

NIGÉRIA

Données générales

Le Nigéria possède d'abondantes ressources naturelles et humaines, et pourtant le revenu national annuel par habitant de 350 dollars É.-U. est l'un des plus bas du monde. Avec un chiffre estimatif de 120 millions d'habitants, le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique. Mais ils sont d'origines très diverses et vivent dans des cultures fort différentes, de sorte que, comme on l'a parfois noté, le pays ressemble davantage à une combinaison de nombreux pays, avec des différences particulièrement marquées entre le nord et le sud. Cette division trouve un écho dans l'incidence de la fistule à travers le pays : les cas semblent beaucoup plus nombreux dans le nord que dans le sud. Il faut noter, cependant, que l'information relative à sa prévalence est très difficile à saisir au niveau communautaire et d'après les données disponibles dans les registres hospitaliers. **Néanmoins, quels que soient le lieu et les modalités d'apparition de la fistule au Nigéria, c'est manifestement un problème de plus en plus grave dans l'ensemble du pays.**

Le taux de fécondité est tombé de 6,0 en 1990 à 5,42 actuellement. En outre, le rapport de l'UNFPA sur *L'état de la population mondiale* signale un ratio de mortalité maternelle de 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes. Partout dans le pays, les Nigériens souhaitent avoir une nombreuse famille : 66 % des femmes et 71 % des hommes font part du désir d'avoir plus d'enfants. La connaissance de la planification familiale se répand : 65 % des femmes et 82 % des hommes ont entendu parler d'une méthode au moins de régulation des naissances – **en pratique, 15 % des femmes mariées utilisent maintenant une forme quelconque de contraception, et 9 % choisissent une méthode moderne. Soixante-quatre pour cent des femmes reçoivent des soins**

prénatals, avec six visites en moyenne.

Toutefois, la première visite ne se situe généralement pas avant le cinquième mois de grossesse²⁷.

En outre, **30% des femmes ne reçoivent pas de soins prénatals du tout, particulièrement parmi les adolescentes et les femmes qui vivent dans les zones rurales.** Dans le nord, beaucoup de femmes ont recours aux soins prénatals, mais accouchent à domicile en partie parce qu'elles trouvent plus confortable pour accoucher d'être accroupies qu'allongées sur le dos, ce qui est la position préférée dans les centres de santé. Si beaucoup de femmes continuent d'accoucher à domicile dans l'ensemble du pays, le pourcentage de naissances dans les centres est néanmoins passé de 31 % à 37 % depuis 1990. Cependant, 58 % des femmes ne bénéficient d'aucune assistance durant l'accouchement²⁸.

Les informations ci-après peuvent donner une image encore plus claire de ce que sont les mères. Quarante et un pour cent des femmes n'ont reçu aucune éducation structurée, contre 25 % des hommes. En 2001, 5,83 % des Nigériennes étaient atteintes du VIH/sida; en d'autres termes, 1 700 000 femmes âgées de 15 à 49 ans étaient séropositives. **L'âge moyen des femmes au premier mariage est de 19 ans dans les villes et de 17 ans dans les campagnes ; il est plus élevé pour les femmes ayant reçu une éducation et va de 15 ans dans le nord-est et le nord-ouest du pays à 20 ans dans le sud-est et le sud-ouest.** Dans quelques communautés, la tradition interdit à une fille d'avoir ses premières règles dans la maison de sa mère ; elle doit impérativement être donnée en mariage avant qu'elles ne surviennent. Dans le nord, si le vagin apparaît trop étroit pour autoriser la consommation du mariage, il peut être élargi par des entailles de gishiri, qui non seulement servent à cette fin, mais constituent aussi un remède pour

des indispositions telles qu'un rhume. **Dans le sud et le centre du pays, une Nigériane sur quatre entre les âges de 15 à 49 ans a subi la MGF.**

Problèmes et tâches

Les visites dans 12 centres situés à travers tout le pays ont dessiné une image alarmante et complexe de la fréquence, de la prévention et du traitement de la fistule au Nigéria. **Si les taux exacts de prévalence ne sont pas connus, le nombre des Nigérianes qui en sont atteintes a été évalué à divers chiffres compris entre 100 000 et 1 000 000.** Même la formation de nouveaux chirurgiens de la fistule n'a pas réduit le nombre des cas en attente d'intervention, car de nouveaux cas surviennent plus vite que les cas existants ne peuvent être traités. La division entre le nord et le sud du pays sur les plans éducatif, économique, culturel et religieux s'étend aussi à la fistule : **beaucoup plus de femmes sont traitées dans le nord que dans le sud. Néanmoins, la fistule apparaît dans les deux régions en grande partie pour les mêmes raisons :** la plupart sont obstétricales et apparaissent durant des accouchements assistés par des AT, des parentes et amies ou privés de toute assistance.

La plupart des femmes sont atteintes d'une fistule très jeunes, le plus souvent au moment de leur premier accouchement par voie vaginale, et il est alors fréquent que l'enfant soit mort-né. Elles sont généralement pauvres, de petite taille et non mariées ou se voient imposer un divorce ou une séparation dès que leur mari comprend qu'il s'agit d'une affection complexe, de longue durée et coûteuse à soigner. Cependant, **de plus en plus fréquemment, surtout dans le sud du pays, une situation auparavant rare est en train d'apparaître : des femmes mariées, âgées de 25 à 45 ans et dont les accouchements antérieurs s'étaient bien passés, sont atteintes d'une fistule.** Généralement, ces femmes restent mariées et sont soignées par leur entourage. De fait, en quelques points, des foyers pour hommes

ont été créés afin qu'ils puissent prêter assistance et réconfort à leurs épouses. Bien que la raison de ce nouveau type de fistule ne soit pas clair, elles tiennent peut-être à ce que, les bébés devenant souvent plus lourds après plusieurs naissances, les mères sont davantage exposées à un accouchement prolongé. En outre, la fistule apparaîtrait parfois dans les centres médicaux, comme on l'a noté dans d'autres pays.

Un autre fait digne de remarque est que, surtout dans les États du nord, certaines femmes opérées de la fistule avec succès ne reviennent pas à l'hôpital pour un nouvel accouchement, et dans ce cas une nouvelle fistule apparaît. Dans un centre du nord, plus de 5 % des cas de fistule appartiendraient à cette catégorie. **Certaines femmes ont eu quatre, voire cinq autres interventions après une première intervention réussie.** Bien qu'il soit tentant de chercher des explications dans la médiocrité de l'infrastructure ou la difficulté d'accès au centre, la plupart de ces femmes viennent de moins de 10 km de l'hôpital, de sorte que la situation pourrait s'expliquer notamment par la nécessité, pour beaucoup d'entre elles, d'obtenir l'approbation de leur mari avant d'avoir recours aux soins. Une autre raison pourrait être que dans la culture de cette région, la grande majorité préfèrent donner naissance à domicile (surtout pour le premier enfant), en même temps que la césarienne inspire une profonde répugnance. Certains chirurgiens signalent d'autre part qu'une césarienne n'est pas toujours nécessaire après une opération réussie.

Mais un nouveau phénomène peut aussi contribuer à cet état de choses. Au cours des 10 dernières années, la pauvreté a suscité un renouveau spirituel, qui a conduit de nombreuses femmes à vouloir accoucher dans les églises. Si cette pratique n'est pas entièrement nouvelle, elle est devenue récemment plus fréquente. Bien qu'elles n'y reçoivent pas de soins qualifiés, les femmes croient parfois qu'elles seront ainsi protégées des forces sataniques ou des pratiques de sorcellerie mises en œuvre par des

voisins jaloux ou méchants.

Si le Gouvernement a créé une équipe nationale de travail sur la fistule et soutenu des initiatives visant à former infirmières et chirurgiens, à plaider pour les femmes, à mettre sur pied des programmes communautaires de prise de conscience, à réadapter et réinsérer les patientes de la fistule dans la communauté et à collecter des données sur la fistule, **la situation au Nigéria reste critique et ne cesse de prendre plus de gravité.**

Le problème tient en partie à ce que **les services continuent d'être inabordables pour de nombreuses femmes.** Comme on l'a noté, bien des patientes – jeunes, analphabètes et sans aucun moyen de gagner leur vie – ont été abandonnées par leur mari après l'apparition de la fistule, ce qui leur rend difficile d'avoir l'argent nécessaire pour l'opération et les soins postopératoires. D'autre part, le transport est pour beaucoup à la fois coûteux et difficile à obtenir.

Même si elles trouvent le moyen d'acquitter le prix de la chirurgie et des soins, **il arrive que des prestataires qualifiés fassent défaut.** Cet aspect du problème a conduit à **s'en remettre dans une large mesure aux chirurgiens expatriés**, qui, contrairement à ce qui est souvent le cas en Afrique de l'Est, vivent généralement au Nigéria et sont employés par l'État. L'unique chirurgien qui se consacre à la fistule dans le nord du Nigéria, bien que rémunéré par le Ministère de la santé, est un ressortissant étranger.

Les chirurgiens et le personnel médical peuvent rencontrer eux-mêmes de graves difficultés pour dispenser les soins appropriés. **La pénurie de fournitures et l'entretien médiocre des locaux sont des problèmes communs à de nombreux centres.** Même si le traitement est gratuit, d'autres obstacles peuvent se présenter, comme le manque d'équipement ou une connaissance insuffisante des moyens de prévenir l'infection. Dans un centre au moins, il ne semblait pas, par exemple, qu'on ait pris les mesures nécessaires pour assurer une surface stérile dans la salle d'opération.

Il serait aussi utile que le personnel médical

reçoive une formation pour intégrer les conseils relatifs à d'autres problèmes de santé qui ne sont pas encore associés au traitement des patientes de la fistule. L'information sur le VIH/sida n'est pas apparue comme un élément essentiel des soins dans la plupart des centres visités, à l'exception du centre évangélique de Jos. Certains prestataires ont estimé que parler du VIH/sida alourdirait encore la tension psychologique imposée à leurs clientes, bien que beaucoup d'entre elles soient incontestablement exposées à la maladie. Il est apparu clairement durant ces visites que les séropositives sont frappées au Nigéria d'un immense opprobre. **Les prestataires ont noté que beaucoup d'hommes ne veulent pas que leurs femmes aient accès aux soins prénatals ou à l'assistance durant l'accouchement, parce qu'ils craignent qu'elles ne fassent alors l'objet d'un dépistage du VIH.** La situation n'est pas moins compliquée quand il s'agit de délivrer des conseils sur les contraceptifs. Beaucoup d'agents de centres de santé admettent en principe que la plupart des clientes veulent être enceintes et porter des enfants. Même les clientes qui désirent appliquer une méthode de contraception s'exposent à ne pas recevoir d'informations et à ce qu'on leur dise d'attendre le jour où leur fistule sera réparée.

Recommandations et besoins critiques

• Fournir un traitement gratuit ou subventionné de la fistule.

Cette mesure non seulement aidera à réduire le grand nombre de clientes en attente d'un traitement, mais elle garantira que les ressources disponibles soient utilisées à plein. La gratuité du traitement bénéficie également aux hôpitaux d'enseignement, qui auront alors suffisamment de cas à traiter pour former les médecins internes, ce qui permettra d'avoir moins recours aux chirurgiens expatriés et augmentera la capacité nationale de traitement. Avec un plus grand nombre de centres de traitement plus également

distribués sur toute l'étendue du pays, la distance et le coût du voyage diminueront pour les clientes.

- **Intensifier la formation de tous les niveaux de personnel fournissant des services relatifs à la fistule.**

Chirurgiens, infirmières, travailleurs sociaux et autres prestataires tireraient profit d'un complément de formation sur les problèmes techniques et la délivrance de conseils. Il faut mettre davantage l'accent sur la nécessité de traiter les clientes avec délicatesse et compassion, car de nombreuses patientes ont subi un traumatisme psychologique aussi bien que physique. Enfin, certains prestataires ont noté qu'il serait souhaitable de disposer de protocoles pour prévenir l'infection et suivre une hygiène élémentaire, cela dans le but de se protéger eux-mêmes, ainsi que leurs clientes et la communauté.

- **Mieux former les assistants à aider les femmes pendant l'accouchement, et les motiver à travailler dans des régions reculées.**

Des sages-femmes de communauté, capables de dispenser des soins de haute qualité durant la grossesse et jusqu'à l'accouchement, devraient être à la disposition des femmes qui choisissent d'accoucher à domicile. En outre, ces prestataires devraient mettre en place des systèmes d'aiguillage efficaces en cas d'urgence. Il est essentiel de leur assurer des traitements et un équipement adéquats.

- **Mettre en place des centres de traitement de la fistule où soient aussi délivrés des conseils pour le VIH et la contraception.**

Toutes les clientes doivent recevoir la possibilité d'être dépistées pour le VIH/sida, et un effort particulier doit être fait pour y encourager les femmes particulièrement exposées, par exemple celles qui ont travaillé dans l'industrie du sexe. Des conseils sur la contraception peuvent offrir aux femmes qui ne veulent plus concevoir le moyen de prévenir le retour d'une fistule. La planification familiale a une importance particulière pour les femmes

vivant dans des lieux écartés où les centres de santé sont médiocres sinon inexistants. Dans le cas tant du VIH/sida que des conseils sur la contraception, si les fournitures ne sont pas disponibles à un centre donné, des systèmes d'aiguillage doivent être mis en place. Une complication supplémentaire tient au fait que certains prestataires affirment ne pas avoir de connaissances ou de compétences suffisantes pour conseiller sur la contraception ou la prévention du VIH.

- **Lancer une campagne de prise de conscience sur les problèmes relatifs à l'accouchement sans danger.**

Les tentatives faites pour atteindre la population pourraient être centrées sur les risques liés à une prise en charge médiocre de la grossesse et de l'accouchement. Les programmes radio se sont avérés un moyen efficace de diffuser des messages, de même que la télévision et les journaux ; il est évident que les langues à utiliser dans tous ces médias doivent être celles qui sont les plus utilisées dans la communauté. Les chefs traditionnels et les dirigeants religieux doivent être invités à éduquer les membres de leurs clans et leurs fidèles quant à l'importance des soins prénatals et délivrés durant l'accouchement pour prévenir la fistule.

- **Promouvoir l'éducation et la formation professionnelle des filles et des femmes.**

En veillant à ce que les filles puissent poursuivre leur éducation jusqu'à la fin du premier cycle de l'enseignement secondaire, on contribuera à élever l'âge du mariage, ménageant ainsi le temps nécessaire pour que l'appareil reproducteur parvienne à maturité. L'islam, religion dominante dans les États du nord, soutient résolument l'éducation des enfants des deux sexes. À cette fin, les chefs traditionnels et dirigeants religieux peuvent s'avérer des partenaires clefs, de même que les organisations actuellement actives dans le domaine de l'éducation.

• **Élargir la recherche sur le traitement de la fistule à tous les niveaux et créer des protocoles basés sur les données effectives.**

La recherche menée au niveau communautaire devrait fournir des informations plus concrètes concernant les clientes et les circonstances dans lesquelles la fistule apparaît. En connaissant bien la situation d'une cliente avant et après l'intervention, on pourrait déployer plus efficacement les services. En outre, il faudrait rassembler davantage de données sur la manière dont les idées relatives à la fistule prennent naissance et sont diffusées dans tout le pays. Enfin, la recherche clinique sur différents

problèmes, comme le moment optimal pour opérer, les techniques chirurgicales et la prise en charge préopératoire et postopératoire, comblera d'importantes lacunes dans les connaissances des prestataires concernant les moyens les plus efficaces de répondre aux besoins de leurs clientes. Si l'on parvient à comprendre certaines des raisons pour lesquelles les différences sont aussi marquées entre le nord et le sud, surtout dans la mesure où ces différences influent sur la santé maternelle, on sera aussi mieux à même de comprendre comment et pourquoi la fistule apparaît dans l'ensemble du Nigéria.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Nigéria

A. Centre hospitalier et universitaire d'Ibadan (Ibadan University College Teaching Hospital), Ibadan, État d'Oyo, visité le 3 octobre 2002

Dimension : Hôpital de 800 lits récemment rénové, plus dispensaire pour consultations externes. Salle de maternité et bloc opératoire comprenant 12 salles d'opération. Mais cinq de ces salles ne sont pas actuellement utilisées en raison de la pénurie de personnel infirmier et d'équipements. L'une des salles est utilisée pour les interventions de gynécologie électives.

Personnel médical : 12 OB/GYN consultants et 34 internes dans le département; les consultants sont sous contrat du Ministère de la santé. Les internes servent par roulement dans d'autres départements. L'aile de gynécologie dispose de 18 infirmières, avec trois en moyenne par période de service.

Nombre de clientes : Pas trop élevé, mais la plupart des cas sont compliqués. Les registres montrent que 41 patientes ont été opérées entre janvier 2001 et juin 2002. Pourtant, l'hôpital a été pratiquement fermé pendant cinq mois environ pour travaux de construction vers la fin de l'année dernière. La plupart des femmes sont aiguillées à partir d'autres hôpitaux, et beaucoup ont déjà subi au moins une intervention manquée avant d'arriver ici. Il s'agit surtout de fistules urinaires, mais les registres pour la même période indiquent un cas isolé de FRV et quatre cas de FVV/FRV combinées

Il y a 10 ans, les cas traités étaient beaucoup plus nombreux et ils présentaient en général un profil de FVV typique. Comme la situation politique et économique s'est stabilisée et que deux petits centres satellites se sont ouverts à Ibadan, sans parler de la création de sites périphériques plus importants à Kano et ailleurs dans le nord, le

nombre de patientes a beaucoup diminué.

Aujourd'hui, les prestataires le voient augmenter de nouveau parce que l'économie est en perte de vitesse.

Profil typique des clientes : Auparavant, les clientes étaient âgées de 14 à 18 ans et la fistule était apparue au premier accouchement. Elles étaient de condition modeste, de petite taille, non mariées, et la grossesse avait débouché sur un cas de mortinatalité. Aujourd'hui, les clientes sont plus âgées (de 26 à 36 ans), mariées, ont plusieurs enfants, et la FRV est plus rare car elles n'attendent généralement pas aussi longtemps pour avoir recours à un traitement médical en cas d'accouchement compliqué. On croit aussi qu'elles sont plus grandes et que leur état nutritionnel est plus satisfaisant. Elles sont souvent accompagnées de leur mari, qui reste parfois durant le traitement et réside dans un foyer fourni par l'hôpital. Il arrive qu'un autre membre de la famille s'occupe de la cliente.

Les prestataires signalent que de 10 à 15 % des fistules qu'ils voient sont dues à un médecin qui n'a pas pratiqué correctement une césarienne. Beaucoup de prestataires non spécialistes n'ont pas eu l'occasion d'acquérir une compétence en cette technique.

Provenance des clientes : Quelques-unes viennent d'Ibadan et des environs (en particulier d'institutions de soins privées), mais d'autres viennent de l'extérieur du district, par exemple de Kano, Maiduguri et des États du sud-est. Le transport ne semble pas poser un problème majeur.

Processus d'évaluation et dépistage :

- Les clientes sont souvent admises trois mois après l'accouchement, mais quelquefois plus tôt.
- Les clientes sont invitées à attendre environ une semaine dans l'aile comme malades non hospitalisés afin de faire une analyse de sang, d'évaluer

l'état nutritionnel, de traiter l'excoriation vulvaire et de relever les niveaux d'hémoglobine à l'aide de produits antianémiques ou de transfusions de sang, mais certaines attendent plus longtemps.

- Les examens sont faits sans anesthésie ou sous anesthésie générale durant l'opération afin d'économiser du temps et de l'argent.
- Établissement du groupe sanguin.
- Mesure du taux d'hémoglobine.
- On s'assure que la cliente n'est pas enceinte.
- Il est rarement procédé à un pyélogramme intraveineux, sauf s'il est demandé.
- Une cystoscopie est parfois effectuée, mais le département d'urologie n'a qu'un cystoscope, ce qui retarde les examens.
- La cliente est conseillée quant au type d'intervention à subir et à la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois (certaines clientes cherchent refuge auprès de leurs parents durant cette période).
- Il est conseillé aux clientes d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Une provision de contraceptifs oraux suffisante pour deux mois lui est donnée.

Soins postopératoires :

- Drainage permanent de la vessie dans une poche à urine.
- Absorption de grandes quantités de liquide.
- Rééducation de la vessie du 10^e au 14^e jour sans clamer le cathéter
- Aucun examen postopératoire avec ou sans anesthésie.
- Quelques patientes se plaignent d'une incontinence due au stress postopératoire.
- Si l'opération échoue, les clientes doivent attendre de trois à six mois pour une nouvelle tentative.

Réadaptation/réinsertion : Ce processus est relativement aisé parce que beaucoup de clientes viennent avec leur mari. Les assistantes sociales assurent le suivi des clientes et une formation professionnelle leur est donnée à la confection de vêtements et au tressage de paniers.

Ouverture sur l'extérieur : Les aiguillages vers

ce centre se font de bouche à oreille. Parfois, des hôpitaux tertiaires qui ne disposent pas des compétences techniques pour traiter des types complexes de fistule envoient une patiente.

Appui des autorités : Il existe, mais son ampleur n'est pas connue. Il s'agit d'un centre hospitalier et universitaire fédéral. Un membre du département est aussi l'un des membres fondateurs de la Fondation nationale de la fistule.

Coût estimatif global par procédure : Environ 125 dollars en moyenne, avec une subvention pour les honoraires du chirurgien. Très rarement, une patiente particulièrement nécessiteuse obtient la remise des frais d'hospitalisation sur présentation du certificat d'une assistance sociale. Les fistules simples sont opérées sous anesthésie locale, avec le bénéfice des prestations financières et médicales.

Ressources : Fonds du Ministère fédéral de la santé. La Fondation Carnegie a financé le fonctionnement de l'hôpital de 1991 à 1994 et contribué à rémunérer l'équipe de travail au début de ses activités, mais elle a cessé son soutien.

Obstacles :

- Financement.
- L'équipement est très ancien et il faudrait un cystoscope.
- L'hôpital envisage de créer un service de gynécologie/urologie, mais ces plans ne se sont pas encore concrétisés.
- Pénurie de personnel infirmier.

Note additionnelle :

Ces prestataires sont extrêmement fiers de leur travail et de leur tradition. Le fondateur et ancien président, le Dr. Lawson, a joué un rôle unique dans l'histoire de la chirurgie de la fistule. Le personnel de l'hôpital possède une expérience étendue et a le plus grand désir de soigner la fistule. Le programme d'internat forme des prestataires pour d'autres régions et de nombreuses recherches ont été conduites sur la fistule. Une approche globale est d'autre part adoptée dans la prise en charge des clientes, qui reçoivent une aide pour les problèmes liés à l'allaitement, l'aménorrhée et la stérilité. Trois petits hôpitaux

publics satellites accueillent d'autres patientes. Enfin, la politique de l'hôpital est d'autoriser tout médecin généraliste ayant reçu la formation appropriée à pratiquer la chirurgie de la fistule.

B. Centre hospitalier et universitaire Aminu, Kano, visité le 4 octobre 2002

Dimension : 400 lits. L'aile de gynécologie a 35 lits, dont huit sont réservés aux patientes de la fistule. Personnel médical : 39 consultants pour tout l'hôpital; sept consultants OB/GYN; 14 internes. Les internes sont envoyés à l'Hôpital Murtala Mohammed pour se former pendant un à deux mois à l'opération de la fistule obstétricale sous l'autorité du Dr. Kees Waaldijk.

Nombre de clientes : Peu nombreuses, en raison du coût du traitement. Environ 18 opérations ont été pratiquées entre mars 2001 et juillet 2002. Un nombre à peu près double de patientes ont été envoyées à l'Hôpital Murtala Mohammed, où les services sont gratuits.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Kano et de ses environs.

Profil typique des clientes : La plupart sont des jeunes femmes âgées de 13 à 20 ans, qui ont récemment accouché à domicile avec l'assistance d'AT ou de parentes. Elles sont de petite taille, de condition modeste, sans instruction et séparées ou divorcées. Parfois se présentent des femmes plus âgées, qui ont eu de nombreux enfants et subi des entailles de gishiri. Chez certaines clientes, la fistule est apparue à la suite d'accouchements ou de procédures gynécologiques maladroitement pratiqués.

Procédure d'évaluation et de dépistage :

- Les femmes sont examinées au service de gynécologie, admises après évaluation et font l'objet de divers examens de laboratoire (par exemple, taux d'hémoglobine, électrolyte et urée).
- Les cas compliqués sont renvoyés au centre de FVV à Katsina ou à l'Hôpital Murtala Mohammed.
- Les clientes peuvent être opérées une semaine après l'admission.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement d'urine normal, de prévenir les infections urinaires et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent des conseils sur la nécessité de soins prénatals et d'accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Les conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs ne sont pas donnés systématiquement.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service n'est fourni.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Kano apporte un solide appui et participe à la fourniture des services visant à prévenir et traiter les FVV/FRV. Le gouvernement de cet État est l'un des rares qui aient introduit des services de maternité gratuits, initiative qui a reçu une large publicité, conduisant ainsi à un doublement du nombre de femmes qui accouchent dans les centres de santé. Malheureusement, la gratuité des services n'a pas été accompagnée d'un accroissement des ressources en équipement et personnel pour répondre à la demande accrue de ces services. Le gouvernement de l'État offre aussi un soutien financier aux centres de traitement des FVV/FRV.

Ouverture sur l'extérieur : Des entretiens radio-phoniques visent à faire mieux prendre conscience des causes de la fistule obstétricale et de son traitement. La filiale dans l'État de l'Association des femmes médecins du Nigéria conduit aussi des entretiens à la radio-télévision.

Coût estimatif global par procédure :

L'intervention, le séjour à l'hôpital et les recherches de laboratoire coûtent environ 140 dollars É.-U. Le coût du traitement peut être plus élevé si des antibiotiques coûteux sont administrés.

Obstacles :

- Mariage précoce.
- Accouchement à domicile.
- Les AT ont parfois des opinions différentes quant aux interventions appropriées et au moment de

l'aiguillage en cas d'accouchement difficile.

- Pas de formation pratique par les médecins.
- Accès insuffisant aux services de santé en raison de leur coût élevé pour le public et de la distance entre le domicile et les centres.

C. Hôpital spécialisé Murtala, Kano, visité le 4 octobre 2002

Dimension : 800 lits; le département d'OB/GYN a 30 lits.

Personnel médical : Le département d'OB/GYN compte quatre consultants; sept généralistes; et quatre aides. Le Dr. Kees Waaldijk est un chirurgien de l'extérieur; il pratique la chirurgie de la fistule trois jours par semaine et prend en charge tous les cas de fistule. Quand le Dr. Waaldijk est absent, deux médecins qu'il a formés le remplacent. Une infirmière spécialement formée est présente dans la salle d'opération et se consacre à temps complet à la fistule obstétricale.

Nombre de clientes : Le nombre d'interventions a augmenté considérablement durant l'année écoulée en raison de la gratuité des services assurée par le gouvernement de l'État, qui recouvre notamment la maternité, les césariennes, les transfusions et les opérations de la fistule obstétricale. Les clientes sont aussi aiguillées ici par des organisations à base communautaire comme la Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD), qui sert de lien entre l'hôpital et les communautés. Au total, l'État compte environ 33 centres de santé primaire bien équipés et 12 ambulances en état de fonctionnement. Le nombre de femmes qui accouchent à l'hôpital a aussi augmenté. En moyenne, 5 000 accouchements y ont lieu chaque année, mais ce nombre est passé à plus de 11 000 durant l'année écoulée. Il faut sans doute attribuer cette augmentation soudaine à la gratuité des services de santé assurée par le gouvernement de l'État.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de l'État et d'au-delà.

Profil typique des clientes : La plupart sont âgées de 12 à 20 ans. Elles n'ont souvent pas eu l'occasion de recevoir la moindre éducation, sont de condition modeste, ont eu un accouchement prolongé et reçu l'assistance d'AT. Parfois, des femmes plus âgées viennent pour une intervention. Certaines clientes ont été antérieurement opérées sans succès.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au service de gynécologie et font l'objet d'une évaluation pour localiser et décrire la fistule.
- Le taux d'hémoglobine est établi avant l'opération.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement d'urine normal et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent des conseils quant à la nécessité de soins prénatals et d'un accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- Les conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs ne sont pas donnés systématiquement.

Réadaptation/réinsertion : Le gouvernement de l'État de Kano est en train de construire un centre – le centre de la FVV – destiné expressément à l'opération de la fistule obstétricale. En outre, il y aura aussi un centre de réadaptation où les clientes pourront acquérir des savoir-faire professionnels. Il existe actuellement un foyer sur le terrain de l'hôpital.

Ouverture sur l'extérieur : L'hôpital ne participe pas vraiment à un programme d'ouverture sur l'extérieur, mais il y a des ambulances gratuites aux centres de soins de santé primaires pour faciliter les aiguillages.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État s'est montré réellement déterminé à prévenir la fistule et à offrir un traitement aux femmes atteintes. L'intervention de la fistule, les médicaments, la nourriture et les services de maternité sont gratuits, et des ambulances ont été fournies à un certain nombre de centres de soins de santé primaires pour renforcer les services d'aiguillage.

Le nombre de clientes utilisant ces services a augmenté, mais ce changement n'a pas été suivi d'une augmentation des ressources, par exemple de l'équipement et du personnel, qui permettrait de faire face à la demande accrue de services.

Coût estimatif global par procédure : Gratuité pour toutes les clientes.

Ressources : Le gouvernement de l'État de Kano finance les activités et les services fournis par l'établissement. Le PNUD prête aussi un certain appui.

Obstacles :

- Accès médiocre aux centres de santé. Ils sont souvent situés loin des communautés et les clientes doivent parcourir de longues distances pour obtenir des services.
- Beaucoup de centres de santé ne disposent pas d'un personnel médical bien formé ni très qualifié.
- L'analphabétisme constitue aussi un obstacle, car les clientes ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leur propre santé.
- Le manque d'éducation des filles est une cause des mariages précoces et d'un comportement peu propre à préserver la santé durant la grossesse et l'accouchement. Cet état de choses est dû en partie au nombre insuffisant d'écoles dans la région et à l'impossibilité d'accéder aux écoles existantes.
- La culture locale impose d'avoir le premier accouchement à domicile. Des soins qualifiés ne sont délivrés à l'accouchement que dans moins de 30 % des cas.

D. Bureau de FORWARD, Kano, visité le 4 octobre 2002

FORWARD est une ONG internationale dont le siège se trouve au Royaume-Uni; elle est financée par le DfID et le National Charities Board (Royaume-Uni). FORWARD est actif au Nigéria depuis 1999 et s'efforce d'amplifier la réaction aux niveaux local et communautaire en vue d'améliorer l'état

sanitaire et nutritionnel et la condition sociale des femmes par l'éducation et l'instruction. FORWARD s'efforce aussi de réduire la violence sexiste, le trafic des femmes et des enfants et les autres formes de sévices dont les femmes sont victimes; de faire mieux prendre conscience des méthodes d'espacement des naissances et d'élargir l'accès aux services prénatals et postnatals; enfin, de prévenir les pratiques traditionnelles nuisibles, comme la MGF.

FORWARD est actif dans un certain nombre de communautés de l'État de Kano et a prêté appui à la création de comités de santé communautaire (CHC) composés de sept membres de la communauté, parmi lesquels des chefs de la communauté, des prestataires de services de santé et d'autres personnes. Les responsabilités des CHC consistent notamment à faire mieux prendre conscience au niveau local de ce qu'est la fistule obstétricale, à recueillir des informations sur les besoins sanitaires de la communauté, à dispenser une éducation nutritionnelle aux femmes enceintes, enfin à mettre en relation avec et aiguiller vers les centres de santé les femmes qui ont besoin de divers services, dont l'opération de la fistule obstétricale.

FORWARD s'occupe aussi de réadaptation et offre une formation professionnelle aux femmes qui ont eu une fistule et se sont vues rejeter par leur mari et leur communauté; il appuie en outre un programme de microcrédit. FORWARD prête appui à des programmes d'information sur la fistule obstétricale et il est membre du Comité consultatif de l'État sur la FVV. FORWARD envisage de reproduire son programme dans plusieurs autres États. FORWARD a aidé 75 patientes de la fistule, une fois opérées, à se réinsérer pleinement dans leur communauté d'origine.

Ressources : FORWARD reçoit des fonds non seulement du Gouvernement du Royaume-Uni, mais aussi du Programme national d'éradication de la pauvreté (NAPEP), du Ministère des affaires féminines de l'État de Kano, de l'organe de développement agricole et rural de Kano (KNARDA),

d'organisations philanthropiques locales et de particuliers. Il a aussi un élevage de volailles et trois autres exploitations agricoles qui produisent un revenu complémentaire pour alimenter ses activités.

Obstacles :

- Fonds limités.
- Personnel en nombre insuffisant.

E. Hôpital Babbar Ruga, Katsina, visité le 5 octobre 2002

Dimension : Deux ailes et une salle d'opération pour les interventions de la fistule.

Personnel médical : Le Dr. Kees Waaldijk dirige le centre, assisté par un autre médecin et deux infirmières, qui tous sont formés aux interventions de la FVV/FRV. Le centre, en collaboration avec le centre de Kano, a eu la charge de former plus de 180 médecins et plus de 200 infirmières.

Nombre de clientes : Très élevé. Quatre cent quinze interventions ont été pratiquées dans ce service l'année dernière.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Katsina et ses environs, mais elles viennent aussi de tout le Nigéria, notamment des États du nord.

Profil typique des clientes : La plupart sont de très jeunes femmes qui ont été atteintes de la fistule pendant le premier accouchement, du fait de sa longue durée. La plupart sont séparées de leur mari, ou divorcées, et rejetées par leur communauté en raison de leur état.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire pour localiser et décrire la fistule.
- Le taux d'hémoglobine est établi, mais les clientes ne sont pas soumises à un dépistage systématique des infections urinaires avant l'opération.
- Pas de dépistage du VIH/sida.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement normal d'urine et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent

des conseils sur la nécessité de soins prénatals et d'un accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse.

- Pas de conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs.

Réadaptation/réinsertion : Ces activités sont gérées par les ONG partenaires pour les clientes du foyer de la FVV.

Ouverture sur l'extérieur : L'unité ne participe à aucun programme de cette nature.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Katsina fournit les locaux, le personnel et les fonds nécessaires au fonctionnement de l'hôpital et du foyer.

Coût estimatif global par procédure : Gratuité pour les clientes; le coût supporté par l'institution n'est pas connu.

Ressources : L'hôpital est financé en premier lieu par le gouvernement de l'État de Katsina, mais le centre de la fistule reçoit un appui complémentaire de diverses ONG, dont Grassroots Health Organization of Nigeria (GHON) qui coordonne le programme de formation, de gynécologues néerlandais, d'équipes cyclistes néerlandaises et du Ministère fédéral de la santé, qui emploie le Dr. Waaldijk.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, ce qui a pour conséquence le mariage précoce et un comportement peu soucieux de préserver leur santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Manque de services obstétricaux d'urgence adéquats.
- Pénurie de médecins correctement formés à opérer la fistule.

F. Centre hospitalier et universitaire Usman Dan Fodio, visité le 7 octobre 2002

Dimension : 500 lits; le département d'OB/GYN dispose de 70 lits; l'aile de gynécologie compte 30 lits.

Personnel médical : Cinq consultants; 12 internes; neuf aides dans le département d'OB/GYN.

Nombre de clientes : Environ 48 interventions sont pratiquées chaque année.

Provenance des clientes : La plupart viennent de l'État.

Profil typique des clientes : Ordinairement, elles sont très jeunes et viennent d'accoucher. Elles n'ont eu aucune éducation structurée, appartiennent au groupe ethnique Hausa-Fulani, et n'ont pas reçu de soins - ni prénatals, ni durant l'accouchement, ni postnatals.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont examinées au service de gynécologie et font l'objet d'une évaluation.
- Recherche de base : taux d'hémoglobine, urée et électrolyte, dépistage des infections de l'appareil urinaire.
- L'état nutritionnel des clientes est amélioré.
- Ordinairement, les clientes attendent trois mois d'être débridées avant que l'intervention ait lieu.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir un écoulement d'urine normal et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral et couverture antibiotique.
- Des conseils sont donnés aux clientes et aux membres de leur famille concernant les soins à dispenser et la nécessité de recevoir des soins obstétricaux durant la grossesse.
- Aucun conseil spécifique concernant la planification familiale ou le VIH/sida.

Réadaptation/réinsertion : Aucun service n'est fourni.

Ouverture sur l'extérieur : Le département ne participe à aucun programme de cette nature.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'état ne prête aucune forme d'appui au service obstétrical du Centre hospitalier et universitaire.

Coût estimatif global par procédure : Environ 90 dollars É.-U.

Ressources : L'établissement est financé par le Gouvernement fédéral.

Obstacles :

- Manque d'éducation au niveau communautaire.

Ceux qui, au sein de la population, ont reçu une éducation et ceux qui n'en ont pas reçu ont beaucoup de mal à communiquer.

- Les centres de santé sont situés fort loin des communautés.
- Manque de prestataires qualifiés pour répondre à la demande de services.

G. Hôpital Maryam Abacha pour femmes et enfants, Sokoto, visité le 7 octobre 2002

Dimension : 24 lits dans le centre FVV, qui comprend deux ailes. Le centre dispose d'une salle d'opération.

Personnel médical : Seulement des généralistes. Aucun gynécologue consultant n'est employé par le gouvernement de l'État. Le centre de la fistule est tributaire de médecins de passage, notamment du Dr. Waaldijk. Dans le passé, d'autres spécialistes venaient de certains des centres du sud du pays. Le centre est géré par quatre infirmières.

Nombre de clientes : Variable; il est fonction de la disponibilité des médecins de passage. Douze à 15 cas au maximum sont pris en charge en l'espace de deux à trois semaines quand le Dr. Waaldijk est présent. Au moment de la visite de l'équipe, 36 clientes attendaient une opération. L'an dernier, 200 interventions ont été pratiquées.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Sokoto et de ses environs, mais d'autres viennent de tout le nord du Nigéria, même d'aussi loin que l'État d'Adamawa.

Profil typique des clientes : La plupart sont de jeunes adolescentes de condition modeste qui, en outre, n'ont reçu aucune éducation. Chez la plupart d'entre elles, la fistule est apparue au premier accouchement, qui s'est déroulé à domicile sans soins prénatals appropriés ni supervision durant l'accouchement même. La plupart sont des musulmanes du groupe ethnique Hausa-Fulani et sont inquiètes ou franchement troublées de leur condition. Il y a aussi des femmes plus âgées, mères de famille nombreuse (en général, au moins quatre

enfants), chez lesquelles la fistule est apparue après un accouchement prolongé. Les clientes dont c'est le premier accouchement sont le plus souvent divorcées ou séparées de leur mari, tandis que les femmes plus âgées, mères de famille nombreuse, sont pour la plupart encore mariées et soignées par leur mari.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire et font l'objet d'une évaluation pour localiser et décrire la fistule.
- Le taux d'hémoglobine est établi, mais les clientes ne sont pas soumises systématiquement à un dépistage des infections urinaires avant l'opération.
- Aucun dépistage du VIH/sida.

Soins postopératoires :

- Ils consistent notamment à assurer un écoulement normal de l'urine et à réduire la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent des conseils sur la nécessité de soins prénatals et d'un accouchement par césarienne en cas de nouvelle grossesse. Beaucoup n'ont pas de ressources suffisantes pour venir recevoir des soins prénatals après une opération réussie, et seules celles qui souffrent de complications reviennent ordinairement pour un suivi.
- Pas de conseils relatifs au VIH/sida et aux contraceptifs.

Réadaptation/réinsertion : Pas de locaux pour la réadaptation.

Ouverture sur l'extérieur : Le centre ne participe à aucun programme d'ouverture sur l'extérieur. Les clientes viennent quand elles entendent dire qu'un médecin sera là pour pratiquer des interventions. Elles doivent se nourrir par leurs propres moyens et beaucoup retournent dans leurs villages pour les travaux agricoles durant la saison des pluies.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Sokoto prête appui au traitement des FVV/FRV.

Coût estimatif global par procédure : Les clientes bénéficient de la gratuité du traitement, mais doivent s'alimenter par leurs propres moyens en

attendant l'intervention.

Ressources : Le gouvernement de l'État de Sokoto.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, d'où les mariages précoces et un comportement mal fait pour préserver la santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Du fait de l'ignorance et de la pauvreté, faible utilisation des centres de santé.
- Pénurie de prestataires de soins de santé qualifiés pour répondre à la demande de services.

H. Centre hospitalier et universitaire Olabisi Onabanjo (Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital), Shagamwe, État d'Ogun, visité le 7 octobre 2002

Dimension : 253 lits, dont 18 dans l'aile de gynécologie.

Personnel médical : Neuf consultants OB/GYN, mais six seulement d'entre eux pratiquent l'opération de la fistule. Dix internes peuvent aider les consultants dans les interventions et conduisent des examens sous anesthésie, de même qu'ils aident aux soins postopératoires. Mais ils ne peuvent pratiquer seuls les interventions de la fistule. Il y a 14 infirmières dans l'aile de gynécologie, deux ou trois d'entre elles assurant chaque période de travail.

Nombre de clientes : Les interventions sont pratiquées à mesure que les clientes viennent, soit un total d'environ 24 par an. Les trois médecins avaient l'habitude de se rendre dans le nord, par exemple à Sokoto, pour une semaine environ par mois et de faire 40 interventions dans la semaine après annonce de leur venue par radio. Ils en ont pratiqué à peu près le même nombre pendant 15 mois environ à l'hôpital de l'État Maryam Abacha, à Sokoto.

Provenance des clientes : État d'Ogun. Certaines viennent aussi de l'État de Lagos, à 50 km, et de l'État d'Ui, à 100 km.

Profil typique des clientes : Soixante pour cent des patientes ont plusieurs enfants et reçoivent de

leur mari un certain appui. Elles ont près de 30 ans, ou près de 40, et peuvent avoir eu un accouchement prolongé parce que leurs bébés étaient devenus progressivement plus gros ou que ces gros bébés s'étaient présentés dans une position difficile.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- La plupart des femmes sont préparées au département de consultations externes pour réduire le temps d'occupation des lits et réaliser une économie.
- Les clientes sont généralement admises une semaine avant l'opération.
- On recourt aux cultures d'urine et un spécimen est recueilli à la pipette puisque les clientes ne peuvent évacuer volontairement.
- L'état nutritionnel est amélioré.
- L'hématocrite doit être supérieur à 30 %; sinon, une transfusion de sang est nécessaire.
- Les excoriations vulvaires sont nettoyées par une application locale de vaseline, qui donne des résultats presque aussi bons que l'oxyde de zinc, dont l'hôpital ne dispose pas.
- Il est procédé à un examen sans anesthésie et à un test par teinture afin de déterminer l'emplacement et la taille de la fistule et de décider la procédure à appliquer.
- Tantôt, l'intervention est pratiquée immédiatement dans la salle d'opération, tantôt les patientes doivent attendre jusqu'au lendemain.
- Pas de cystoscopie, mais les médecins peuvent effectuer un pyélogramme intraveineux si la fistule est trop vaste et déborde sur le méat urinaire; c'est là, toutefois, une procédure rare.
- L'abdomen est radiographié pour vérifier l'absence de lithiase rénale ou de calculs dans la vessie.

Soins postopératoires :

- Cathéter de Foley dans la poche à urine.
- Les clientes sont couchées sur un côté ou l'autre, alternativement, avec changement de position toutes les deux à quatre heures.
- Injection intraveineuse de fluides durant les premières 24 heures.

- Les poches à urine sont vidées toutes les heures pour contrôler qu'il n'y a pas obstruction du cathéter.
- Divers médicaments (mépéridine ou diazepam et analgine) sont administrés durant les premières 24 heures pour soulager la douleur.
- Des antibiotiques prophylactiques sont systématiquement administrés.
- Le cathéter est inséré pendant 10 à 14 jours, selon la complexité de l'intervention.
- La vessie est entraînée à surmonter l'incontinence due au stress; on utilise à cette fin un clamp.
- Les clientes sont conseillées quant aux causes et à la prévention de la fistule.
- Les clientes reçoivent le conseil de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois.
- Dans 90 % des cas, c'est-à-dire sauf si l'intervention a été très facile, les clientes reçoivent le conseil d'avoir une césarienne en cas de nouvelle grossesse.
- 85% des patientes rentrent chez elles « sèches », mais pour une minorité deux ou plusieurs essais sont nécessaires.

Réadaptation/réinsertion : Des conseils relatifs à la planification familiale et divers types de contraception sont offerts. Les clientes reçoivent des conseils quant à leur fécondité future et à la douleur que pourraient leur causer les rapports sexuels en raison des cicatrices du vagin. Toutes ont entendu parler du VIH : l'hôpital a un centre d'études spéciales sur les microbicides et la prévention du VIH, mais non à l'intention des patientes de la fistule en particulier. Il n'y a pas de programmes de suivi communautaires pour aider les femmes à se réinsérer après l'opération.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune.

Appui des autorités : Le personnel ne dit pas clairement si la fistule constitue un problème prioritaire au regard du Ministère de la santé. Mais l'épouse du gouverneur de l'État organise parfois un soutien financier.

Coût estimatif global par procédure : Il s'agit d'un centre payant. Les redevances ont augmenté quand l'établissement a récemment été promu au

rang de centre hospitalier et universitaire – passant d'environ 150 dollars à environ 200 dollars. Ce montant inclut une subvention générale de l'État et ne peut être que rarement réduit davantage, ce qui suppose l'intervention de l'épouse du gouverneur ou d'une organisation, par exemple une église, qui paie pour la cliente. Si de nombreuses clientes sont en mesure d'acquitter cette redevance, les patientes de la fistule sont généralement très pauvres et ont du mal à réunir une telle somme. La plupart sont sans emploi, 80 % sont rejetées par leur mari et ne reçoivent aucune aide financière.

Ressources : Uniquement les redevances d'usagers et la subvention du gouvernement de l'État.

Obstacles :

- Les redevances élevées écartent certaines patientes et influent sur le type de test de laboratoire qui peuvent être conduits, comme les pyélogrammes intraveineux. Les coûts élevés limitent aussi la durée de séjour postopératoire à l'hôpital.
- Il n'y a pas d'infirmières formées à donner les soins nécessités par la fistule.
- La salle d'opération ne dispose pas d'une source fiable de courant électrique. Les chirurgiens ont souvent besoin d'utiliser le groupe électrogène.
- L'hôpital n'a pas de ressources suffisantes pour administrer des antibiotiques coûteux comme les céphalosporines, même si la culture locale le recommande.
- Le suivi est limité; aucun service communautaire n'est en place pour aider les clientes.

I. Centre évangélique pour FVV, Jos, Plateau, visité le mardi 8 octobre 2002

Dimension : Les ailes comptent 20 lits. Le foyer d'hébergement en compte 30.

Personnel médical : Deux chirurgiens de la fistule sont attachés au centre et y résident en permanence, avec l'aide fréquente de chirurgiens de passage; neuf infirmières, dont deux ont été formées aux interventions de la fistule; une assistance sociale; et un certain nombre d'aides-infirmières.

Nombre de clientes : 12 à 14 interventions par semaine. Il y a un jour de consultation chaque semaine.

Provenance des clientes : La plupart des clientes viennent de l'extérieur de l'État. Certaines viennent de pays voisins, dont le Cameroun. Beaucoup sont de l'État du Plateau et viennent du gouvernement local de Langtang Sud. La plupart ont connu un accouchement difficile à domicile; une raison possible de la préférence pour l'accouchement à domicile réside dans la croyance que des ennemis personnels pourraient conspirer avec les prestataires de services pour nuire à la mère et au bébé durant l'accouchement, de sorte qu'il y a moins de risque à accoucher à domicile. Les clientes sont généralement moins nombreuses en août et septembre (mois qui se situent dans la saison des pluies) que les autres mois.

Profil typique des clientes : Des femmes de tout âge viennent au centre. Chez beaucoup, la fistule est apparue peu après une naissance et elles la supportent depuis de longues années (jusqu'à 30 ans) car elles ignorent qu'un traitement existait. Ces clientes sont généralement déprimées, sous-alimentées et indigentes. Dans quelques cas, la fistule a été causée par un médecin. Beaucoup de femmes survivent en mendiant, en se prostituant et en travaillant dans l'agriculture.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les nouvelles clientes sont examinées une fois par semaine, généralement le mardi, et leur opération est prévue pour la semaine même. Mais il y a souvent une longue liste d'attente et les clientes ne peuvent alors être opérées que dans un délai allant jusqu'à deux mois.
- Établissement du taux d'hémoglobine, de l'urée et des électrolytes et dépistage des infections urinaires avant l'opération.
- Les clientes sont systématiquement dépistées pour le VIH/sida; celles qui s'avèrent séropositives sont mises en rapport avec une ONG locale, Spring of Life, qui dispense des conseils.

Soins postopératoires :

- Les clientes passent environ trois semaines

au centre, au cours desquelles l'issue de l'opération est évaluée et la vessie rééduquée.

- Aucun conseil n'est dispensé pour la planification familiale.

Réadaptation/réinsertion : Juste avant de quitter le centre, les clientes participent à une assemblée qui se tient l'un des jours de consultation et durant laquelle les anciennes et nouvelles clientes – aussi bien celles dont l'opération a réussi que celles dont elle a échoué – se rencontrent pour partager leurs expériences. Cette assemblée a pour but de ranimer l'espoir, surtout dans le cœur des nouvelles clientes, que la fistule peut être guérie, ainsi que de mettre en lumière les différentes manières dont une femme peut avoir une fistule ou prévenir son apparition. Il est prescrit aux clientes de venir pour un examen trois mois et six mois après avoir quitté le centre. Il leur est aussi prescrit de venir au service de maternité en cas de nouvelle grossesse, car la césarienne y est pratiquée à un coût modéré (30 dollars É.-U.) grâce à la subvention de Safe Motherhood. Il y a aussi un centre de réadaptation sur le terrain du centre, où l'on enseigne aux clientes divers savoir-faire, comme le tricotage, la confection de savon et la préparation de repas. De nombreuses clientes se remarient après une opération réussie.

Ouverture sur l'extérieur : L'Église évangélique d'Afrique de l'Ouest (ECWA) n'a pas de programme précis d'ouverture sur l'extérieur. Cependant, quelques organisations à base communautaire entrent en contact avec les communautés environnantes.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État ne fournit aucun appui au centre.

Coût estimatif global par procédure : Les clientes versent une redevance symbolique de 50 centimes pour qu'elles aient davantage le sentiment de contribuer à leur propre traitement.

Ressources : Le financement du centre pour fistules est assuré essentiellement par des églises et d'autres donateurs à l'extérieur du pays. Des organisations philanthropiques et des ONG font aussi des donations. Le NAPEP a récemment fait don d'équipement au centre de réadaptation.

Obstacles :

- La pauvreté. Les clientes n'ont souvent pas assez d'argent pour payer leur transport au centre pour les visites de suivi.
- Les pénuries de personnel. Souvent, une seule infirmière qualifiée prend soin des clientes dans les deux ailes.
- La pénurie d'équipement et de fournitures.
- Les pratiques traditionnelles nuisibles comme la MGF et les entailles de gishiri, qui peuvent prédisposer les femmes à la formation d'une FVV/FRV.
- Des croyances traditionnelles enracinées dans certaines parties de l'État du Plateau, qui empêchent les femmes d'avoir recours aux soins de santé durant la grossesse et l'accouchement par crainte de s'exposer à ce qu'on regarde comme des « forces mauvaises ».

J. Centre hospitalier et universitaire de l'Université de Calabar, Annexe de maternité, État de Cross River, visité le 8 octobre 2002

Dimension : 97 lits dans une annexe de l'hôpital principal, qui compte lui-même 237 lits. Le département de consultations externes a été transféré dans un nouveau site proche, mais l'unité de planification familiale, rénovée et équipée par EngenderHealth, n'a pas encore été associée à ce transfert.

Personnel médical : Il y a sept consultants OB/GYN, mais un seulement opère la fistule. Les autres souhaitent apprendre à opérer. Il y a 23 internes et, bien qu'il soit nécessaire de connaître la chirurgie de la fistule pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, ils ont rarement l'occasion de voir même un seul cas durant leur internat. Treize infirmières sont affectées à l'aile de gynécologie de 30 lits, où elles travaillent en trois équipes.

Nombre de clientes : Il est très faible; deux à quatre seulement sont opérées chaque année. Mais le personnel traite dans l'aile des soins postnatals, et surtout dans celle réservée aux patientes dont

l'arrivée n'était pas prévue d'avance, au moins 40 à 50 femmes venues à l'Hôpital pour les complications d'un accouchement prolongé entraînant l'apparition d'une fistule. La plupart d'entre elles ne reviennent pas pour une intervention de la fistule. Presque toutes celles qui sont opérées rentrent chez elles « sèches ».

Provenance des clientes : La majorité sont de Calabar et des environs. Certaines viennent d'aussi loin que Nkomand Ogoja, localité située à 200 km environ au nord de Calabar.

Profil typique des clientes : Ce sont des jeunes femmes âgées de 14 à 20 ans. La fistule est apparue à la première grossesse; elles sont pauvres, et admises en raison d'un accouchement prolongé qui entraîne la mort intra-utérine du fœtus. La plupart sont célibataires. La majorité souffrent d'une FVV, mais il y a aussi quelques cas de FRV, soit isolés soit en combinaison avec la FVV. La plupart des femmes effectuent des visites pour soins prénatals, mais elles préfèrent accoucher à domicile avec une parente ou une AT ou, bien plus souvent, dans une église avec les soins de la femme du pasteur ou d'une paroissienne. Les femmes semblent croire que, contrairement à l'église, l'environnement hospitalier ne les protège pas contre des « attaques spirituelles ».

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Prévention et traitement des excoriations vulvaires.
- Un examen sans anesthésie précède normalement l'intervention.
- On établit le taux d'hémoglobine et procède à une numération globulaire complète.
- Cultures d'urine pour garantir l'absence de toute infection.
- Il est rarement procédé à un pyélogramme intraveineux en raison de son coût élevé.
- Des conseils sont donnés aux clientes concernant la chirurgie et les causes de la fistule.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent pour 15 jours environ; drainage continu du cathéter pendant 14 jours.
- Des fluides sont administrés en abondance par

voie intraveineuse pendant les quelques premiers jours, ainsi que des antibiotiques et analgésiques.

- Une césarienne est recommandée à toutes les patientes pour leurs grossesses ultérieures.
- Les clientes reçoivent le conseil de s'abstenir de rapports sexuels pendant trois mois. Antérieurement, la période suggérée était de six mois.
- Une information sur le VIH est généralement donnée aux clientes en consultation externe ainsi qu'aux autres, dans le cadre d'un entretien général sur la santé individuelle. La planification familiale est offerte et toutes les méthodes peuvent être obtenues à l'unité initialement financée par EngenderHealth.

Réadaptation/réinsertion : Il n'y a pas de services sociaux permettant aux clientes de retrouver leur équilibre et de se réinsérer dans la communauté. Certaines reviennent auprès de leur mari après une intervention réussie, mais un certain opprobre s'attache à leur état. La communauté peut croire que la fistule est la sanction d'une infidélité passée, qui débouche sur un accouchement prolongé. D'autres attribuent la fistule aux machinations de voisins. Les clientes elles-mêmes sont généralement très soucieuses de leur hygiène, utilisant des vêtements propres qu'elles changent souvent.

Ouverture sur l'extérieur : Il n'existe pas de programme centré sur la FVV en tant que problème spécifique. Cependant, cet hôpital a utilisé des fonds donnés par EngenderHealth pour lancer un programme éclairant la communauté sur la planification familiale et la maternité sans risques et pour élargir l'accès à des services de santé en matière de reproduction qui soient de qualité. Ce type d'intervention est permanent et vise les dirigeants religieux et d'autres chefs de communauté; y trouvent place des entretiens informant des risques que comporte le choix d'une église pour donner naissance, des dangers d'un accouchement non assisté (ou avec assistance non qualifiée), et narrant l'histoire de femmes mortes durant la grossesse et l'accouchement.

Soutien des autorités : Pratiquement inexistant.

Le Gouvernement a un rôle, mais il ne semble pas voir dans la fistule une priorité. On considère généralement qu'elle est un problème dans le nord du pays et c'est là que sont concentrées les ressources, y compris les campagnes de prise de conscience.

Coût estimatif global par procédure : Environ 250 dollars É.-U. Toutes les patientes doivent payer l'opération de la fistule mais, dans quelques cas désespérés, il est demandé à l'épouse du gouverneur de l'État de fournir une aide prélevée sur les fonds publics.

Ressources : Principalement une subvention mensuelle du Gouvernement fédéral par l'entremise du Ministère de la santé. EngenderHealth soutient le programme de planification familiale et, indirectement, les activités de maternité sans risques.

Obstacles :

- L'hôpital est situé dans un bâtiment très ancien, mais il est prévu de le reloger bientôt dans un nouveau site.
- L'équipement et les instrument sont inadéquats. Une seule salle d'opération est disponible pour la maternité et la chirurgie gynécologique, élective ou en urgence. On espère que cette situation changera quand la nouvelle salle d'opération en cours de construction sera disponible.
- Il n'y a pas de foyer d'hébergement.
- Financement insuffisant et coût élevé de la chirurgie.
- Les possibilités de formation pour le personnel médical et infirmier intéressé sont limitées en raison du très petit nombre de patientes et de médecins sachant opérer la fistule.
- Compétition pour l'espace dans les ailes, car les patientes de la fistule se disputent les lits disponibles avec d'autres patientes récemment opérées. En outre, les patientes de la fistule restent généralement plus longtemps à l'hôpital, trois semaines ou davantage. Elles occupent aussi plus longtemps la salle d'opération.
- Nécessité de mobiliser et d'éduquer au niveau communautaire concernant les meilleures pratiques obstétricales.

K. Family Life and Hospital, Imbribit Itam, État d'Akwa-Ibom, visité le 9 octobre 2002

Dimension : Hôpital de 38 lits fondé en 1991; ce centre est une succursale de l'Hôpital général Annuu, Uyo, fondé par les Missionnaires médicaux de Marie, mais passé depuis sous le contrôle du gouvernement de l'État. Les deux centres sont distants d'environ 8 km. L'hôpital occupe environ six acres et tous les bâtiments sont des bungalows avec des couloirs couverts qui unissent les secteurs les plus importants de l'hôpital, comme la salle d'opération et les ailes. Il y a des foyers d'hébergement pour hommes et pour femmes. Il y a une cuisine d'accès libre (utilisée surtout par les familles des clientes), un puits de forage et trois blocs électrogènes de diverses dimensions. L'hôpital comprend aussi un centre de réadaptation, le logement du personnel, un centre de conférence doté de locaux d'hébergement simples et un couvent.

Il a deux ailes de gynécologie. L'une est destinée aux soins postopératoires immédiats et compte 22 lits. L'autre aile compte 16 lits et sert les clientes qui n'ont pas encore été opérées ou dont la convalescence est avancée. Un foyer pour femmes de 30 lits est à la disposition de parentes ou autres personnes qui assurent l'alimentation et les soins des convalescentes; il y a aussi quelques matelas en supplément sur le sol. Un foyer pour hommes, qui compte environ 16 lits, a été construit près de la porte principale. L'hôpital assure aussi le logement du personnel féminin célibataire.

Personnel médical : Deux médecins, le Dr. Anne Ward et le Dr. Upuji, travaillent aussi l'un et l'autre à l'Hôpital public Annuu tout proche. Un autre praticien privé délaisse de temps à autre sa propre clientèle pour apprendre la chirurgie de la fistule. Il y a des infirmières diplômées et huit aides, dont quelques-unes étaient des patientes de la fistule souffrant de complications à long terme. Trois des infirmières sont détachées du Ministère de la santé, qui les rétribue. Le Ministère de la santé s'efforce aussi d'encourager les religieuses à gérer l'Hôpital

Annua, mais il pourrait alors être difficile de trouver le personnel nécessaire.

Nombre de clientes : Élevé, avec une vingtaine d'interventions par mois et au moins 200 à 240 cas par an, en fonction de la disponibilité du Dr. Ward. Le nombre d'opérations diminue durant ses absences. Cependant, le Dr. Ward estime que l'on insiste trop sur les chiffres. Elle note que l'on peut passer une matinée entière sur un cas difficile dont peu d'autres chirurgiens pourraient se charger, ou bien choisir de faire à la place trois ou quatre interventions simples. Elle n'aime pas non plus parler des taux de réussite; elle observe qu'elle-même et son personnel donnent à chaque cliente les meilleurs soins possibles. Il y a à peu près neuf fois plus de FVV que de FRV. Elle a observé en outre que de nombreuses fistules apparaissent durant un accouchement prolongé dans les établissements médicaux privés et que le nombre de fistules résultant d'opérations mal conduites ou imputables à un médecin pour quelque autre raison est en train d'augmenter. Il s'agit parfois de graves lésions de l'urètre, qui exigent une opération de réimplantation. Au cours des trois dernières années, elle a dû opérer 79 lésions de l'urètre causées par des médecins.

Provenance des clientes : Les femmes viennent de tout le sud-est du pays, les distances entre le domicile et l'hôpital pouvant aller jusqu'à 250 km. Les coûts de transport font difficulté, car la majorité d'entre elles sont pauvres. La Fondation Ford prête son appui à un groupe qui envoie un véhicule prendre à domicile certaines des femmes et les ramener pour l'opération. Ce véhicule sert aussi à atteindre les lépreux.

Profil typique des clientes : La plupart des femmes sont âgées de 16 à 20 ans et la fistule est apparue à leur premier accouchement. Elles sont accompagnées par une parente ou une amie. Elles sont très pauvres. Cependant, comme l'hôpital sert de centre d'aiguillage pour une grande partie du pays, on y trouve aussi des femmes plus âgées et mères de famille nombreuse.

Processus d'évaluation et de dépistage :

• La plupart des évaluations sont de type clinique en

raison du manque d'installations de laboratoire.

- Il est possible d'évaluer l'hématocrite parce que l'hôpital a une centrifugeuse et des tubes de verre.
- La détermination du groupe sanguin et la recherche de sang compatible, si nécessaire, doivent être faites dans un laboratoire privé situé à Uyo, ville distante de 10 km.
- Il est généralement procédé la veille de l'opération à un examen sans anesthésie; parfois, une rachianesthésie est nécessaire.
- L'état nutritionnel est évalué et, en cas de besoin, amélioré.
- Il n'est jamais procédé à un pyélogramme intraveineux ni à une cystoscopie.
- L'hôpital ne peut assurer une anesthésie générale durant l'opération : toutes les patientes sont opérées sous rachianesthésie avec lidocaïne à 2%.
- Il faut réutiliser les cathéters de Foley pour raison d'économie et, quand le ballon n'est pas gonflé, le cathéter est ordinairement fixé avec une suture en vicryl 2,0 au vagin et aux lèvres, au méat externe de l'urètre. Le vagin est obturé avec une seule épaisseur et, avant l'obturation, un test à l'encre est effectué.
- Toutes les interventions vaginales sont effectuées en position lithotomique, les patientes étant en trendelenburg exagéré.

Soins postopératoires :

- On administre aux clientes des antibiotiques et des analgésiques.
- Le drainage permanent de la vessie, pendant 14 jours, se fait dans un bol, parce que les poches à urine sont coûteuses et n'exercent pas la pression négative adéquate pour assurer un drainage continu.
- L'écoulement de l'urine et l'absorption de fluides sont contrôlés toutes les heures, et la cliente est tournée d'un côté sur l'autre toutes les trois à quatre heures.
- La vessie est rééduquée.
- Pour les escarres qui ne guérissent pas, le personnel médical parsème directement des morceaux de gaze stérile d'extraits d'aloès et couvre les blessures.
- Il n'est pas fait mention du VIH/sida parce que

le personnel médical estime ne pas être formé à délivrer des conseils à ce sujet ou n'a pas assez de connaissances ni d'expérience en la matière, surtout en ce qui concerne les impératifs d'ordre culturel.

- Aucune mention de la planification familiale.
- Les clientes et leurs partenaires masculins, s'ils sont présents, sont avisés de la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels.
- Il est conseillé aux clientes de revenir pour une césarienne en cas de nouvelle grossesse. Il convient cependant de noter que certaines ne reviennent pas.
- Après enlèvement du cathéter, les clientes restent à l'hôpital pour une semaine au moins.

Réadaptation/réinsertion : De nombreuses clientes ne retournent pas chez leur mari. Quelques-unes sont employées comme aides à l'hôpital. Il y a un centre de réadaptation, où les clientes peuvent recevoir une formation professionnelle (habillement, fabrication de lait de soja et de savon, travaux agricoles). Un enseignement élémentaire leur est aussi donné, car de nombreuses femmes ne savent ni lire ni compter.

Ouverture sur l'extérieur : Il y a un programme communautaire permanent sur la maternité sans risques, patronné par le NAPEP. Les entretiens sur la santé abordent la question de la fistule et de sa prévention.

Appui des autorités : Il apparaît pratiquement inexistant. Le Président du pays aurait récemment demandé à l'équipe de travail de la Fondation nationale de la fistule de mettre en route une évaluation rapide des besoins afin de déterminer le nombre total des femmes qui en sont atteintes. L'évaluation était aussi censée indiquer leur répartition géographique, ainsi que les ressources et le personnel disponibles pour traiter leur condition. Cette initiative a commencé mais n'a pas abouti, faute de moyens de financement suffisants. L'équipe de travail, dont le Dr. Ward est membre, a tenu sa dernière réunion en décembre 2001.

Coût estimatif global par procédure : Environ 85 dollars. Mais certaines clientes ne peuvent payer et sont exemptées de cette obligation. La perception des redevances versées par les usagers suffit à peine

à couvrir les coûts de gestion de l'hôpital, dont ces redevances représentent peut-être 30 % du budget total.

Ressources : Exxon Mobil a fourni les lampes à pied pour les deux salles d'opération et prend à sa charge la rémunération des membres du personnel, à l'exception de ceux qui relèvent du gouvernement de l'État. Des dons provenant de Guernesey, île anglo-normande, ont permis de construire la salle d'opération et d'acheter l'équipement, à savoir deux tables d'opération et deux ventilateurs de plafond – il n'y a pas de climatisation. Le Gouvernement de la République d'Irlande a équipé la blanchisserie avec une machine à laver (qui actuellement ne fonctionne pas), un séchoir et une repasseuse industrielle. Des dons parvenus du Royaume-Uni ont permis de construire le centre de réadaptation et d'en acheter l'équipement. Les sutures en vicryl sont généralement fournies par des amis qui résident aux États-Unis. Le gouvernement n'offre qu'un appui limité; l'épouse du gouverneur de l'État organise de temps à autre des groupes de soutien. Des groupes de femmes de l'État ont donné des fonds pour construire et équiper le foyer d'hébergement pour femmes. La Fondation Ford aide à financer le programme externe en transportant les clientes entre leur domicile et l'hôpital, dans les deux sens. En 2001, le PNUD a payé les honoraires dus pour 500 opérations de la fistule. L'UNFPA a promis quelque argent pour rémunérer le chirurgien assistant, mais on ne sait combien de temps il pourra offrir cet appui. D'autres donateurs ont aidé à réparer des blocs électrogènes défectueux.

Obstacles :

- Il faut accroître les moyens d'action. L'hôpital fait déjà fonction de centre régional d'aiguillage, mais il a besoin de plus d'espace encore pour atteindre un degré maximal d'efficacité.
- Financement insuffisant et dépendance du soutien des donateurs.
- Participation trop limitée du gouvernement.
- Difficulté de garantir la durabilité des services, à quoi s'ajoute le manque d'intérêt des médecins rémunérés par le Gouvernement à recevoir la

formation appropriée. Un chirurgien note que certains stagiaires portent si peu d'intérêt à la fistule qu'ils nuisent parfois à la cliente durant l'opération, lui causant ainsi un lourd préjudice étant donné le fardeau physique et affectif lié à la fistule.

- Quand le chirurgien en chef n'est pas disponible, les opérations sont suspendues. Il est nécessaire d'encourager et soutenir davantage de chirurgiens locaux tandis qu'ils se familiarisent avec les détails complexes de la chirurgie de la fistule.
- Des croyances propres à la culture locale attribuent la fistule à des malédictions ou à la sorcellerie. Certaines églises évangéliques de la région se sont opposées ces dernières années à l'utilisation des services de soins prénatals et de maternité dans les hôpitaux. On assure aux femmes qu'elles subiront des « attaques spirituelles » à moins d'accoucher dans l'église avec la femme du pasteur ou une autre paroissienne, généralement âgée.
- Profonde confiance dans les AT; moins dans les hôpitaux.
- Médiocrité des soins dans certains centres médicaux, où certaines fistules sont imputables à un médecin.
- Absence de conseils sur la planification médicale et le VIH. Il faut mieux former et soutenir le personnel pour qu'il offre ce type d'aide aux clientes. Le problème est lié à l'opprobre marqué qui entoure le VIH; les hôpitaux du voisinage envoient ici même les clientes non atteintes d'une fistule pour des opérations gynécologiques élémentaires, si elles sont séropositives. Le personnel de l'hôpital a estimé que les conseils dispensés dans les centres médicaux du voisinage n'étaient pas de bonne qualité et ne servaient qu'à renforcer la discrimination que les clientes affrontaient déjà.
- Les femmes atteintes d'une fistule se heurtent elles aussi à un opprobre marqué. Elles sont souvent considérées « malpropres » et susceptibles de « polluer » les autres. Par exemple, certains jeunes hommes qui étaient venus au centre de

conférences pour une réunion ont demandé au Dr. Ward de jurer que leur nourriture n'avait jamais été touchée ni préparée par une femme atteinte d'une fistule, maintenant ou dans le passé.

- Il faut mobiliser les dirigeants communautaires et religieux locaux et les instruire des causes de la fistule et des moyens de la prévenir.
- Médiocrité du transport. Il faut améliorer l'état des routes et les possibilités de déplacement, ce qui est particulièrement important dans les zones rurales, surtout pour les urgences obstétricales.
- Il faut améliorer les mesures de prévention des infections.
- Il faut intensifier les activités de plaidoyer et promouvoir les services disponibles à l'hôpital. Ils pourraient être mieux utilisés si davantage de femmes connaissaient leur existence.
- Bien que les soins délivrés par les aides des deux sexes constituent un atout réel pour les clientes et pour l'hôpital, il importe de comprendre plus complètement leur rôle. On pourrait conduire des recherches pour mieux savoir comment encourager une plus grande participation des hommes. Il serait aussi souhaitable d'être mieux informé de la manière dont les communautés perçoivent les aides féminines qui assistent les patientes de la fistule.
- Aucune recherche sociale ou clinique sur la fistule n'est actuellement faite à l'hôpital, mais toutes les données sur les clientes opérées y sont conservées. Il serait très utile de mieux connaître la condition sociale de ces femmes pour concevoir des programmes de prévention et autres initiatives.

L. Centre hospitalier et universitaire (University Teaching Hospital)Ahmadu Bello, Kaduna, visité le 11 octobre 2002

Dimension : 258 lits. Le département d'obstétrique et gynécologie dispose de 54 lits, dont 16 dans les ailes affectées aux femmes en train d'accoucher et aux patientes contraintes de garder le lit, 18 dans l'aile de maternité et 20 dans l'aile de gynécologie. Personnel médical : Cinq consultants, dont l'un est

actuellement en détachement à l'étranger; des internes principaux; et des internes. Les interventions de FFV/FRV sont actuellement effectuées par deux des consultants.

Nombre de clientes : Faible : 20 à 30 interventions sont pratiquées chaque année et il s'agit généralement de cas simples. Beaucoup de clientes ne peuvent se permettre le coût d'une intervention à cet hôpital. Le taux de succès est supérieur à 90 %.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Kaduna et de ses environs. Des membres de leur famille plus aisés, qui peuvent couvrir le coût des services de cet hôpital, font venir certaines clientes de villages écartés.

Profil typique des clientes : La plupart sont des adolescentes de condition modeste. Dans la majorité des cas, la fistule est apparue lors du premier accouchement, conduit à domicile ou dans un centre de santé mal équipé, sans la supervision voulue durant la grossesse et l'accouchement. Beaucoup sont séparées de leur mari après l'intervention. Chez 10 à 20 % des clientes, la fistule est due à une intervention chirurgicale mal exécutée, par exemple une césarienne ou une hystérectomie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire, où elles subissent un examen clinique détaillé, qui comporte notamment une évaluation de la fistule. La pathogenèse de la fistule est expliquée à la cliente.
- Avant l'opération, établissement du taux d'hémoglobine, évaluation de l'urée et des électrolytes, et dépistage d'une éventuelle infection des voies urinaires.
- Il n'est pas procédé systématiquement au dépistage du VIH.
- Les clientes doivent attendre trois mois environ après l'apparition de la fistule avant d'être opérées.
- Avant l'opération, il faut traiter les excoirations et les infections des voies urinaires.
- Amélioration de l'état nutritionnel.

Soins postopératoires :

- Portent sur le maintien d'un écoulement normal de l'urine, la prévention des infections des voies urinaires et la rééducation de la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, les clientes reçoivent le conseil de s'abstenir de rapports sexuels, de recevoir nécessairement des soins prénatals et d'avoir une césarienne pour tout accouchement futur. Beaucoup ne reviennent pas quand elles sont enceintes, faute de pouvoir acquitter les redevances dues pour les soins prénatals et la césarienne.

Réadaptation/réinsertion : Cet hôpital n'a pas de service de réadaptation.

Ouverture sur l'extérieur : L'unité ne participe à aucune ouverture sur l'extérieur.

Appui des autorités : Les FFV/FRV ne sont pas une priorité pour le gouvernement de l'État de Kaduna.

Coût estimatif global par procédure : Le coût estimatif total du traitement de la fistule est d'environ 150 dollars É.-U.

Ressources : Financement par le Gouvernement fédéral en premier lieu. Les redevances versées par les clientes lui assurent un complément de ressources.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, ce qui se traduit par le mariage précoce et un comportement modérément soucieux de préserver leur santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Ignorance des complications dues aux grossesses et accouchements mal conduits.
- Accès limité aux centres de soins de santé, surtout pour les soins obstétricaux d'urgence.
- Sentiment des clientes que l'attitude des prestataires constitue un obstacle.
- Pénurie d'équipement hospitalier approprié pour le traitement de la fistule.

M. Centre hospitalier et universitaire (University Teaching Hospital) Ahmadu Bello, Zaria, visité le 11 octobre 2002

Dimension : 514 lits pour l'ensemble de l'hôpital. Il y a 96 lits dans l'unité d'obstétrique et gynécologie : 32 dans l'aile de maternité; 14 dans l'aile d'accouchement; et 50 dans l'aile de gynécologie.

Personnel médical : Cinq consultants; quatre internes de longue date; et 15 internes de fraîche date. Les interventions de la fistule sont pratiquées par tous les consultants et par deux des internes de longue date.

Nombre de clientes : Faible: 18 interventions ont été pratiquées au cours de l'année écoulée; beaucoup de celles-ci étaient des cas compliqués qui avaient donné lieu à des tentatives antérieures malheureuses. Le coût des interventions dépasse les moyens de nombreuses clientes dans cet hôpital. Le taux de succès est supérieur à 90 %.

Provenance des clientes : La plupart viennent de Zaria et ses environs aussi bien que d'États voisins. Quelques-unes viennent même de Lagos, qui est éloigné.

Profil typique des clientes : La plupart sont des adolescentes de condition modeste. La plupart n'ont pas reçu d'éducation. Chez la majorité des clientes, la fistule est apparue au premier accouchement, qui a été conduit à domicile ou dans des centres de santé mal équipés, sans une supervision appropriée des soins avant et durant l'accouchement.

Beaucoup ont été contraintes à épouser leur mari, qui divorce ou se sépare de sa femme tant que la fistule n'a pas disparu. Très peu de clientes doivent la fistule à une intervention chirurgicale, telle que césarienne ou hystérectomie.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Les clientes sont d'abord examinées au dispensaire où elles subissent un examen clinique détaillé, qui comporte notamment une évaluation de la fistule. La pathogenèse de la fistule est expliquée à la cliente.
- Avant l'opération, établissement du taux d'hémoglobine, évaluation de l'urée et des

électrolytes, et dépistage d'éventuelles infections des voies urinaires.

- Il n'est pas procédé systématiquement au dépistage du VIH, mais seulement dans les cas où il y a lieu d'y procéder. Les services de VCT sont disponibles dans le centre de santé en matière de reproduction de l'unité, et cette option est communiquée à toutes les clientes du dispensaire de gynécologie durant l'exposé prononcé au début de chaque jour de consultation externe. Toutefois, les patientes de la fistule ne sont pas automatiquement aiguillées vers ces services.
- Les clientes doivent attendre environ trois mois après l'apparition de la fistule avant d'être opérées. Les excoriations et les infections des voies urinaires doivent disparaître avant l'opération.
- Renforcement de l'état nutritionnel.

Soins postopératoires :

- Il s'agit de maintenir l'écoulement normal de l'urine, de prévenir les infections des voies urinaires et de rééduquer la vessie après enlèvement du cathéter urétral.
- Avant de quitter l'hôpital, il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels, de recevoir nécessairement des soins prénatals et d'avoir une césarienne pour tout accouchement futur. La moitié seulement environ des patientes traitées avec succès reviennent en cas de nouvelle grossesse, en raison des redevances à verser pour les soins prénatals et la césarienne.

Réadaptation/réinsertion : Il y a un foyer de la fistule géré par le service de protection sociale de l'hôpital, mais il est actuellement sous-utilisé parce que l'hôpital ne fournit pas la nourriture à ses clientes et a commencé d'imposer le versement d'une redevance pour ce qui était jadis gratuit. Le foyer a offert des classes d'alphabétisation des adultes et des séances de formation professionnelle, mais ce n'est plus le cas, et il n'y a actuellement que trois clientes qui y résident.

Ouverture sur l'extérieur : L'unité ne participe à aucune activité de ce genre.

Appui des autorités : Le gouvernement de l'État de Kaduna ne considère pas la fistule comme une priorité.

Coût estimatif global par procédure : Le coût estimatif total pour le traitement des FVV/FRV est d'environ 150 dollars É.-U.

Ressources : Le Centre hospitalier et universitaire Ahmadu Bello est financé en premier lieu par le Gouvernement fédéral. Les redevances versées par les clientes lui apportent un complément de ressources.

Obstacles :

- Manque d'éducation des filles, ce qui se traduit par le mariage précoce et un comportement peu soucieux de préserver leur santé durant la grossesse et l'accouchement.
- Ignorance des complications dues aux grossesses et accouchements mal conduits.
- Accès limité aux centres de soins de santé, surtout pour les soins obstétricaux d'urgence.
- Faible usage des centres de santé pour diverses raisons, principalement leur coût.
- Pénurie d'équipement hospitalier approprié pour les interventions de la fistule.
- Faible chance que les services disponibles puissent être assurés à long terme.
- Pratiques traditionnelles, comme les entailles de gishiri.

Principaux contacts

Bureau de pays de l'UNFPA

M. Essan Niangoran, Représentant de pays
Dr. Lucy Idoko, Administratrice recrutée sur le plan national

Ministère de la santé

Mme Eleumaka,
Département de la santé en matière de reproduction/santé publique
Mme Beatrice Eluaha,
Gender/Women's Health Development,
Reproductive Health Division
Dr. Mope Olanusi,
Hospital Services Department

Centre hospitalier et universitaire Ahmadu Bello, Kaduna

Dr. O. A. Oguntayo, Department of Obstetrics and Gynaecology

Centre hospitalier et universitaire Ahmadu Bello, Zaria

Dr. S.O. Shittu

Centre hospitalier et universitaire Aminu Kano

Dr. Hadiza Galadanci, Department of Obstetrics and Gynaecology

Hôpital pour la fistule Babbar Ruga

Dr. Kees Waaldijk

Centre évangélique pour la FVV

Mme Rose Peter, Matron-in-charge

Family Life and Birth Injury Hospital

Dr. Anne Ward

FORWARD

Dr. Marliyyah Mahmood, Project Development Officer

Hôpital Maryam Abacha pour femmes et enfants

Mme Hajara Suleiman Umaru, Matron-in-charge

Murtala Hôpital Spécialisé

Dr. Saduaki, Department of Obstetrics and Gynaecology

Fondation nationale de la FVV

Dr. Nana Tanko, Présidente

Centre hospitalier et universitaire de Calabar

Dr. Ekanem, Dr. Mabel I. Ekott, Dr. Etuk, Dr. E.J. Udoma, Department of Obstetrics and Gynaecology

Centre hospitalier et universitaire d'Ibadan

Prof. A. O. Ilesanmi, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology

Prof. O.A. Ojengbede, Dr. M. A. Okunlola, Dr. M. Oladokun, Department of Obstetrics and Gynaecology

Centre hospitalier et universitaire Usman Dan Fodio

Prof. B.A. Ekele, Department of Obstetrics and Gynaecology