de très peu d'informations sur les stratégies de réintégration mises en place avec succès. Les ressources allouées à la prise en charge de la FO sont réduites et rares sont ceux travaillant sur les besoins à long terme des jeunes filles et des femmes qui ont été traitées. L'expérience de programmes spécifiques de réintégration sur lesquels s'appuyer est donc très limitée.

Les centres et les hôpitaux qui offrent des services de chirurgie de la FO doivent faire face à un nombre impressionnant de demandes, et ne disposent que de ressources limitées pour y répondre. Le personnel a peu de temps pour réunir les informations sur les besoins psychosociaux des femmes, puis élaborer et mettre en œuvre un programme de réintégration qui puisse réussir. La mise en œuvre de ce type d'interventions nécessite souvent du personnel formé spécifiquement et qui ne travaillent que pour cela, mais rarement disponible dans les centres de santé en situation de ressources limitées.

Une fois que ces femmes ont quitté le centre de santé, le recueil de données les concernant peut prendre énormément de temps et coûter très cher, ce qui pose un problème supplémentaire pour le suivi à long terme. Certaines femmes peuvent parcourir jusqu'à 1 000 km pour se faire traiter. Une fois guéries, elles repartent dans leur village souvent très reculé, tout suivi étant alors impossible.

Du fait de tabous entourant la FO, ces jeunes filles et ces femmes, guéries ou non, ont parfois de grandes difficultés pour rentrer chez elles. Elles ont parfois dû s'enfuir de leur village lorsqu'elles ont présenté une FO, et ne plus y être bienvenues, même une fois guéries. Le recueil d'informations sera alors très difficile.

Utilisation des données hospitalières

Les données hospitalières sont utiles. Elles ne donnent généralement que des informations avant le traitement chirurgical, mais pas sur le vécu de ces jeunes filles et de ces femmes lorsqu'elles rentrent chez elles, sauf si elles se reviennent à l'hôpital pour un suivi ou lorsque des mesures spécifiques sont prises pour les retrouver après leur opération.

Les informations sur le contexte social obtenues en milieu hospitalier doivent être interprétées avec précautions. Il est en effet important de se rappeler que les jeunes filles et les femmes vivant avec un FO qui parviennent à l'hôpital peuvent avoir une situation moins difficile que celles vivant en brousse.. Elles se sont en effet débrouillées pour obtenir les ressources financières et personnelles nécessaires, ce qui, en soi, est une grande réussite, étant donné la pauvreté et l'isolement rencontrés par nombre de femmes vivant avec une FO. Inversement, il est possible que celles qui parviennent à l'hôpital soient les plus gravement atteintes, ce qui les a conduites plus rapidement à se faire soigner.

Les informations basées sur les rapports anecdotiques fournis par ceux qui travaillent avec de nombreuses patientes suggèrent les choses suivantes :

- Les femmes pour qui le traitement chirurgical a réussi et qui n'ont plus de fuites sont probablement les plus aptes à se réinsérer dès leur retour chez elles. De l'expérience des prestataires et des défenseurs de cette cause en Ethiopie, au Nigeria et en République de Tanzanie, les femmes complètement guéries peuvent réintégrer - et réintègrent effectivement - leur communauté et sont à même de mener une vie normale, notamment de se remarier et d'avoir d'autres grossesses.
- Selon l'expérience d'un centre en République de Tanzanie, les femmes qui reviennent pour un suivi postopératoire à long terme semblent être celles souffrant de problèmes chroniques, comme par exemple une incontinence d'effort sévère. Les femmes qui ont bénéficié d'un traitement chirurgical réussi mais qui ont des fuites à cause d'une incontinence (qui peut être pour la femme aussi problématique que la FO elle-même) semblent avoir plus de difficultés à se réintégrer parce qu'elles ont encore des fuites. Un certain nombre de ces femmes peuvent continuer à vivre comme avant l'opération, avec le soutien de leurs amis et de leurs parents, mais ne peuvent pas se remarier. C'est particulièrement le cas si elles souffrent aussi de sténose vaginale sévère.

Il semble qu'une opération réussie permette une réinsertion facile dès le retour à la maison. Des recherches supplémentaires sont cependant nécessaires pour connaître la qualité de vie de ces femmes, leur degré de réinsertion, et les problèmes spécifiques qu'elles peuvent rencontrer. Beaucoup de ces jeunes filles et de ces femmes sont très pauvres ; celles vivant avec une FO sont particulièrement vulnérables, tant sur le plan économique que sur le plan social, du fait de leurs conditions de vie précaires et des dépenses liées au traitement.

Principes des programmes de réinsertion

Élaboration du programme : chaque jeune fille ou femme vivant avec une FO est différente

Les jeunes filles et les femmes vivant avec une FO peuvent avoir un certain nombre de choses en commun, mais sont également différentes à certains égards. Les stratégies de réinsertion devront donc tenir compte de chaque situation, notamment du besoin relatif de soutien familial et social, des moyens d'existence, des revenus éventuels, de l'éducation et de la formation.

La façon dont se passera la réinsertion peut fortement dépendre de ce qui a été vécu avec la FO, avant l'opération (degré d'isolement, de stigmatisation, etc.), même si la jeune fille ou la femme n'a plus de fuites. Les variables à prendre en compte peuvent être : l'incontinence d'urines ou de matières fécales, le temps passé avec la FO, le fait que l'enfant ait survécu ou non, si elle a d'autres enfants, si elle a une source de revenus, si elle est mariée et si elle a une famille qui la soutient.

Si la vie de la femme n'a initialement été que modérément perturbée par la survenue de la FO (par ex. son mari la soutient et elle a d'autres enfants), elle pourra alors continuer à mener une vie normale. Inversement, l'avenir sera moins réjouissant si la femme est divorcée, a perdu son emploi, est retournée vivre dans sa famille, n'est plus capable d'avoir des enfants, a des anomalies vaginales ne lui permettant pas d'avoir de rapports sexuels, a une incontinence d'effort ou présente encore des fuites.

Il faut donc faire une évaluation des différentes situations rencontrées par ces adolescentes et ces femmes vivant avec une FO, avant et après le traitement chirurgical. Cela permettra de savoir que faire pour aider à leur réinsertion et l'éventail des interventions supplémentaires à mettre en place pour les soutenir.

Formation pour permettre d'avoir une activité génératrice de revenus

En leur apprenant à se prendre en charge, on peut aider les femmes traitées pour une FO à prendre soin d'elles dans le futur et favoriser leur bien-être général. Des activités telles que les ateliers d'alphabétisation pour apprendre à lire et écrire, ou l'apprentissage de la couture et de métiers artisanaux, peuvent leur permettre de reprendre possession de leur vie et de retourner fières et indépendantes dans leur communauté. Un petit prêt ou une subvention, quand cela est possible, aidera ces femmes à créer un commerce ou à avoir un petit capital de départ pour elles-mêmes.

Le véritable défi est de former ces jeunes filles et ces femmes afin qu'elles acquièrent une technique leur permettant de disposer de leurs propres revenus. L'artisanat, la couture, la confection de paniers, etc. sont généralement des activités déjà concurrentielles et offrant donc peu de débouchés. Il faudra donc réfléchir à comment mettre en valeur sur les marchés locaux les produits d'artisanat et autres productions élaborés par ces femmes, pour que ce travail soit le plus rentable possible. Cette formation peut être intégrée aux programmes existants, qui font la promotion des activités génératrices de revenus ou de projets de micro financement. Ces activités permettront une réduction de la pauvreté et de la stigmatisation.

Activités de conseil

Les femmes qui vivent, ou qui ont vécu, avec une FO ont enduré de graves souffrances physiques, affectives et psychologiques, et sont parfois traumatisées. La chirurgie seule sera probablement insuffisante pour leur permettre de reprendre une vie normale.

Pour une femme vivant avec une FO, les activités de conseils de base doivent au minimum comprendre une explication sur ce qu'est une FO, lui permettre comment vivre avec cette lésion, les facteurs de risque pour l'apparition d'une nouvelle FO et la façon de les prévenir, notamment en utilisant les méthodes de planification familiale et en bénéficiant d'une prise en charge obstétricale correcte. Dans de nombreuses communautés, en particulier dans les zones rurales, la FO est considérée comme faisant partie du processus de la naissance ou, dans

certains cas, comme une malédiction divine. Les membres de la communauté en connaissent souvent très mal les facteurs de risque et les causes.

Il faut proposer à ces femmes des entretiens individuels avec un(e) travailleur(se) social(e) ou un(e) infirmier(ère) formé(e), pour qu'elles puissent parler de ce qu'elles ont vécu et poser des questions sur leur santé et sur la FO. Elles doivent également être conseillées sur comment parler avec les membres de leur famille de ce qu'elles ont vécu. Ces entretiens doivent également souligner le fait qu'un traitement de FO réussi lui permettra de retrouver sa place dans sa famille et sa communauté.

L'un des meilleurs soutiens et instruments de conseil disponibles est souvent le fait de rencontrer d'autres patientes à l'hôpital. Les jeunes filles et les femmes vivant avec une FO ont souvent le sentiment d'être les seules au monde à avoir une pathologie aussi épouvantable ; en rencontrant d'autres patientes elle ressentent souvent un fort soutien personnel qui peut être utilisé comme base pour un conseil individuel.

Réinsertion dans la famille

Pour qu'une femme puisse retourner avec succès dans sa communauté, il est important d'aider à la réconciliation et la réinsertion. Il est parfois nécessaire, quand c'est possible, qu'un(e) infirmier(ère) ou un travailleur(se) social(e) l'accompagne et explique à sa famille et à sa communauté les causes des FO (en soulignant que ce n'est pas la faute de la femme ni une malédiction) et comment les prévenir dans le futur. On peut aussi l'aider en la mettant en contact avec des groupes locaux de soutien auprès de sa communauté permettant la création d'un réseau d'amies, au sein duquel la femme peut construire des bases solides pour le futur.

La communauté au sens large

Education

L'organisation de séminaires dans la communauté permet d'apprendre aux hommes et aux femmes l'importance de recourir à du personnel compétent pour les consultations prénatales et pour l'accouchement. On peut y intégrer une discussion sur les facteurs de risque de la FO et sur la façon de les prévenir dans le futur. Cette sensibilisation de la communauté est également importante pour qu'elle soutienne les femmes qui développent ou qui vivent avec une FO, ou celles qui retournent chez elles après l'opération.

Plaidoyer

A long terme, les femmes ayant réussi leur réinsertion dans la communauté seront les mieux à même pour faire un plaidoyer pour la prévention et la prise en charge de la FO. Elles peuvent aider à informer la communauté, notamment les dirigeants traditionnels et politiques, sur le traitement chirurgical de la FO, référer d'autres femmes pour se faire traiter, plaider pour que l'âge du mariage soit plus tardif, et pour que les femmes reçoivent des soins prénatals appropriés et l'assistance d'un personnel compétent lors de l'accouchement. Il est cependant important de ne pas surestimer ce que pourront accomplir ces anciennes patientes, puisqu'elles retourneront dans le même environnement socio-économique et culturel qui a conduit au développement de leur propre FO. Il ne faut pas leur imposer de s'impliquer dans les activités de plaidoyer ; ceci doit rester leur décision personnelle.

Les patientes guéries peuvent faire une sensibilisation sur les causes de la FO et dissiper les mythes et les rumeurs qui l'entourent. Au Nigeria par exemple,

beaucoup de gens pensent que les femmes développent une FO parce qu'elles ont offensé les dieux lorsqu'elles étaient plus jeunes ou pendant la grossesse. On attribue également la FO aux femmes qui ont eu des mœurs dissolues pendant la grossesse. Dans certaines parties de l'Afrique de l'Est, on suspecte parfois les femmes ayant un travail prolongé d'adultère ; parfois, elles sont battues pendant le travail pour qu'elles « confessent » leur supposée infidélité et donne le nom de l'homme avec lequel elles ont prétendument eu des rapports sexuels.

Financement de la réinsertion

Le coût de la mise en œuvre des programmes de réinsertion doit être pris en compte. Une somme parfois minime peut être primordiale pour permettre à une jeune fille ou à une femme de rentrer chez elle et recommencer sa vie, en couvrant le coût du voyage de retour et les frais pour commencer une activité génératrice de revenus.

Les centres ou les organisations soutenant les patientes doivent mettre en place des critères d'allocation d'assistance pour la réinsertion : définir les femmes qui en bénéficieront, comment les fonds seront distribués, si leur utilisation sera justifiée et comment. Ceci devient particulièrement difficile dans certaines circonstances, souvent rencontrées dans les régions où les FO existent, où de nombreuses jeunes filles et femmes n'ayant pas de FO sont elles aussi pauvres et dans le besoin.

Pour que la formation reçue soit bénéfique pour la femme et lui permette d'avoir des revenus, les produits de son travail doivent être mis sur le marché et source de profits. Pour améliorer ses bénéfices, on peut également concevoir des activités génératrices de revenus ayant un lien avec les activités économiques en cours dans sa région. On peut aussi envisager des micro-financements grâce à des prêts à taux d'intérêts peu élevés.

Recherche

L'élaboration d'une carte des communautés d'origine des patientes et les recherches sur les valeurs socioculturelles ayant cours dans ces communautés permettront de mieux comprendre les déterminants de la FO, ce qui permettra de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies fiables et pertinentes. L'analyse et les rapports sur ces stratégies contribueront au développement de nouveaux programmes de réinsertion.

Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement

La prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement est une approche théorique, technique et gestionnaire de qualité destinée à améliorer la survie de la mère et du nouveau-né et leur santé.

Le manuel

Le manuel est un guide pratique destiné à être consulté et utilisé à différents niveaux par de nombreuses personnes, en particulier des professionnels des soins de santé et des planificateurs, des décideurs et des dirigeants de la communauté. Ses trois principaux objectifs en illustrent la portée et l'utilité potentielle. Tout d'abord, il vise à appeler l'attention sur le problème urgent de la fistule obstétricale et préconise un changement de politique. Deuxièmement, il contient des informations de base factuelles et essentielles et énumère les principes qui doivent présider à l'élaboration des stratégies et programmes de prévention et de traitement de la fistule. Enfin, il s'efforce de contribuer à la mise en place de services plus efficaces pour les femmes traitées pour une fistule obstétricale.

Il est divisé en deux sections : I) Comprendre le problème et développer une approche nationale, et II) Principes de base pour la prise en charge des femmes traitées pour une fistule obstétricale. Ces sections comportent à leur tour six chapitres : chapitre un: introduction ; chapitre deux: principes pour le développement d'une stratégie nationale et sous-nationale pour la prévention et le traitement de la fistule obstétricale ; chapitre trois: principes de prise en charge clinique et chirurgicale de la fistule obstétricale ; chapitre quatre: principes de soins infirmiers ; chapitre cinq: principes de kinésithérapie pré et post opératoire ; chapitre six, principes pour la réinsertion sociale.

On s'attend à ce que ce manuel soit largement utilisé par les pays et les partenaires pour mettre en oeuvre et développer des programmes efficaces pour éliminer la fistule obstétricale et l'on espère que cette utilisation sera à l'origine d'un nouveau réservoir fécond d'informations factuelles, qui amènera à réviser et à actualiser le manuel dans un proche avenir de façon à le rendre plus utile dans le cadre de la campagne internationale d'élimination de la fistule obstétricale.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter

Département Pour une grossesse à moindre risque
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20,
CH-1211 Genève 27, Suisse
Fax: +41 22 791 5853
Email: MPSinfo@who.int

Pour les mises à jour de ce document, veuillez consulter:
www.who.int/making_pregnancy_safer



Organisation
mondiale de la Santé

