

PRATIQUES PROMETTEUSES DES PAYS DIFFÉRENTS

Cette section du Kit Témoignage Vivant contient des exemples de pratiques prometteuses relatives à la fistule obstétricale. Certaines d'entre elles sont axées sur la sensibilisation à la fistule et les stratégies de prévention, tandis que d'autres visent à améliorer le traitement et la réinsertion des femmes dans leurs communautés.

Les stratégies nationales exposées dans ce rapport abordent la fistule selon différentes perspectives :

1. PARTENARIATS
2. MOBILISATION ET PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS
3. COLLABORATION AVEC LES MÉDIAS
4. PRÉVENTION
5. TRAITEMENT
6. RÉINSERTION



Crédit photo: GMB Akash/Panos Pictures/Pour le compte du FNUAP

Ces différentes stratégies mettent en évidence la nature multidimensionnelle et complexe de la fistule ; de nombreuses interventions peuvent aider à combattre ce fléau de manière efficace. Il est important de noter que les pratiques présentées ici ont été choisies en raison des démarches novatrices uniques qu'elles emploient pour lutter contre la fistule. Elles n'ont pas encore été évaluées de façon rigoureuse ; en réalité, bon nombre d'entre elles n'en sont qu'à des phases pilotes. Cette section du Kit n'entend pas présenter des modèles de programmes à reproduire mais plutôt mettre en évidence des idées et pratiques nouvelles qui peuvent, dans les années à venir, devenir des stratégies durables éprouvées et contribuer à inspirer des solutions innovatrices dans d'autres pays.

TABLE DES MATIERES

PARTENARIATS

Niger : *Établissement d'un réseau de parties prenantes pour amorcer un changement* 3

MOBILISATION ET PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS

Érythrée : *Engagement et mobilisation des communautés en faveur de la santé maternelle* 5

Kenya : *Collaboration avec les responsables religieux pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles* 7

Malawi : *Autonomisation des communautés pour renforcer les soins de santé maternelle* 9

COLLABORATION AVEC LES MÉDIA

Nigeria : *Prévenir la fistule grâce à des feuillets* 11

Sénégal : *Collaboration avec des journalistes pour une campagne en faveur de la santé maternelle* 13

Ouganda : *Récits numériques en faveur de la fistule* 14

PRÉVENTION

Burkina Faso : *Nouvelle formulation du rôle des accoucheuses traditionnelles* 16

Mauritanie : *Recours à la micro-assurance maladie pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle* 18

Ghana : *Mise en place de services de qualité conviviaux pour les patientes et les communautés* 20

TRAITEMENT

Éthiopie : *Offrir des soins de santé intégrés aux patientes souffrant de la fistule* 22

Soudan : *Coordination des campagnes nationales en faveur du traitement chirurgical de la fistule* 25

Tanzanie : *Traitement de la fistule par un système de soins à plusieurs niveaux* 27

RÉINSERTION

Bangladesh : *Réadaptation et formation des femmes victimes de la fistule* 29

PARTENARIATS

Niger : Établissement d'un réseau de parties prenantes pour amorcer un changement

Contexte

Le Niger a le taux de fécondité le plus élevé de l'Afrique subsaharienne : sept naissances par femme (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 137). Quarante-six pour cent des femmes sont illettrées (Statistics in Brief, UNESCO Institute for Statistics, 2007), le recours aux contraceptifs modernes est faible (5 %) (Millennium Development Goals Indicators 2006, Division de la statistique des Nations Unies), et le taux de mortalité maternelle est de 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 16). Quarante-quatre pour cent de la population du Niger vit dans des régions rurales, pratiquement désertiques, rendant difficile l'accès aux services de santé (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 136). En outre, en raison de certaines normes culturelles qui dissuadent les femmes de recourir aux soins de santé, la grande majorité d'entre elles accouchent à domicile, sans assistance professionnelle. La coutume du mariage précoce et la pratique généralisée de la mutilation génitale féminine (MGF) renforcent davantage les risques de fistule obstétricale pour les femmes. Le traitement de la fistule est limité ; un nombre restreint de chirurgiens sont formés pour effectuer des réparations.

Description du Programme

Grâce à un processus participatif, une vaste coalition des principales parties prenantes, appelée le Réseau pour l'Éradication des Fistules (REF) au Niger, a été mise en place en 2004 pour remédier au problème de la fistule. Le réseau cherche à coordonner les initiatives des parties prenantes, partager les informations et faciliter la planification et la programmation conjointes, dans le cadre d'une action concertée en faveur de l'éradication de la fistule au Niger.



Crédit photo: Dima Gavrysh/Pour le compte du FNUAP

Les objectifs du réseau sont les suivants :

- Assurer l'échange d'informations sur les questions relatives à la fistule obstétricale ;
- Assurer la complémentarité des interventions par une collaboration multisectorielle efficace ;
- Mener des actions de plaidoyer en faveur de la fistule et promouvoir les services de soins obstétricaux d'urgence (SOU) ; et
- Mobiliser le soutien politique et financier pour les programmes de lutte contre la fistule et de SOU.

L'établissement du réseau s'est effectué en plusieurs étapes essentielles :

1. **Lobbying** : le réseau a acquis le soutien de parties prenantes potentielles (gouvernement, organisations non gouvernementales [ONG] et associations sanitaires, notamment) œuvrant en faveur de la santé maternelle et de l'éradication de la fistule.

2. **Recherche de consensus** : une fois les partenariats identifiés et leur engagement affirmé, un atelier sur la fistule a été organisé pour établir un consensus national dans le cadre du réseau et de ses mécanismes de fonctionnement. Les membres du réseau ont convenu d'un système de surveillance et de la tenue de réunions de suivi périodiques pour évaluer les activités du réseau.
3. **Lancement officiel du réseau** : le lancement du réseau a été commémoré par l'adoption officielle d'une loi constitutive par le gouvernement. Un bureau a été ouvert et le réseau, doté d'un plan stratégique à long terme, est alors devenu véritablement opérationnel.

Le réseau est composé de représentants du ministère de la Santé publique, du ministère du Développement social, d'ONG et d'associations nationales. Un conseil permanent est chargé de la gestion courante des activités du réseau. Chaque trimestre, une assemblée plénière est organisée pour débattre des problèmes stratégiques, de la planification, du suivi et de l'évaluation des activités. En outre, des groupes de travail technique centrés sur la recherche, la communication et la formation se réunissent de façon ponctuelle. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et des partenaires extérieurs assurent l'assistance technique et le soutien financier.

Depuis son établissement, le réseau a entrepris une série d'activités programmatiques : campagne de plaidoyer de haut niveau menée par la première dame et le président du Niger, formation des professionnels de la santé sur la manière de prévenir et de traiter la fistule, dont la création d'équipes chirurgicales spécialisées, et l'instauration d'un programme de réintégration sociale pour les femmes.

Enseignements Tirés

- ▶ L'échange d'informations entre les partenaires œuvrant en faveur de l'éradication de la fistule a permis d'améliorer la coordination des activités.
- ▶ La participation et le soutien de hautes figures politiques (par exemple, le président et la première dame) ont éveillé la sensibilité nationale à l'égard de la fistule.
- ▶ Une approche globale axée sur la prévention, le traitement, l'intégration sociale et l'engagement politique est nécessaire pour répondre aux besoins des femmes victimes de fistules.

Source : Rapport de la réunion régionale du FNUAP à Accra, La mise en œuvre de la campagne Internationale de lutte contre la fistule obstétricale au Niger, Mme Mariama Moussa Permanente du REF et Dr Amoul Kinni Ghaichatou PF-Fistule.

MOBILISATION ET PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS

Érythrée : *Engagement et mobilisation des communautés en faveur de la santé maternelle*

Contexte

Après des années de conflit frontalier avec l'Éthiopie, plusieurs sécheresses graves et des pénuries alimentaires, l'Érythrée s'efforce de reconstruire ses services sociaux, sa stabilité économique et de promouvoir la réinsertion de ses populations déplacées. Avec une population de 4,9 millions d'habitants (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 134), l'Érythrée enregistre un taux de prévalence de la contraception moderne de 5,1 % (Millennium Development Goals Indicators 2002, Division de la statistique des Nations Unies). L'indice synthétique de fécondité est passé à 5,1 (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 135), bien que la taille de la famille idéale soit légèrement supérieure à 5,8 (Eritrea Demographic and Health Survey, National Statistics and Evaluation Office, 2002, p. 114). Le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés dans le monde, avec 450 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 16). On estime que 41 % des femmes enceintes bénéficient de soins prénatals, avec au moins quatre visites (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 74) et 28 % de toutes les naissances sont assistées par un professionnel de la santé (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 17).

Description du Programme

Un projet pilote de mobilisation communautaire a cherché à promouvoir la sensibilité des communautés et l'adoption de comportements positifs à l'égard de la santé maternelle. De plus, programme de prévention de la fistule a été mis en place dans la ville de Kamchewa, dans la région de la Mer Rouge septentrionale, conjointement avec le district voisin de Haboro dans la zone d'Anseba, retenue comme zone de comparaison. Le projet est un partenariat entre le ministère érythréen de la Santé

et la communauté locale, avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le projet de la Stanford University sur la santé des femmes érythréennes (Eritrean Women's Health Project).

Le projet a permis de former des volontaires de la santé maternelle (MHV), hommes et femmes, pour diriger une série de séances participatives avec les membres de la communauté sur la santé maternelle et la fistule obstétricale. Les sujets abordés portaient sur : le recours aux soins prénatals, la prévention du paludisme, la reconnaissance des signes de danger pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, l'importance d'un acheminement rapide vers un spécialiste en cas de complications, et l'importance d'une aide professionnelle durant l'accouchement. Les volontaires ont participé à un stage de 10 jours, supervisé et encadré par le personnel des centres sanitaires locaux. Une attention particulière a été portée aux hommes, qui jouent souvent un rôle essentiel dans la prise de décision relative au recours aux soins de santé et qui contrôlent les finances du ménage en ce qui concerne les services et le transport vers les établissements de soins. Un manuel de référence et un guide pratique ont été fournis aux volontaires, ainsi que des boîtes à image sur les soins prénatals, la mutilation génitale des femmes et la santé maternelle, dans la langue locale (tigrinya), en complément de la formation. Les volontaires de la santé maternelle n'étaient pas rémunérés mais les frais engagés pendant la formation leur ont été remboursés.

Le projet a aussi bénéficié aux établissements sanitaires locaux, notamment par la formation des travailleurs de la santé en matière de communication interpersonnelle et d'améliorations de l'infrastructure. À la fin du projet, les volontaires étaient toujours actifs : 20 femmes et 19 hommes ont continué d'organiser des groupes de discussion ; un total de 32 groupes (20 à 25 membres dans chaque groupe) a été mis en place par des volontaires femmes et 3 groupes (un total de 64 hommes) ont été mis en place par des volontaires hommes (les hommes n'ont été formés que récemment).

Le projet a utilisé une méthodologie quasi-expérimentale (groupe non équivalent pré-test post-test) pour évaluer si le projet a amélioré les connaissances, les comportements et les pratiques communautaires relatives à la santé maternelle, à la prévention et au traitement de la fistule obstétricale.

Le schéma d'évaluation comprenait :

- La collecte de données de base dans une communauté étudiée (Kamchewa) et dans une communauté témoin (Haboro) ;
- La mise en place d'activités dans la communauté étudiée ;
- Une évaluation intermédiaire ; et
- La collecte des données d'évaluation finale dans les communautés étudiée et témoin, une année après le début de l'intervention.

L'évaluation a révélé de nettes améliorations des connaissances et des comportements face à la santé maternelle à Kamchewa. Bien que la comparaison avec la zone témoin indique des améliorations générales des connaissances dans d'autres parties de l'Érythrée, pendant cette période, l'intervention a également eu un effet positif plus important et net sur les connaissances relatives à la grossesse, à la reconnaissance des signes de danger à la naissance et à la préparation à l'accouchement. Les résultats de l'évaluation indiquent que la modification du comportement à Kamchewa a été plus marquée au niveau du recours aux services de soins prénatals, comme le montre une augmentation du nombre de visites et des visites initiales plus précoces pendant la grossesse, par rapport à la ligne de base. On a également noté un relèvement du nombre de femmes accouchant dans un établissement de santé à Kamchewa, bien que les résultats de l'évaluation ne soient pas concluants. L'étude des statistiques des centres de santé et des groupes de discussion indiquent également que la qualité des soins obstétricaux (en fonction des évaluations des femmes sur la manière dont elles ont été traitées par les travailleurs de la santé pendant la période prénatale et l'accouchement) s'est améliorée dans la zone à l'étude, contrairement à la zone témoin.

Enseignements Tirés

- ▶ **Les visites de contrôle périodiques** peuvent assurer le soutien continu nécessaire aux volontaires de la santé maternelle. Dans l'idéal, ces visites peuvent être intégrées aux fonctions de supervision courantes du personnel du ministère de la Santé travaillant dans la zone ou la sous-zone à proximité de la communauté.
- ▶ Le fait d'insister davantage sur le **renforcement du rôle des volontaires hommes de la santé maternelle** peut produire des résultats positifs car en principe, ce sont eux qui décident si les femmes ont recours, ou non, aux soins prénatals et aux prestations d'accouchement offerts par les établissements de santé. Les volontaires femmes ont souligné l'importance de l'inclusion et de la participation des hommes ; on a observé qu'avant la formation, de nombreux hommes de la communauté s'opposaient au programme.
- ▶ **L'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé maternelle** doit aller de pair avec les activités de mobilisation communautaire. Parallèlement à la sensibilisation des membres de la communauté par rapport à la nécessité de recourir aux services offerts par les établissements de santé, ces prestations doivent être disponibles et de haute qualité.
- ▶ Les initiatives du projet visant à **inclure, habiliter et mobiliser les communautés** peuvent s'avérer fondamentales dans la réduction de la fistule obstétricale et donner lieu à l'adoption de pratiques de santé maternelle positives.

Source : Rapport final du projet pilote de mobilisation/éducation des communautés pour la promotion de la maternité sans risque et la prévention de la fistule obstétricale en Érythrée. Préparé par Janet M. Turan, Ministre de la Santé/Érythrée, et le FNUAP. Novembre 2007.

Kenya : Collaboration avec les responsables religieux pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles

Contexte

Le taux de mortalité maternelle du Kenya est de 560 pour 100 000 naissances vivantes, selon les estimations de 2005 (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 16). Alors que 52 % des femmes se rendent aux quatre visites prénatales recommandées (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.74), moins de la moitié (42 %) des naissances sont assistées par des professionnels qualifiés (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 17). Les normes culturelles favorisent largement l'accouchement à domicile, avec une accoucheuse traditionnelle, en général. On estime à environ 3 000 le nombre de nouveaux cas de fistule chaque année au Kenya, dont seulement 7,5 % sont traités annuellement ([Fistula Factsheet for Kenya, FNUAP Kenya](#)). La pauvreté persistante, les faibles niveaux d'instruction et le statut inférieur des femmes les empêchent d'avoir accès aux services qui leur permettraient d'éviter ou de guérir ce problème de santé. En outre, les pratiques culturelles, telles que la précocité du mariage et des premiers rapports sexuels, font souvent que les jeunes filles qui ne sont pas entièrement développées tombent enceintes prématurément et connaissent des grossesses à risque.

Description du Programme

Dans la région côtière autour de Mombasa, de nombreux stigmates sont associés à la fistule obstétricale. Le Coast General Hospital, l'un des quatre centres de formation sur la fistule obstétricale de la région, sponsorisés par le FNUAP, a inauguré deux programmes visant à accroître la sensibilisation à la fistule et à offrir des services de conseil aux femmes affectées.

Le premier programme a recours à des « équipes spécialistes de la fistule » qui travaillent en collaboration avec les membres de la communauté pour élargir la sensibilisation à la fistule obstétricale. Ces équipes sont composées de travailleurs sociaux, basés en milieu hospitalier, qui organisent des réunions communautaires avec la participation de responsables religieux et des notables locaux. Lors des réunions, les équipes répondent



Crédit photo: Sven Torfinn/Panos Pictures

aux questions et préoccupations formulées par les membres de la communauté sur les causes et conséquences de la fistule.

Le programme aide non seulement à sensibiliser les populations aux problèmes liés à la santé génésique, il permet aussi à l'équipe de localiser les femmes victimes de la fistule. La participation aux réunions des chefs traditionnels et religieux facilite la discussion ouverte et permet de réduire les stigmates associés à la fistule.

Le deuxième programme de l'hôpital vise à la réinsertion des femmes qui ont été traitées avec succès pour la fistule, en tant que volontaires pour la communauté. Ces femmes deviennent ensuite « ambassadrices », soutenant les efforts de l'hôpital Coast General par des initiatives de sensibilisation, de conseils auprès des autres femmes et d'aide au niveau de l'acheminement et du suivi des patientes souffrant de la fistule. En partageant leurs expériences personnelles, les ambassadrices peuvent gagner la confiance des autres femmes vivant avec la fistule et les encourager à se faire soigner. On projette actuellement de doter les ambassadrices de téléphones mobiles pour faciliter la communication avec les hôpitaux régionaux.

Enseignements Tirés

- ▶ L'accès aux communautés dans lesquelles la fistule est largement répandue est essentiel pour prévenir et traiter le problème. Grâce à l'action sociale, les établissements de soins de santé peuvent promouvoir le dialogue et établir la confiance au sein de ces communautés. La participation des chefs traditionnels doit faire partie intégrante des initiatives de prise de contact avec les communautés, afin d'assurer une réception et une réaction positives.
- ▶ La tenue de réunions dans la communauté a des avantages précis. Les professionnels de la santé peuvent toucher un public plus large et répertorier, lors des visites, les femmes qui pourraient être candidates au traitement de la fistule. Les membres de la communauté étant plus à l'aise dans leur propre village, ils adresseront d'autant plus facilement leurs questions et préoccupations aux travailleurs de la santé lors de ces réunions.
- ▶ La formation des patientes atteintes de la fistule pour en faire des porte-parole leur confère une certaine autonomie, facilite leur réinsertion et permet de montrer aux autres femmes comment la vie après le traitement peut être différente. La distribution de téléphones mobiles aux porte-parole peut être un moyen efficace d'améliorer l'accès au traitement.

Source : *Évaluation des besoins en matière de fistule obstétricale au Kenya, FNUAP, Campagne pour éliminer les fistules, 2004.*

Malawi : Autonomisation des communautés pour renforcer les soins de santé maternelle

Contexte

Le taux de mortalité maternelle du Malawi est l'un des plus élevés de l'Afrique sub-saharienne, avec 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 16). Certains indicateurs de santé se sont améliorés ces dernières années, tels que la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives, qui a atteint 38 % pour les méthodes modernes en 2006 (Millennium Development Goals Indicators 2008, Division de la statistique des Nations Unies). L'assistance qualifiée à l'accouchement est nettement plus fréquente que dans les pays voisins ; cependant, en général, les femmes accouchent de leur premier enfant à domicile. Bien que 57 % des femmes se rendent à quatre visites prénatales ou plus (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 76), la mortalité maternelle reste élevée et continue de s'accroître, probablement en raison de la prévalence du VIH. La fistule obstétricale est associée à un certain nombre de pratiques culturelles, dont le mariage et l'initiation sexuelle précoces, et représenterait un problème grave, en progression. Aucune directive n'a encore été adoptée à ce sujet au niveau du gouvernement.

Description du Programme

Au Malawi, le FNUAP, le ministère de la Santé et le ministère du Genre ont travaillé avec les communautés, par l'intermédiaire du projet de santé familiale et génésique (FARH), pour encourager l'utilisation et la qualité des services de santé génésique. Le projet est financé par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), par le biais de l'Association canadienne de santé publique (ACSP).

Mis en œuvre dans 232 villages des districts ruraux de Dedza, Mchinji et Nkhata Bay, le projet FARH touche une population de 900 000 personnes. L'accès aux services de santé génésique dans ces districts est limité : certaines communautés sont à plus de 40 kilomètres d'un établissement sanitaire. En outre, de nombreux prestataires ne sont pas équipés pour fournir des soins obstétricaux d'urgence de base, même si les femmes sont en mesure de se rendre dans les centres.

Le projet FARH a instauré plusieurs initiatives complémentaires destinées à responsabiliser les communautés et encourager la contribution à la santé génésique et à la santé maternelle :

- **Formation des membres de la communauté** : les responsables communautaires, les autorités traditionnelles et les chefs de village ont reçu une formation sur la santé maternelle, les complications liées à la grossesse et l'importance de l'accouchement dans un établissement sanitaire. Tous les groupes formés dans le cadre du projet FARH ont été informés des effets de l'inégalité entre les sexes sur la santé des femmes et des jeunes filles.
- **Établissement d'un cadre** : les personnes formées ont assuré l'application des règlements communautaires liés à la santé maternelle, interdisant aux accoucheuses traditionnelles sans qualification de pratiquer des accouchements à domicile et stipulant que l'accouchement des premiers nés doit impérativement avoir lieu dans un établissement de santé. Des sanctions ont été fixées en cas d'infraction à ces règlements et des peines graves sont imposées pour tout décès maternel.
- **Suivi de la santé maternelle** : des équipes spéciales sur la santé maternelle ont été créées par les personnes ayant suivi la formation, afin de suivre les aboutissements des grossesses et enregistrer les décès maternels dans la communauté.
- **Plaidoyer en faveur de l'amélioration de la santé génésique** : des comités sanitaires de village ont été créés par les personnes formées afin d'encourager les femmes à accoucher dans des établissements de santé. Pour ce faire, les comités ont utilisé des moyens novateurs, tels que le théâtre, la poésie et les chansons. De jeunes éducateurs ont également été formés pour donner des conseils et distribuer des préservatifs parmi leurs pairs. Des services de planification familiale ont été offerts par des prestataires locaux formés au niveau communautaire.
- **Renforcement des liens avec les établissements de santé** : des initiatives ont également été mises en place pour renforcer le système d'acheminement entre les communautés et les centres de soins sanitaires. Des vélos-ambulances ont amélioré le transport depuis les villages

éloignés et du matériel de communication radio dans les centres de santé ont facilité les acheminements. Des réunions trimestrielles entre les membres des communautés et les prestataires de soins de santé ont été organisées pour renforcer les partenariats. De plus, des visites d'étude entre les districts ont favorisé l'apprentissage mutuel.

Le rôle des dirigeants traditionnels a été essentiel dans le projet FARH, en offrant des conseils sur la manière d'aborder la communauté et en aidant à ouvrir des lignes de communication. Le projet repose sur une collaboration étroite entre les représentants de la communauté et les prestataires de services de santé.

Les évaluations ont associé le projet FARH à plusieurs résultats positifs :

- Une réduction de la mortalité maternelle et des complications obstétriques dans toutes les zones du projet. Lorsque le projet a commencé en 2001, on comptait une moyenne de 12 décès maternels dans chaque centre sanitaire. En 2005, seul un établissement a enregistré un décès maternel ;
- Une augmentation du recours aux services de soins prénatals, de planification familiale et d'accouchement ;
- Une augmentation de l'utilisation des préservatifs, parmi les jeunes, qui est associée à la distribution des préservatifs par les éducateurs pairs ;
- Un meilleur niveau d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de soins de santé, ainsi qu'au sein des communautés ;
- Un degré de confiance générale accrue entre les prestataires de soins et les membres des communautés.

Enseignements Tirés

- ▶ La participation des communautés aux programmes de santé génésique peut aider à réduire la mortalité maternelle au niveau local. Cette amélioration repose sur l'information et le soutien apporté à ces communautés.
- ▶ Améliorer l'accès aux services de santé génésique et réprimer les pratiques traditionnelles potentiellement dangereuses sont des étapes qui dépendent de la participation communautaire. Les membres de la communauté sont les mieux placés pour reconnaître les principales circonstances favorables et les obstacles majeurs à la prise en considération de ces problèmes de santé au niveau local.
- ▶ La collaboration avec les communautés nécessite un certain degré de confiance entre ses membres et les prestataires de soins. Dans les régions où les relations entre ces groupes sont limitées et où le recours aux soins professionnels est rare, l'instauration de la confiance nécessite un laps de temps important qu'il faut prendre compte lors de la planification du projet.

Source : The role of communities in increasing utilisation of reproductive health and maternal health services, FNUAP, Campagne pour éliminer les fistules.

COLLABORATION AVEC LES MÉDIA

Nigeria : Prévenir la fistule grâce à des feuilletons

Contexte

La mortalité maternelle du Nigéria serait de 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 16). Le taux de natalité a légèrement chuté et l'information sur les méthodes contraceptives s'est améliorée. Dans la pratique, cependant, seulement 12,6 % des femmes ont recours à une méthode contraceptive (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p. 18) et 47 % des femmes se rendent aux quatre visites prénatales recommandées (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.76). Cependant, les mères adolescentes et celles qui vivent dans les régions rurales ont particulièrement peu de chances de bénéficier de soins. On a enregistré une augmentation prometteuse du pourcentage des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, de 30,8 % en 1990 à 35,2 % en 2003 (Millennium Development Goals Indicators, Division de la statistique des Nations Unies). Bien qu'il soit difficile de se procurer les données sur la prévalence de la fistule, il est clair que ce problème est largement répandu et continue de se propager à la fois au nord et au sud du Nigéria. On estime qu'à l'échelle nationale, entre 100 000 et 1 000 000 de femmes souffrent de cette maladie (Rapport d'évaluation des besoins en matière de fistule obstétricale : découvertes de neuf pays africains, FNUAP/EngenderHealth, 2003, p. 57). Pour affronter le problème de la fistule, le gouvernement a créé un groupe de travail national et mis en place des initiatives complémentaires en vue de former les travailleurs de la santé et de mettre au point des programmes de défense des droits.

Description du Programme

En juin 2006, Population Media Center (PMC) a commencé à diffuser un feuilleton radiophonique au Nigéria portant sur la prévention de la fistule obstétricale et encourageant les femmes victimes de ce fléau à se faire soigner.



Crédit photo: Micol Zarb/FNUAP

PMC est une organisation non gouvernementale à but non lucratif, basée aux États-Unis, spécialisée dans la promotion des questions de santé génésique par l'intermédiaire des médias de divertissement et éducatifs fondées sur la recherche. Dans le cadre des programmes diffusés actuellement dans 12 pays à travers le monde, PMC collabore avec les organismes de radiodiffusion, les ministères gouvernementaux, les organismes des Nations Unies et d'autres organisations non gouvernementales dans le but d'élaborer et mettre en place des stratégies médiatiques locales qui favorisent les comportements sains. La programmation est conçue et réalisée dans le respect des valeurs et des attitudes locales par rapport à la santé génésique.

Le feuilleton en 70 épisodes créé par PMC/Nigéria, Gugar Goge («Parlons franchement » en haoussa), a été écrit, produit et interprété par des professionnels de la radio et du théâtre nigériens. Le programme cible les hommes et les femmes en âge de procréer. La radiodiffusion vers ces millions de Nigériens a été possible grâce au soutien du Rotarian Action Group on Population and Development, la Fondation David and Lucile Packard, la Fondation Aventis, la Conservation, Food, and Health Foundation et le gouvernement allemand.

Gugar Goge a abordé la santé génésique, y compris des informations sur la fistule obstétricale, par le biais des personnages et de l'intrigue du feuilleton. Au cours des épisodes, les acteurs ont modelé des comportements visant à prévenir la fistule obstétricale, tels que le mariage et la procréation tardifs. La narration a permis d'informer les auditeurs sur les causes de la fistule et a démontré que les femmes qui en sont victimes, pouvaient être traitées correctement et améliorer leur qualité de vie.

Plus important peut-être, le fait que Gugar Goge ait été un feuilleton a permis aux auditeurs d'établir un lien émotionnel avec les personnages au fil du déroulement de l'intrigue. Le programme comportait une évolution graduelle et plausible des pensées et des comportements des personnages. Cette démarche est radicalement différente de la présentation d'informations purement cognitives, généralement utilisée dans les documentaires ou les « spots ». Le feuilleton a permis aux auditeurs de tirer eux-mêmes des informations sur la prévention, les causes et le traitement de la fistule à partir d'un support accessible, motivant, par lequel ils se sentent concernés.

En août 2006, après deux mois et demi de diffusion, PMC s'est associé à la Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN) pour effectuer une évaluation préliminaire de l'impact de Gugar Goge. L'évaluation portait sur les besoins en services de santé génésique et en traitement de la fistule vésico-vaginale (FVV) au sein du public ciblé.

Le rapport de suivi était basé sur 606 entretiens conduits auprès de patientes à la sortie de trois cliniques, un hôpital et un poste sanitaire de base dans les États de Kaduna et de Kano. Les principales conclusions de cette évaluation sont les suivantes :

- Quarante-quatre pour cent des patientes interrogées dans les établissements de santé avaient suivi le feuilleton Gugar Goge.
- Trente pour cent des patientes traitées pour un problème de santé génésique et 47 % des patientes admises pour une réparation de fistule ont indiqué que le programme avait, avant tout, motivé leur décision de se faire traiter.

- La plupart des patientes interrogées ont déclaré que des amis ou voisins avaient été la principale motivation de leur décision de recevoir des services de soins de santé, quant aux programmes radiophoniques, ils ont été cités comme seconde raison. Les conjoints et les travailleurs sanitaires figuraient aussi parmi les influences majeures dans leur décision.

Enseignements Tirés

- ▶ Les supports médiatiques permettent de présenter de façon novatrice des informations sur la santé génésique et peuvent modifier considérablement le comportement de la population cible. Cependant, les données d'évaluation soulignent aussi l'influence que les familles et les communautés exercent sur les décisions des femmes.
- ▶ En formant des alliances avec les prestataires de santé et les établissements d'enseignement locaux, la radio est un moyen efficace de véhiculer des informations sur la prévention, les causes et le traitement de la fistule obstétricale à un large public.
- ▶ Des pratiques de suivi judicieuses peuvent être mises en place pour évaluer l'effet de la radio sur les besoins en services de santé génésique.

Source : FNUAP Nigéria, Campagne pour éliminer les fistules.

Sénégal : Collaboration avec des journalistes à une campagne en faveur de la santé maternelle

Contexte

Le taux de mortalité maternelle au Sénégal est de 980 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16) et 52 % des naissances sont assistées par un professionnel qualifié (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.17). La fistule obstétricale n'est pas bien comprise au Sénégal et la portée du problème est inconnue. Étant donné les lacunes au niveau de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et le faible taux de césarienne (3 % en 2005) (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.76), il est probable que la prévalence soit élevée, notamment dans les zones isolées des régions périphériques.

Description du Programme

Avec le soutien du FNUAP, un réseau de journalistes spécialistes de la population et du développement a été créé en 1989 dans le but d'informer le public sur les questions relatives à la population, à la santé génésique et aux distinctions entre les sexes. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, le réseau de journalistes soutient une vaste campagne de plaidoyer, d'information et de communication comprenant :

- Le développement de programmes audiovisuels, de films et de documentaires sur la fistule obstétricale diffusés à la télévision, à la radio et par le biais d'autres supports ;
- Des articles de presse et des témoignages d'opinion dans des journaux à grand tirage.

Le FNUAP a organisé un stage de formation sur la santé génésique et la fistule obstétricale à l'intention des membres de la presse écrite, parlée et audiovisuelle pour approfondir leurs connaissances sur ces sujets. Des missions sur le terrain ont aussi été entreprises auprès des femmes victimes de la fistule obstétricale, ainsi que celles qui ont été traitées, et leurs témoignages ont été utilisés dans des articles, émissions et documentaires.

Les principales conclusions de la campagne médiatique sont les suivantes :

- Plus d'une dizaine de programmes audiovisuels, articles de presse et documentaires sur la fistule obstétricale ont été diffusés par des stations de radio publiques et privées, spécialisées et communautaires, et dans la presse nationale.
- Un film de plaidoyer en faveur du traitement des femmes souffrant de la fistule obstétricale a été produit, avec la participation de la première dame du pays.
- Une émission télévisée a été produite à partir des rapports d'enquête des femmes affectées par la fistule.

Un résultat notable de cette campagne a été la décision du président sénégalais Abdoulaye Wade d'offrir des services gratuits de traitement de la fistule et de soutenir les initiatives visant à interdire les mariages d'enfants après la diffusion d'un film de plaidoyer réalisé par un reporter de télévision.

Enseignements Tirés

- ▶ Les médias constituent un moyen primordial pour communiquer des informations au grand public et pour influencer les responsables gouvernementaux afin qu'ils prennent des décisions stratégiques clés.
- ▶ La participation des médias et des journalistes est essentielle pour attirer l'attention sur la fistule obstétricale et peut permettre d'ouvrir la discussion et le débat sur un éventail de points délicats, tels que la planification familiale, l'hygiène sexuelle des adolescents, le mariage précoce et d'autres pratiques culturelles préjudiciables.

Source: *Evaluation des Stratégies de Réduction des Barrières Économiques, Socioculturelles, Sanitaires et Institutionnelles à l'Accès aux Soins Obstétricaux et Néonataux au Sénégal. Prepared by UNFPA, MSPM, IMPACT, and CEFORP.*

Ouganda : Récits numériques en faveur de la fistule

Contexte

Le mariage et la procréation précoces sont courants en Ouganda, en raison principalement des coutumes sociales et religieuses. La guerre civile entre le gouvernement et les rebelles de l'Armée de résistance du Seigneur (ARS) au nord et au nord-est du pays a aussi contribué au phénomène, des milliers de jeunes filles ayant été enlevées pendant le conflit et forcées, pour la plupart, à épouser des commandants rebelles à un âge précoce.

Au niveau national, 42 % des naissances sont assistées par un personnel qualifié (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.17). L'indice synthétique de fécondité reste élevé, avec sept enfants par femme (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.139) et le taux d'utilisation des contraceptifs modernes atteint 18 % (Millennium Development Goals Indicators, Division de la statistique des Nations Unies). Bien que la vaste majorité (94 %) des femmes enceintes reçoivent un certain niveau de soins prénatals (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.78), seulement 47 % d'entre elles se rendent aux quatre visites recommandées par le ministère de la Santé (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.78). Il est difficile de recueillir des données fiables sur le nombre de cas de fistules obstétricales mais il est clair que la demande d'interventions chirurgicales de réparation dépasse largement les capacités du secteur de la santé en matière d'effectif et d'infrastructure. La nécessité de sensibiliser l'opinion aux risques associés à la grossesse et d'offrir une formation appropriée à un plus grand nombre de travailleurs sanitaires est de plus en plus reconnue au niveau du gouvernement.

Description du Programme

Malgré l'effet dévastateur de la fistule obstétricale sur la vie de milliers de femmes et de jeunes filles chaque année, la communauté sanitaire internationale tend à ignorer le problème. Le programme ACQUIRE a remédié à cette lacune en collaborant avec les gouvernements nationaux et d'autres partenaires locaux pour renforcer ou mettre en place des initiatives portant sur tous les aspects de la fistule. Une démarche holistique a été adoptée : le programme mobilise les parties prenantes aux niveaux des établissements et des communautés en vue d'une collaboration sur

l'élaboration de stratégies visant à la prévention de la fistule, à un meilleur accès des femmes au traitement clinique et aux conseils, ainsi qu'à la prestation de services de réadaptation pour faciliter la réinsertion des femmes affectées dans leur communauté.

Les campagnes de santé publique qui ont fait leurs preuves ont montré que les médias visuels peuvent jouer un rôle essentiel pour informer les communautés et les responsables politiques sur un certain nombre de questions importantes portant sur la santé et le bien-être. La nature très délicate de la fistule obstétricale suggère la nécessité d'introduire de nouvelles méthodes car les méthodes traditionnelles peuvent malencontreusement déranger et donner aux gens l'impression d'avoir été exploités dans le seul but de s'emparer de leur vie pour un film. Le récit numérique, avec sa qualité unique permettant d'inciter les femmes à partager des détails intimes, pertinents et accessibles sur leurs expériences, est une méthode idéale pour créer des outils visuels convaincants et offrir une forme de conseil en groupe car elles peuvent raconter des histoires et faire office de témoignage dans un milieu sûr et constructif. Plutôt que de se sentir exploitées, les participantes aux contes numériques ont le sentiment d'un accomplissement personnel, d'une solidarité de groupe et d'un produit final dont elles peuvent être fières.

En 2007, le programme ACQUIRE s'est associé au Center for Digital Storytelling (CDS) pour organiser un atelier de récit numérique sur quatre jours en vue de recueillir les récits de patientes atteintes de la fistule et de prestataires de soins en Ouganda, entreprendre une série d'entretiens vidéo auprès des prestataires de soins de la fistule et produire un DVD à partir de ces différents éléments médiatiques.

L'Atelier de Récit Numérique

Après des semaines de prises de contact assidues avec les communautés, un groupe de 11 participantes s'est rassemblé dans la ville de Masaka, en Ouganda, pour une séance d'orientation sur la technique du récit numérique. Elles ont projeté des récits numériques créés dans des ateliers CDS par des femmes et des hommes du Swaziland, de Zambie et d'Afrique du Sud, et ont discuté de la finalité de l'atelier sur la fistule. Par la suite, on leur a appris à utiliser les appareils photo jetables qui leur avaient été distribués, et on leur a demandé de prendre des photos de leur maison et de leur village. Un mois plus tard, un atelier de quatre jours a à nouveau été organisé à Masaka.

Au cours de la séance, les femmes ont raconté leurs récits sur la fistule par le biais d'une technique de groupe soigneusement structurée (théâtre en cercle), elles ont enregistré la narration hors-champ et ont dessiné des images pour illustrer leur vie. Les photos prises dans leur village ont été développées, scannées et fusionnées avec les images et prises de vue vidéo extérieures par les animateurs du CDS pour créer les récits définitifs. Pendant le montage, les femmes se sont rendues à l'hôpital local où elles avaient été soignées et ont offert leurs conseils et leur aide aux patientes qui allaient se faire soigner. L'atelier s'est conclu par une projection commémorative des récits numériques.

Les thèmes abordés dans ces éléments médiatiques convaincants sont les suivants :

- La manière dont la fistule se déclare chez les femmes (retards du recours à des soins prénatals de qualité, traditions des naissances à domicile, difficulté à rassembler les fonds nécessaires au transport, éloignement des établissements de santé) ;
- La manière dont elles sont reçues par leur famille et leur communauté une fois la fistule diagnostiquée (rejet, réconfort, mythes concernant la cause de la fistule et les mesures à prendre) ;
- La manière dont elles sollicitent et bénéficient du traitement (sources d'information sur les services, obstacles financiers, géographiques et culturels à surmonter, qualité des soins dans les centres médicaux) ; et
- Leur vie par la suite (joie après une opération réussie, résignation quant aux symptômes continus de la fistule, acceptation et réinsertion dans la famille/communauté, désir de faire connaître les options de prévention et les services de traitement).

La recherche a démontré les avantages thérapeutiques importants du récit, qui permet aux gens d'exprimer des expériences jusqu'alors étouffées. L'atelier de récit numérique ACQUIRE ne fait pas exception. Le dernier jour, une séance de compte rendu a été organisée avec les femmes pour s'enquérir de leurs impressions sur l'atelier : l'avis général était positif.

Outre le potentiel évident de ce procédé pour susciter des changements le projet a permis de créer un certain nombre d'outils médiatiques visuels qui sont intégrés dans les activités de formation continue d'ACQUIRE à l'intention des prestataires de soins de la fistule. Le programme explore aussi la façon de partager les récits au sein des communautés, afin d'éduquer les femmes des milieux ruraux et les encourager à se faire soigner.

Enseignements Tirés

- ▶ Un projet de cette nature nécessite des ressources et une planification appropriées. Le temps, l'attention et l'identification de toutes les personnes participant à la création de la documentation de vulgarisation, au recrutement des participantes, à l'organisation de la logistique et à l'animation d'un atelier constructif étaient essentiels à la réussite de ce partenariat ACQUIRE/CDS.
- ▶ La participation doit être définie de façon réaliste et en fonction des spécificités locales. Le récit numérique met aussi bien l'accent sur la technique qui entre en jeu que sur le produit médiatique final. Des stratégies peuvent être adoptées pour tenir compte de plusieurs langues et niveaux d'alphabétisation et s'assurer que les participantes sont intéressées mais pas tyrannisées par la technologie.

Les techniques de récit numérique peuvent être efficaces en matière d'éducation par les pairs sur les sujets touchant à la santé. Un des résultats inattendus du projet a été le degré de connaissances qu'il a apportées aux participantes, notamment sur les raisons de la survenue de la fistule et les moyens de la prévenir. Il serait bénéfique pour les initiatives futures de formaliser cette composante et de poursuivre la formation des participantes dans le cadre de l'atelier visant à développer les compétences des travailleurs de services de santé communautaire.

Source : « *Learn From My Story* » : *Digital Storytelling for Fistula*.
Préparé par EngenderHealth.

PRÉVENTION

Burkina Faso : Nouvelle formulation du rôle des accoucheuses traditionnelles

Contexte

La mortalité maternelle du Burkina Faso est parmi les plus élevées sur le plan mondial, avec un taux de 700 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16). Les enquêtes démographiques et de santé (DHS) de 1998 et 1999 indiquent que 39 % des femmes enceintes ne reçoivent aucun soin prénatal et les naissances sont principalement assistées par des accoucheuses traditionnelles (42 %), un professionnel de la santé (31 %) et des membres de la famille (20 %) (Témoignage vivant, FNUAP/FCI, 2007, p.18). Seulement 18 % des femmes se rendent à au moins quatre visites prénatales (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.72).

Description du Programme

En 2004, avec la collaboration du FNUAP et le financement de l'Union européenne, le Burkina Faso a élaboré une stratégie nationale pour l'élimination de la fistule qui couvre la prévention, le traitement et la réinsertion. La stratégie s'inscrit dans le cadre d'une vaste initiative visant à réduire la mortalité maternelle, mise en place par la Direction de la santé de la famille.

L'une des composantes clés du plan est la reformulation du rôle des accoucheuses traditionnelles en vue d'améliorer la santé maternelle. Au niveau national, une étude sur le rôle et l'impact des accoucheuses traditionnelles a été effectuée et un atelier national analysant la position de ces femmes dans le contexte de la mortalité maternelle a été organisé, avec la participation de professionnels de la santé de tous niveaux, d'administrateurs, de partenaires financiers et d'accoucheuses, elles-mêmes.



Crédit photo: SMB Akash/Panos Pictures

L'atelier a mis en évidence les limites d'une stratégie de santé maternelle basée sur le concept selon lequel certaines grossesses peuvent être définies comme étant « à haut risque ». Il est de plus en plus fréquemment démontré que toutes les grossesses comportent des risques et que la plupart des complications obstétriques ne sont ni prévisibles, ni évitables. Ces complications peuvent, cependant, être traitées. Pour cette raison, une réduction de la mortalité maternelle présuppose des efforts en vue de promouvoir la prestation de soins qualifiés à l'accouchement.

L'atelier a ensuite procédé à une analyse des rôles et des limites des accoucheuses traditionnelles, définissant les activités précises qu'elles doivent et ne doivent pas exercer en fonction de leur niveau de compétence et étudiant l'opportunité des acheminements vers des établissements de soins de santé. L'étape suivante a consisté à poursuivre la reformulation du rôle des accoucheuses traditionnelles au niveau des communautés. Le département de Zabré, dans la région sanitaire du Centre-Est, a été choisi comme site pilote de cette initiative.

À Zabré, plusieurs mesures ont été prises pour faciliter la procédure. Une nouvelle stratégie a permis de réorienter les activités des accoucheuses traditionnelles et de réaffirmer

L'importance de la collaboration avec les établissements de santé. Des réunions semi-annuelles, entre les professionnels de la santé et les accoucheuses traditionnelles, ont permis non seulement d'examiner l'importance des pratiques d'accouchement traditionnelles dans les communautés, mais aussi d'aborder les conséquences néfastes que ces pratiques peuvent avoir sur la santé. La première réunion a rassemblé 187 accoucheuses traditionnelles venues des quatre coins du département. Grâce au dialogue, les participantes ont élaboré une stratégie ayant pour but d'instaurer des motivations financières qui inciteraient les accoucheuses traditionnelles à acheminer les patientes vers les établissements de santé.

Des ateliers ont également été mis en place à Zabré pour éduquer les accoucheuses traditionnelles sur les techniques d'accouchement sans risque, les facteurs de risque et les signes de danger chez les femmes enceintes et les nouveau-nés. Les travailleurs sanitaires ont suivi le déroulement des accouchements dans les communautés et favorisé la mise en pratique de ces techniques. Les accoucheuses traditionnelles ont aussi été intégrées au système de surveillance : elles ont pris une part active dans le suivi des grossesses dans leur communauté et encouragé les femmes à recourir à des soins prénatals dans un centre. Pour faciliter l'initiative et évaluer son efficacité, un carnet a été remis à chaque accoucheuse traditionnelle pour enregistrer systématiquement toutes les femmes qui les ont consultées et le bilan pour chacune d'elles.

Ces initiatives ont permis de renforcer le dialogue social entre les travailleurs sanitaires et les communautés, d'encourager le recours aux services de santé maternelle et de réduire la prévalence des délais d'acheminement. L'équipe de Zabré a démontré que même dans une région éloignée où l'accès aux soins est limité et les barrières d'ordre culturel sont rigides, il est possible de promouvoir la santé maternelle en travaillant directement avec les membres des communautés et en encourageant le dialogue libre avec les professionnels de la santé. Actuellement, la documentation des expériences de Zabré et la distribution du rapport aux autres départements sont prévus, dans le but d'élargir la portée du programme.

Enseignements Tirés

- ▶ Les initiatives visant à intégrer les accoucheuses traditionnelles à la stratégie de réduction de la mortalité maternelle peuvent faciliter considérablement l'accès aux populations rurales éloignées qui ont peu confiance dans le système de soins de santé.
- ▶ Bien que les accoucheuses traditionnelles soient des membres respectés et importants des communautés, les dangers associés aux accouchements sans soins qualifiés doivent être signalés. En définissant clairement le rôle des accoucheuses traditionnelles, un programme peut à la fois leurs conférer des responsabilités clés dans le système de santé et limiter leurs activités et réduire ainsi les risques.
- ▶ Si les accoucheuses traditionnelles sont reconnues et intégrées à une stratégie de réduction de la mortalité maternelle, leur contribution aux initiatives visant à éduquer les communautés sur la santé maternelle et à encourager les femmes à se rendre dans les centres de soins peut être considérable. Les programmes doivent chercher à tirer parti de l'influence des accoucheuses traditionnelles et à demander leurs conseils quant à la meilleure manière d'établir le contact avec les membres de leur communauté.
- ▶ En cas d'interruption du travail ou de travail prolongé, les acheminements rapides vers des centres de soins sont essentiels pour prévenir la fistule obstétricale. Les accoucheuses traditionnelles sont bien placées pour recommander ces acheminements et convaincre les membres de la communauté à se rendre dans ces centres, en cas de besoin.

Source : FNUAP Burkina Faso, Campagne pour éliminer les fistules.

Mauritanie : Recours à la micro-assurance maladie pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle

Contexte

Le taux de mortalité maternelle de la Mauritanie est élevé, avec 820 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16). L'assistance qualifiée à l'accouchement est estimée à 61 % (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.17) et la couverture prénatale conforme aux recommandations de l'OMS est de 16 % (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.72). La proportion de femmes souffrant de complications obstétriques qui bénéficient de soins obstétricaux d'urgence (SOU) est faible, 35 % (Faire de la maternité sans risque une réalité en Afrique occidentale, FNUAP/AMDD, 2003, p.8). La proportion des accouchements par césarienne est de 3 % (Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2009 p.76), bien inférieure au minimum de 5 % recommandé par l'Organisation mondiale de la santé. Les prestataires de santé sont rares et répartis inégalement entre les régions rurales et les centres urbains, ainsi qu'entre les groupes à revenus élevés et ceux à revenus faibles.

Description du Programme

Le coût des services de santé représente un obstacle majeur pour les populations à faible revenu en Mauritanie. Différents mécanismes de recouvrement des frais sont utilisés dans le système de santé publique mais ils ne sont pas toujours appliqués de façon uniforme ou équitable. Le coût d'un accouchement normal dans les cliniques rurales varie entre 5 et 10 dollars US, dans les centres sanitaires des régions urbaines et semi-urbaines, entre 12 et 25 dollars US, et dans les hôpitaux des grandes zones urbaines, il peut atteindre jusqu'à 50 dollars US. Les césariennes effectuées dans les hôpitaux publics coûtent entre 150 et 200 dollars US. Le coût des soins dans les établissements privés est considérablement plus élevé. Avec près de 26 % de la population vivant avec moins d'un dollar par jour, les coûts de santé maternelle sont inabordables pour une large part de la population (Système d'information statistique de l'OMS, données de 2000).

À partir de 2002, avec le soutien financier du ministère français

des Affaires étrangères, le ministère de la Santé a institué le forfait obstétrical, une assurance volontaire, basée sur le partage du risque obstétrical entre les communautés. Une prime forfaitaire donne droit aux femmes à une couverture obstétricale englobant les soins obstétricaux d'urgence, les soins hospitaliers et les soins postnatals. Les femmes les plus pauvres ont pu bénéficier de cette couverture, sans frais.

Le projet a démarré par des réunions préliminaires avec le ministère de la Santé et ses partenaires, y compris des donateurs, des groupes de la société civile et des ONG. *Un comité technique a été établi pour coordonner la mise en œuvre du projet, à savoir :*

- **Rassemblement des données provisoires** : le comité a mené une enquête initiale sur les expériences communautaires en matière d'assurance maladie et de soins de santé.
- **Formation d'un groupe d'action** : la formation initiale s'est concentrée sur la création d'un groupe d'action pour instruire les groupes de la société civile par rapport à la micro-assurance maladie.
- **Sensibilisation des membres des communautés et des prestataires de soins de santé** : les organisations locales étaient chargées de sensibiliser les communautés à la micro-assurance maladie, au rôle de la communauté dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à la qualité des soins couverts par la micro-assurance maladie et aux questions de santé. Les prestataires de soins de santé ont été sensibilisés à l'importance des droits des patients en ce qui concerne la qualité des soins et les spécificités de chaque sexe.
- **Mise en place de programmes d'assurance au niveau local** : les ONG locales ont été contactées et formées à la mise en place de régimes d'assurance au niveau des communautés. Celles-ci ont rassemblé des fonds, en général à partir de contributions individuelles de moins d'un dollar US par mois pendant six mois.
- **Suivi et évaluation** : des versions pilotes du régime d'assurance ont été mises en place dans trois communautés avant de l'étendre à cinq autres zones. Le comité a conçu des mesures spécifiques pour évaluer les résultats pendant ces phases initiales.

Dans l'ensemble, des régimes de micro-assurance maladie ont été établis dans trois communautés rurales et cinq communautés urbaines dans le pays. Pour les consultations curatives, les membres affiliés aux programmes étaient couverts à 50 %. Les soins prénatals et postnatals, l'accouchement assisté par du personnel qualifié et le transport d'urgence étaient couverts à 100 %.

La Direction des affaires sociales et de l'accès aux soins est l'organisme gouvernemental responsable du suivi du projet. Les évaluations indiquent que les régimes d'assurance ont facilité l'accès financier aux services de santé génésique pour les personnes pauvres des zones desservies.

À la fin du projet en 2003, environ 9 000 personnes dans cinq communautés urbaines (principalement Nouakchott) et 2 000 personnes dans trois zones rurales bénéficiaient de régimes de micro-assurance maladie. Les taux de couverture ont considérablement amélioré l'accès aux services de santé pour les plus pauvres qui payaient moins d'un dollar US par mois pour leur cotisation. À Nouakchott, 95 % des femmes enceintes dans la zone couverte par le projet ont choisi d'adhérer au régime d'assurance (ce qui représente 48 % des accouchements urbains). Les taux ont augmenté au cours de la période de mise en œuvre du projet de trois ans.

Dans les évaluations des trois premiers programmes pilotes, de légères améliorations du recours aux services de santé maternelle ont été observées : la couverture prénatale et postnatale a augmenté de 3 à 7 % et le taux d'assistance qualifiée à l'accouchement est passé de 2 à 3 %. Le programme a généré des revenus importants : plus du double des frais modérateurs. Les résultats qualitatifs remarquables sont une sensibilisation accrue des communautés au rôle de l'assurance et un engagement croissant du gouvernement envers l'amélioration de la santé génésique. Ce changement est illustré par le fait qu'entre 2004 et 2006, le ministère de la Santé a financé l'extension des régimes de micro-assurance maladie à trois autres départements.

Enseignements Tirés

- ▶ L'introduction de régimes de micro-assurance maladie dans les milieux ruraux et urbains peut faciliter l'accès aux services de santé génésique en réduisant les obstacles financiers.
- ▶ Les régimes d'assurance maladie peuvent générer des revenus substantiels et contribuer à améliorer l'organisation et la prestation des services de santé génésique.
- ▶ Les administrateurs de régimes de santé peuvent faciliter le dialogue entre les prestataires de services de santé et leurs clients mais aussi augmenter la demande de services en contribuant à sensibiliser les parties prenantes.
- ▶ La sensibilisation d'une population qui, dans l'ensemble, n'a aucune connaissance du concept d'assurance maladie est un défi en soi. La collaboration avec les ONG locales en matière d'information sur les régimes d'assurance-maladie est un des moyens de combler les lacunes et de rallier la communauté.

Source : « *Mauritania: Micro health insurance schemes contributed to improved financial accessibility of maternal health services.* »
Soumis par Thierno Coulibaly, Chargé de programme national, FNUAP, Mauritanie.

Ghana : Mise en place de services de qualité conviviaux pour les patientes et les communautés

Contexte

Pays à prédominance agricole, riche en ressources naturelles, le Ghana a un revenu par habitant près de deux fois supérieur à celui de ses voisins en Afrique occidentale. Les normes culturelles au Ghana incluent une préférence pour les familles nombreuses, même si la pauvreté est un obstacle à l'éducation et à l'alimentation des enfants. Le Ghana enregistre un des taux de mortalité maternelle les plus élevés de la région, avec 560 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16). Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), une femme ghanéenne a une chance sur 45 de mourir d'une cause liée à la grossesse au cours de sa vie (World Population Data Sheet 2008, Population Reference Bureau, p.7). Selon plusieurs études en milieu hospitalier, on estime que les complications de l'avortement non médicalisé sont à l'origine de 22 à 30 % des décès maternels.

Description du Programme

Dans le district de Bongo, dans la région du Haut-Ghana oriental, où les taux de soins professionnels sont parmi les plus faibles du pays, le district de la santé a mis en place un programme visant à offrir des services de santé maternelle de haute qualité, conviviaux à la fois pour les patientes et pour les communautés. À la suite d'une évaluation des besoins, une sage-femme affectée au centre de santé sous-régional a collaboré avec l'administration régionale de la santé à la mise en œuvre d'interventions conviviales pour les communautés, afin d'améliorer l'assistance qualifiée à l'accouchement.

L'évaluation des besoins a révélé les préoccupations des membres des communautés quant à la qualité des soins offerts dans l'établissement de santé, y compris l'absence périodique de la sage-femme, les mauvaises attitudes du personnel et l'absence de deux pratiques traditionnelles très importantes : l'administration d'eau à base de mil (zomkoom) à la mère après l'accouchement et la fourniture d'eau chaude pour le bain

immédiatement après la naissance. Il est aussi indiqué que les femmes enceintes n'avaient souvent que peu d'autorité quant au choix du lieu de l'accouchement et que l'accouchement à domicile était considéré par la communauté comme une preuve de courage. D'autres préoccupations incluaient l'éloignement du centre de santé et le coût prohibitif des prestations.

À partir de 2003, le district a adopté un certain nombre de mesures pour encourager les femmes à accoucher dans le centre de santé. Une sage-femme très motivée a été affectée au centre et assurait des soins obstétricaux d'urgence permanents. Un véhicule et un approvisionnement régulier en essence ont été fournis pour transporter les femmes au centre de soins ou les acheminer à l'hôpital régional. Lorsque les communautés étaient extrêmement isolées en raison de la mauvaise condition des routes, la sage-femme se rendait dans ces villages en motocyclette pour procéder aux accouchements à domicile ou ramener les femmes au centre de soins, si besoin. La sage-femme offrait de l'eau chaude pour le bain, ainsi que du zomkoom aux femmes qui accouchaient dans le centre. Des campagnes mensuelles ont été organisées dans la communauté pour faire évoluer les mentalités vis-à-vis de l'établissement de santé.

Afin d'améliorer le moral et l'attitude du personnel à l'égard des patientes, la sage-femme a organisé des réunions périodiques pour souligner l'importance de la convivialité envers les patientes dans la prestation de soins de haute qualité, et pour les encourager à changer la perception négative de la communauté à l'encontre du centre de santé. Les membres du personnel ont profité de ces réunions pour discuter de problèmes professionnels et trouver des solutions. En outre, le personnel a installé des boîtes à suggestions pour répondre aux préoccupations pendant la réunion mensuelle.

À la suite des initiatives de la sage-femme, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans la sous-région du Zorkor, Bongo, a augmenté de 14 % en 2003 à 66 % en 2006.

Enseignements Tirés

- ▶ Les compétences et la motivation des professionnels de la santé peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins et augmenter le nombre d'accouchements dans les centres de santé. À Zorkor, la sage-femme a intégré des pratiques d'accouchement traditionnelles sans risque dans le centre de santé, motivé le personnel du centre à adopter une approche conviviale à l'égard des patientes et établi un dialogue régulier avec les membres de la communauté concernant le fonctionnement du centre de santé.
- ▶ Des activités de mobilisation communautaire doivent être poursuivies pour s'assurer que les services de santé sont acceptables et que leur qualité est maintenue.
- ▶ Des initiatives doivent être prises pour documenter l'expérience de Zorkor et contribuer à la diffusion des bonnes pratiques dans d'autres régions, et des recommandations pour une éventuelle répétition.

Source : Dr. Sebastian Eliason, Chargé de programme national, FNUAP, Ghana.

TRAITEMENT

Éthiopie : Offrir des soins de santé intégrés aux patientes souffrant de la fistule

Contexte

Plus de 83 % de la population éthiopienne vit dans des zones rurales (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.134). Environ 12 % des femmes bénéficient des quatre visites prénatales recommandées (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.74) et seulement 6 % des accouchements sont assistés par un professionnel de la santé (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.17). Le taux de natalité est élevé : la plupart des femmes ont en moyenne 5,4 enfants au cours de leur vie (Enquête démographique et de santé, Éthiopie 2005, Central Statistical Agency, p. 47). La mortalité maternelle est l'une des plus élevées sur le plan mondial avec 720 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16) et on estime que 100 000 femmes vivent avec une fistule. En outre, 9 000 autres femmes sont atteintes de nouvelles fistules chaque année ([Fistula Fast Facts and Recently Asked Questions](#), The Fistula Foundation).

Description du Programme

L'Hôpital pour Fistules d'Addis-Abeba a été établi en 1974 par les docteurs Reginald et Catherine Hamlin, pionniers des interventions chirurgicales pour le traitement de la fistule, qui ont reconnu un besoin important parmi les femmes éthiopiennes. L'hôpital traite gratuitement les patientes qui, pour la plupart, vivent dans une pauvreté et un isolement social extrêmes en raison de leur condition.

Les objectifs de l'hôpital sont les suivants :

- Offrir une aide physique, sociale et spirituelle aux patientes souffrant d'invalidités dues à la fistule obstétricale ;

- Renforcer les capacités des prestataires de soins de santé à traiter les cas de fistule ;
- Augmenter la sensibilisation internationale au sort des femmes des pays en développement qui souffrent de lésions survenues lors de l'accouchement ;
- Améliorer la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins des patientes.

De nombreuses patientes à l'Hôpital pour Fistules d'Addis-Abeba sont jeunes et présentent des fistules récentes. La plus grande partie d'entre elles sont hospitalisées pendant trois semaines. L'hôpital traite aussi les femmes qui souffrent de lésions physiques graves, ne peuvent plus marcher et ont besoin d'un soutien moral et psychologique important. Un service de physiothérapie permet de répondre aux besoins de ces patientes mais les femmes s'offrent aussi un soutien mutuel important pendant leur séjour dans les foyers attenants à l'hôpital.

L'hôpital est doté d'un équipement complet : service de consultations externes, bloc préopératoire, unité pour patients hospitalisés, salle d'opération, installations pour autoclavage et stérilisation, pharmacie, unité de physiothérapie, service de radiologie, cuisine, buanderie, cabinet médical, poste d'infirmière, réfectoire, vestiaires et service administratif.

L'Hôpital pour les Fistules d'Addis-Abeba ne pratique pas seulement des interventions chirurgicales standard pour traiter la fistule, il va au-delà en offrant un soutien intégré aux femmes, y compris conseils et réinsertion. *L'hôpital a pris plusieurs initiatives qui démontrent son engagement à répondre aux nombreux besoins des patientes, à savoir :*

- La formation aux nouvelles techniques chirurgicales : les membres du personnel ont été formés pour prendre en charge l'incontinence d'effort, une pathologie qui affecte parfois les femmes, même après la réparation de la fistule.

- Le soutien des travailleurs sanitaires de rang intermédiaire : avec le soutien de la Haute commission australienne à Nairobi, l'hôpital a aussi entrepris un programme intitulé « Training of Trainers » (formation des formateurs) à l'intention des professionnels de la santé de rang intermédiaire. Le programme est conçu pour approfondir les connaissances des infirmières en matière de soins administrés aux patientes souffrant de la fistule dans chaque région d'Éthiopie.
- Prestation de soins à long terme : l'établissement est en cours d'agrandissement et un village doit y être construit pour accueillir de façon permanente les patientes qui ont besoin de soins continus. Pour de nombreuses femmes qui souffrent des effets physiques débilissants associés à la fistule et qui sont incapables de retourner dans leur village, l'hébergement offert par l'Hôpital pour les Fistules d'Addis-Abeba constitue une aide importante. L'hôpital reconnaît que les patientes ne sont pas toutes en mesure de réintégrer leur communauté d'origine et leurs offre un refuge et des services continus de réadaptation.
- Réinsertion et réadaptation par le biais d'activités productives : en collaboration avec le Rotary Club, l'hôpital est en train de mettre sur pied sa propre ferme. Cette ferme fera partie intégrante du processus de réadaptation et encouragera les femmes à s'investir dans des activités productives et, par ce biais, à retrouver confiance en elles. Les femmes peuvent participer à de simples tâches pour les aider à se réinsérer dans la population active.
- Attention aux préférences culturelles et au bien-être psychologique : la plupart des femmes qui se rendent à l'hôpital sont d'origine rurale. Elles sont habituées à de petites structures, à un seul étage, et l'hôpital a été conçu dans cette optique. La clinique, les installations de traitement et les dortoirs sont entourés d'arbres et de pelouses, qui leur donnent aussi l'impression d'être dans leur village. Le plan du bâtiment et les espaces extérieurs contribuent aussi à soutenir le moral des femmes : les pelouses absorbent l'urine sans laisser de traces et les petits bâtiments, séparés les uns des autres, atténuent l'odeur de l'urine qui suit souvent les femmes atteintes de fistules.
- Investissement dans le personnel : l'Hôpital pour les Fistules d'Addis-Abeba reconnaît la nécessité d'employer un groupe diversifié de professionnels pour atteindre ses objectifs globaux. Des gynécologues obstétriciens, des chirurgiens formés à la réparation des fistules obstétricales, des infirmières, des aides-infirmières, des techniciens et un vaste personnel de soutien permettent à l'hôpital d'offrir aux patientes des services de réparation, réadaptation, conseils et hébergement sous le même toit.
- Plaidoyer par le biais de la participation : le réseau de soutien de l'Hôpital pour les Fistules d'Addis-Abeba est composé d'un groupe diversifié de personnes et d'organisations en Éthiopie, ainsi qu'au Royaume-Uni, en Australie, aux États-Unis, au Canada, en Suède et aux Pays-Bas. Grâce à ces relations, l'hôpital est en mesure de collecter des fonds et de sensibiliser l'opinion à la fistule obstétricale sur le plan international. Ces liens sont cultivés par des initiatives spéciales, un flux constant de visites de professionnels étrangers et des partenariats institutionnels.

Enseignements Tirés

- ▶ Dans l'idéal, le traitement de la fistule est offert dans un milieu qui répond aux besoins multidimensionnels des patientes. Un hôpital spécialisé dans les fistules et doté de services chirurgicaux, d'infirmiers, d'un laboratoire, offrant conseils et hébergement est le cadre idéal pour répondre à ces besoins. Dans certains milieux, il peut s'agir d'une unité intégrée à un hôpital existant, plutôt qu'un centre autonome.
- ▶ Les interventions chirurgicales ne sont pas suffisantes, en elles-mêmes, pour assurer la réadaptation et la réinsertion de nombreuses femmes souffrant de ce problème. Les conséquences psychologiques, les stigmates et les normes culturelles peuvent contribuer à prolonger l'isolement des femmes, même si leur condition physique s'est améliorée. La prise en charge de certaines patientes peut requérir un investissement à plus long terme.
- ▶ Le partenariat avec des institutions médicales étrangères, organisations multilatérales, organismes caritatifs, promoteurs immobiliers, architectes et physiothérapeutes est essentiel à la construction d'un hôpital type, spécialisé dans la fistule. De telles alliances sont importantes pour améliorer la sensibilisation à ce problème de santé, notamment dans les pays développés où la fistule est une maladie rare.

Soudan : Coordination des campagnes nationales en faveur du traitement chirurgical de la fistule

Contexte

Le mariage et les grossesses précoces sont courants à travers le Soudan ; plus de 40 % des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 18 ans (Témoignage vivant, FNUAP/FCI, 2007, p.24). Le taux d'utilisation de toute méthode contraceptive est faible dans le pays (environ 8 %) et encore plus faible pour les méthodes modernes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.18). Il y a aussi de grands écarts dans l'utilisation des contraceptifs d'une région à l'autre, certains États enregistrant des taux inférieurs à 1 % (Témoignage vivant, FNUAP/FCI, 2007, p.24). L'interruption de progression du travail est considéré comme un problème de santé grave lié à la morbidité et à la mortalité maternelles au Soudan, notamment dans les zones touchées par la guerre civile.

Le conflit civil est un des obstacles majeurs à l'accès aux services d'hygiène sexuelle et de santé génésique dans la région de Darfour. Dans le Darfour-Ouest, 85 % des accouchements se font à domicile, en présence d'accoucheuses traditionnelles, de sages-femmes ou de membres de la famille (Témoignage vivant, FNUAP/FCI, 2007, p.24). L'arrêt de progression du travail est prévalent en raison de la carence de services obstétricaux d'urgence disponibles, accessibles et abordables. L'ampleur du problème de la fistule n'est pas connue mais pourrait être importante compte tenu des nombreux facteurs de risque.

Description du Programme

À partir de 2001, et jusqu'en 2004, des campagnes annuelles ont été menées dans la région de Darfour pour offrir un traitement chirurgical gratuit aux femmes victimes de la fistule. Les campagnes ont été lancées à partir de l'un des trois centres pour la fistule au Soudan (El-Fasher, El-Geneina et Zalingi). Les campagnes de traitement sont combinées à des activités de plaidoyer, à la formation d'équipes chirurgicales, et l'éducation à la mobilisation des communautés au problème de la fistule obstétricale, ainsi qu'à des stratégies de réinsertion.



Crédit photo: Lucian Read/WpN/Pour le compte du FNUAP

Les campagnes sont organisées en collaboration avec un certain nombre de partenaires, dont des ONG, pour localiser et enregistrer les femmes souffrant de la fistule ; les prestataires de soins de santé, pour mener des activités de sensibilisation ; et des partenaires internationaux, pour apporter un soutien non financier, tel que la nourriture, les fournitures médicales et d'autres équipements.

En mai 2007, une campagne contre la fistule obstétricale a été organisée au centre de traitement des fistules de Zalingi. Le personnel d'autres centres, formé aux interventions chirurgicales, s'est rendu à Zalingi pour participer à la campagne. *Son objectif était de :*

- Sensibiliser les communautés à la fistule et à son lien avec la santé maternelle ;
- Offrir un traitement chirurgical pour au moins 40 cas de fistule ;
- Former des équipes chirurgicales et renforcer les capacités de l'équipe chirurgicale de Zalingi

Au total, 47 patientes en provenance de différentes régions du Darfour ont été traitées pendant la campagne. Des activités de plaidoyer et d'échange d'informations visant à sensibiliser les

communautés à la fistule et à la disponibilité d'un traitement chirurgical gratuit ont été entreprises plusieurs mois avant le début de la campagne.

Une campagne chirurgicale ultérieure contre la fistule a été organisée en février-mars 2008 à la maternité d'El-Fasher dans le Darfour-Nord. Un total de 40 femmes a été traité chirurgicalement pour la fistule au cours de la campagne. Grâce aux stratégies médiatiques de mobilisation communautaire lancées avant la campagne, le taux de participation était élevé, comprenant des femmes souffrant de formes complexes de la fistule ou de fistules de longue durée. À la suite des interventions, les femmes ont reçu un soutien psychologique et des conseils sur des stratégies de réinsertion. Les femmes ont également bénéficié d'informations et d'une formation sur des activités rémunératrices, ainsi que des conseils sur la planification familiale et la prévention du VIH. Le centre a également formé les femmes à la profession de sages-femmes de village, à la suite de leur opération, et les a affectées dans des régions éloignées pour qu'elles puissent servir de porte-parole communautaires pour la prévention de la fistule et afin de localiser et référer les femmes ayant besoin de traitement.

Enseignements Tirés

- ▶ La coordination efficace entre les partenaires était essentielle au lancement réussi de la campagne ; il s'agit notamment des prestataires de santé, des ONG, des organismes internationaux et des femmes porte-parole luttant contre la fistule au niveau communautaire.
- ▶ Les activités de mobilisation communautaire entreprises avant les campagnes en faveur du traitement chirurgical ont permis de sensibiliser les communautés à la fistule et d'assurer un taux de participation élevé aux interventions.
- ▶ La réadaptation sociale et physique doit être intégrée à la période post-opératoire et poursuivie après la sortie de l'hôpital, pour faciliter l'autonomie et la réinsertion des femmes dans leur famille et leur communauté.
- ▶ La formation des patientes atteintes d'une fistule à la profession de sages-femmes peut être un élément important de la réadaptation et de la réinsertion sociale.

Source : Campagne pour éliminer les fistules, par Yusuf Lawal, RH Coordinator/Team Leader, Bureau extérieur du FNUAP- Darfour-Ouest ; Rapport technique, Campagne contre la fistule, El Fasher, Darfour-Nord, Soudan. Rapport sur la campagne contre la fistule obstétricale, Zalingi-Darfour-Ouest, mai 2007.

Tanzanie : Traitement de la fistule par un système de soins à plusieurs niveaux

Contexte

La mortalité et la morbidité maternelles sont des problèmes graves en Tanzanie : le taux de mortalité maternelle est estimé à 950 décès pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16) et seulement 46 % des femmes accouchent en présence d'un professionnel qualifié (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.17). Bien que la couverture des soins prénatals satisfaisant aux recommandations de l'OMS soit élevée, avec un taux de 62 % (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.78), les soins post-accouchement sont pratiquement inexistantes. Les niveaux d'alphabétisation des femmes tanzaniennes sont sensiblement inférieurs à ceux des hommes (66 % et 79 %, respectivement) (UNESCO Institute for Statistics 2007). Les chiffres indiquent que les femmes représentent 51 % de la population active en Tanzanie (Tanzania Strategic Gender Assessment, Banque mondiale, 2004, p.7), et qu'elles effectuent la plupart des travaux agricoles dans le pays (UNSD Gender Info 2007).

Description du Programme

En 2005, un programme national de prévention de la fistule a été établi dans le but de renforcer les activités de prévention et la prise en charge de la fistule et de promouvoir les droits des femmes à la santé. Le programme forme les médecins et les infirmières aux soins de la fistule ; facilite l'acheminement des femmes vers des services de traitement ; informe les communautés sur la fistule et sur la localisation des services disponibles ; et conduit des recherches et des activités de plaidoyer en faveur de la prévention et du traitement de la fistule et de la santé maternelle. Le programme national est mis en œuvre par le Projet Dignité des femmes, le ministère de la Santé et du Bien-être social et la fondation African Medical and Research Foundation/Tanzanie.

Dans un effort visant à élargir les soins de la fistule autant que possible par une approche intégrée, des services de traitement sont offerts dans des établissements de soins généraux de la fistule, plutôt que spécialisés. Les prestations sont administrées selon un système à trois niveaux dans lequel différents types de

services sont offerts à différents niveaux du système de santé :

Niveau 3 (quelques hôpitaux spécialisés) :

- Réparations complexes et simples
- Réparations offertes de façon permanente
- Réparations effectuées principalement par des chirurgiens tanzaniens formés

Niveau 2 (hôpitaux généraux) :

- Réparations simples
- Réparations possibles de façon permanente dans certains hôpitaux, et selon un calendrier établi à l'avance, par des chirurgiens itinérants se rendant dans d'autres hôpitaux
- Réparations effectués par des chirurgiens tanzaniens formés, et par des chirurgiens tanzaniens et étrangers itinérants

Niveau 1 (établissements de soins primaires) :

- Prévention de la fistule dans les établissements de soins primaires grâce au soutien d'initiatives nationales de santé maternelle

Un système d'orientation des patientes établit un lien entre ces établissements de santé de différents niveaux. Ce système cherche à localiser les jeunes filles et les femmes victimes de la fistule au sein des communautés, fréquentant les établissements de soins primaires, et il les aide à se rendre à l'hôpital le plus proche pour se faire traiter. Si l'hôpital n'est pas en mesure d'aider la patiente, elle est « aiguillée » vers le niveau supérieur de soins. Les organisations communautaires soutiennent le système d'orientation en localisant et acheminant les jeunes filles et les femmes souffrant de fistule vers les services de traitement appropriés.

Le système d'orientation est renforcé par une campagne d'information qui cible les jeunes filles et les femmes des régions reculées et incite les hommes, les belles-mères et la communauté à faciliter l'accès au traitement de la fistule. La campagne fournit

des informations sur les causes, le contexte et la prévention de la fistule, ainsi que sur la localisation et la disponibilité des services de traitement. La radio est le véhicule principal de cette campagne d'information : trois spots radio sont diffusés continuellement sur les stations nationales et régionales ou locales, les messages au

niveau local indiquant avec précision l'adresse et les horaires où ces services sont dispensés. Des dépliants contenant ces informations sont aussi disponibles dans les établissements de santé et remis aux autres partenaires pour qu'ils soient distribués.

Enseignements Tirés

Grâce au programme national, le nombre d'interventions chirurgicales a augmenté, il est passé de 712 réparations de fistule en 2001 à 1 069 en 2007. Deux districts dans environ la moitié des régions de Tanzanie ont participé à l'étape pilote et les enseignements tirés sont actuellement mis en œuvre dans les autres districts.

- ▶ L'accès au traitement de la fistule peut être élargi en intégrant la prestation des services aux hôpitaux existants. Comme pour tous les soins de la fistule, un système décentralisé nécessite la présence de chirurgiens et d'infirmières qualifiés et une charge de travail suffisante pour offrir des soins de haute qualité.
- ▶ Les prestataires de soins doivent faire partie d'un partenariat simplifié de sorte que les cas de fistules avec complications puissent être aiguillés vers des hôpitaux disposant d'un personnel qualifié pour traiter ces femmes.
- ▶ Renforcer les capacités des chirurgiens locaux et réduire la dépendance vis-à-vis des chirurgiens étrangers nécessite un engagement à long terme envers la formation préalable et sur place à la réparation de la fistule. Cependant, dans de nombreux pays où la fistule est répandue, le soutien des chirurgiens étrangers peut être nécessaire à court et à long terme, étant donné la pénurie importante des ressources humaines.
- ▶ Le système de référence des patientes d'un niveau de soins vers un autre doit s'appuyer sur les structures existantes pour être efficace. Dans de nombreux cas, aucun financement supplémentaire n'est nécessaire pour ces initiatives qui peuvent être intégrées aux autres systèmes locaux ou superposés.
- ▶ La prestation de services doit aller de pair avec l'accès à l'information. Les femmes feront usage des services si elles savent qu'ils existent ; sans accès à l'information, les services ne peuvent être utilisés.
- ▶ Les campagnes d'information doivent distinguer les principales chaînes d'information accessibles aux femmes et aux familles, probablement la radio et le bouche-à-oreille dans les régions isolées. Ces moyens doivent être localisés pour que les communautés soient informées des services disponibles dans leur région.

Source : Programme national de fistule en Tanzanie, soumis par Maggie Bangser, 2008.

RÉINSERTION

Bangladesh : Réadaptation et formation des femmes victimes de la fistule

Contexte

Au Bangladesh, 40 % des personnes vivent dans la pauvreté et le statut social des femmes est faible (Analyse de la situation de la fistule obstétricale au Bangladesh, EngenderHealth, 2003, p.8). L'âge moyen lors du mariage est de 15 ans (Analyse de la situation de la fistule obstétricale au Bangladesh, EngenderHealth, 2003, p.8) ; et la maternité et les grossesses précoces sont considérées comme des obligations culturelles extrêmement importantes. Quatre-vingt-quatre pour cent des femmes enceintes ne bénéficient pas des quatre visites prénatales recommandées (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.72) et 92 % des naissances ont lieu à domicile, principalement avec l'assistance d'accoucheuses traditionnelles non qualifiées, de parents ou d'amis (Analyse de la situation de la fistule obstétricale au Bangladesh, EngenderHealth, 2003, p.8). Le taux de mortalité maternelle, l'un des plus élevés en dehors de l'Afrique subsaharienne, est estimé à 570 pour 100 000 naissances vivantes (Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS, p.16). Dans ce contexte, la probabilité pour une femme de développer une fistule est élevée. La première analyse de la situation de la fistule a permis d'estimer qu'au moins 416 000 femmes souffrent actuellement de la fistule au Bangladesh (Analyse de la situation de la fistule obstétricale au Bangladesh, EngenderHealth, 2003, p.10).

Description du Programme

En novembre 2006, la Bangladesh Women's Health Coalition (BWHC) a établi un centre de traitement, rétablissement et réadaptation pour les patientes souffrant de la fistule à Dhaka, en partenariat avec le gouvernement national et le FNUAP. Adoptant à la fois une approche fondée sur le lieu de résidence et la communauté, le programme de formation et de réadaptation



Crédit photo: GMB Akash/Panos Pictures

offrait aux patientes atteintes d'une fistule accueil et hébergement pendant la période de rétablissement et de réadaptation. Outre l'offre d'un logement, de repas, et de conseils psychosociaux, le centre dispense des cours d'alphabétisation et fournit des informations sur la santé et l'hygiène en général; sur les compétences pour obtenir des revenus; et des cours de jardinage domestique, de cuisine, d'élevage et de couture. Le centre travaille en étroite collaboration avec le Centre national pour les fistules de l'Hôpital médical de Dhaka afin de coordonner le traitement physiothérapeutique des patientes, ainsi que les visites de suivi avec le personnel médical. La durée du séjour des patientes au centre de réadaptation varie entre dix jours et huit mois, en fonction des besoins individuels des patientes et des circonstances.

Le programme communautaire de la BWHC travaille avec les patientes atteintes d'une fistule dans les communautés dans lesquelles elles vivent et :

- Organise des activités de changement de comportement au sein des communautés ;
- Organise des visites de suivi auprès des patientes afin d'identifier les points qui doivent être renforcés ou doivent faire l'objet d'un soutien supplémentaire ;

- Offre des conseils aux membres de la famille pour faciliter la réinsertion ; et
- Désigne des porte-parole, au sein des communautés, pour élargir la sensibilisation et aider les autres femmes souffrant de la fistule.

Entre novembre 2006 et mars 2008, le bilan essentiel du programme de réadaptation était le suivant :

- 102 patientes ont été admises au centre de réadaptation ;
- 39 réunions sur les changements de comportement ont eu lieu dans les communautés où vivent les patientes ;
- 47 visites de suivi ont été effectuées au domicile des patientes ;
- 30 porte-parole luttant contre la fistule ont été formées dans les communautés pour faire connaître le problème de la fistule et sensibiliser l'opinion.

Enseignements Tirés

- ▶ Le terme « fistule » n'est toujours pas bien compris au sein des communautés, pas plus que son impact sur les femmes qui en sont victimes.
- ▶ D'autres visites de suivi sont nécessaires auprès des patientes ayant suivi le programme de réadaptation pour renforcer l'alphabétisation et les aptitudes à l'élevage mais ces visites peuvent être coûteuses et requérir des ressources humaines nombreuses lorsqu'elles sont organisées depuis la capitale.
- ▶ Une participation et un soutien communautaires accrus sont nécessaires pour faciliter l'accès des patientes au crédit et aux activités rémunératrices offertes par les bureaux locaux d'assistance sociale et agricole.
- ▶ Une recherche opérationnelle doit être effectuée pour comprendre l'impact des stratégies du programme et pour apporter des améliorations et ajustements ultérieurs.

Source : Fistula Patients Training and Rehabilitation Center, soumis par Afroze Deel..

© 2009

Pour plus d'informations veuillez contacter :

pubs@familycareintl.org, or
fistulacampaign@unfpa.org