

# 12<sup>ème</sup> Congrès de la SAGO

«Coûts de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales en Afrique»



Photo de famille avec SE Brigi RAFINI, Premier Ministre du Niger (en boubou blanc)

## Qu'est ce que la SAGO ?

La Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens (SAGO) a été créée le 26 Mars 1988, par des gynécologues et obstétriciens africains soucieux du rapprochement et de la suppression de toutes formes de frontières ou barrières entre les scientifiques de l'Afrique

Les pays membres de la SAGO sont : le Bénin, le Burkina-Faso, le Cameroun, la République Centrafricaine, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée, Madagascar, le Mali, la Mauritanie, le Niger, la République Démocratique du Congo, le Congo, le Sénégal, le Tchad, le Togo et la Tunisie.

**Les Objectifs de la SAGO sont entre autres de:**

- Mettre en œuvre et promouvoir une politique de Formation et de Recherche sur les sujets d'intérêt commun et la Coordination des travaux effectués dans le domaine de la gynécologie, de l'obstétrique et la Santé de la Reproduction en particulier et celui de la santé en général
- Créer et promouvoir des organes de publication de thèses, d'articles et communications concernant les activités de recherche sur la gynécologie, l'obstétrique et la Santé de la Reproduction en Afrique.



La table de séance à l'ouverture du congrès



Une vue de la salle à l'ouverture



# «En Afrique, aucune femme ne doit mourir en donnant la vie. C'est à notre portée. C'est entre nos mains».

**Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement**  
**Honorables premières Dames du Niger**  
**Dr Malika Issoufou, du Mali Mme Diacounda Traoré, du Burkina Faso Mme Chantal Campaoré**  
**Honorables Députés**  
**Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique**  
**Mesdames et Messieurs les Ministres**  
**Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Représentants des organisations Internationales accrédités au Niger**  
**Honorables Chefs Traditionnels et Religieux**  
**Chers Médecins, Chers Professeurs, Chères sages-femmes**  
**Distingués Invités,**  
**Mesdames et Messieurs,**

Qu'il me soit permis, tout d'abord, de remercier Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, la Première Dame Dr Malika Issoufou et les Premières Dames des pays amis du Niger, pour leur présence au 12<sup>e</sup> congrès de la Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens (SAGO) et saluer leur engagement renouvelé dans le noble combat contre la mortalité maternelle et néonatale.

A tous les Congressistes, Bonne Arrivée au Niger !

**Excellence Monsieur le Premier Ministre, Mme la Première Dame du Niger, Distingués invités,**  
 Le thème retenu pour le présent congrès «Coûts de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales en Afrique» est important à plus d'un titre, car il pose le défi de l'accès universel aux services de santé de la reproduction de qualité à tous dans la zone Afrique.

Si nous prenons le cas du Niger, ce défi est réel car le taux de mortalité maternelle estimé à 554 décès pour 100.000 naissances vivantes est l'un des plus élevés au monde.

En effet, l'analyse de la Mortalité Maternelle et Néonatale montre que toutes les deux heures, une femme meurt des suites de la grossesse ou de l'accouchement et au même moment, 30 femmes échappent à la mort certes, mais deviennent handicapées suite aux complications obstétricales dont entre autres la fistule obstétricale qu'elles endurent.

**Il n'est pas acceptable que la grossesse soit égale à une menace de mort pour les femmes nigériennes, ni pour aucune femme.**

**UNFPA dit que ce n'est pas un problème de femmes.**

La perte d'une mère brise toute une famille et compromet le bien-être et les chances mêmes de survie de l'enfant ou des enfants qu'elle laisse derrière elle.

La perte d'une femme est un problème de développement économique et social. Elle constitue un frein à la croissance puisque on perd une force vive de la nation, une éducatrice de classe exceptionnelle. Nous devons tout faire pour prévenir ces morts.

Au Niger, comme dans les autres pays d'Afrique, il y a eu des avancées importantes, ce qui nous permet d'avoir beaucoup d'optimisme.

La croissance économique évolue favorablement en Afrique, contrairement aux autres continents. Des populations bénéficient de meilleures conditions de vie. L'Afrique a

une richesse inestimable : les jeunes et leur potentiel qui augurent un renforcement du capital humain s'ils sont pris en charge et outillés.

De plus, l'Afrique a mis en place plusieurs initiatives nobles. C'est le cas de la Campagne pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique, la CARMMA, lancée en 2009 par l'Union Africaine. UNFPA est fier d'avoir été l'un de ses principaux partenaires depuis sa conceptualisation.

Depuis, 39 pays d'Afrique l'ont lancé et des progrès significatifs ont été réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle. La Guinée Equatoriale a atteint les 75% de réduction défini dans les Objectifs de Développement du Millénaire. Le Rwanda, l'Eritrée, l'Ethiopie ont des réductions de 60% ! Ce sont des succès remarquables à applaudir.

**Excellence, Monsieur le Premier Ministre,** il me plaît de rappeler ici que c'est le Président de République qui a personnellement lancé la CARMMA au Niger en Décembre 2011 ce qui a démontré aux Nigériens et Nigériennes et à l'Afrique toute entière qu'il est un champion pour la cause des femmes.

**Madame la Première Dame, Dr. Malika,** en tant que marraine de la CARMMA, vous n'avez ménagé aucun effort pour sensibiliser et mobiliser les parties prenantes ; nous venons de le vivre avec votre engagement dans la réussite de ce congrès SAGO.

**Excellence, Monsieur le Premier Ministre,** depuis le lancement de la CARMMA, des efforts ont été accomplis par le Gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers notamment la gratuité de la consultation prénatale, des produits contraceptifs et de la césarienne et le repositionnement ambitieux de la Planification Familiale. UNFPA avec le soutien de l'Union Européenne appuie la gratuité de l'accouchement au niveau des régions de Tahoua, Tillabery, Zinder et Diffa.

Ces différents efforts ont permis au Niger de rehausser des indicateurs clés. En comparant avant la CARMMA en 2011 et après en 2012, nous constatons que

- le taux d'utilisation des services de planification familiale de 19,49% en 2011 a augmenté à 21,85% en 2012,
- le taux d'accouchement par un personnel qualifié a augmenté de 39,80% en 2011 à 43,50 % en 2012
- et le taux de césarienne de 1% en 2010 a augmenté à 1,75% en 2012.

Nous devons célébrer les progrès réalisés! Et nous devons redoubler nos efforts pour éviter des morts évitables.

**Excellence Monsieur le Premier Ministre, Mme la Première Dame du Niger, Distingués invités,**



Mme Monique CLESCA, Représentante UNFPA NIGER

La mortalité maternelle n'est pas une fatalité. Les défis sont connus tout comme les trois stratégies pour la réduire. Les experts ont défini trois piliers fondamentaux de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale:

- 1) la Planification Familiale
- 2) l'accouchement assisté par un personnel qualifié
- 3) les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

Ces stratégies sont à notre portée tant au Niger que dans d'autres pays d'Afrique et doivent nous permettre de réaliser notre vision qui est: «En Afrique, aucune femme ne doit mourir en donnant la vie. C'est à notre portée. C'est entre nos mains».

Ceci passe par un engagement fort, un leadership affirmé de l'Union Africaine avec le soutien du Gouvernement que vous dirigez et de Son Excellence Monsieur le Président Issoufou. Le sommet CARMMA qui aura lieu ce samedi 27 Janvier à Addis Abeba en marge du Sommet de l'Union Africaine, sera, nous l'espérons, l'occasion pour le Niger de renouveler ses engagements et de partager les indicateurs promoteurs de pays ainsi que ses succès telle l'initiative de l'Ecole des Maris exporté au

Burkina Faso, au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Tchad.

**Monsieur le Premier Ministre,** le Président de la République a donné l'exemple et nous comptons sur son leadership et l'engagement de votre Gouvernement pour trouver des réponses aux défis liés à la santé maternelle:

- Nous avons besoin de ressources supplémentaires du budget de l'Etat et des partenaires pour financer des interventions à haut impact de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- Il nous faut accroître l'accès des populations vulnérables, isolées, nomades et/ou marginalisées aux services de santé de la reproduction ;
- Il nous faut investir dans les filles et les femmes afin qu'elles réalisent leur potentiel en matière de droit à la santé de la reproduction, et qu'elles aient la chance de se développer en citoyennes saines et productives.

Ces défis sont ceux de beaucoup de pays d'Afrique.

**C'est le moment d'agir. Il y a urgence. L'heure a sonné. C'est décidé : En Afrique, aucune femme ne doit mourir en donnant naissance !**

**Excellence Monsieur le Premier Ministre, Madame la Première Dame du Niger, Distingués invités,**

Je ne terminerai pas mon discours sans avoir une pensée spéciale à l'endroit de tous les Gynécologues, Obstétriciens, Pédiatres, Sages-femmes, et tous les autres corps de la santé présents dans cette salle et sur le terrain qui luttent au quotidien pour sauver la vie des femmes et des enfants.

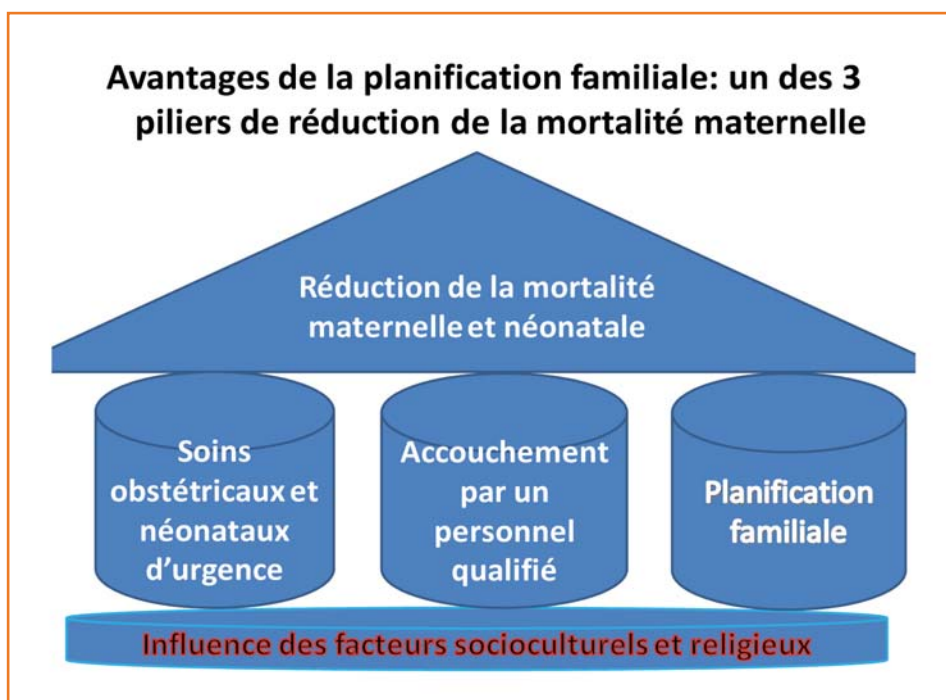
**Excellence Monsieur le Premier Ministre,** les objectifs fixés par le Niger sont à sa portée.

**Distingués invités,** l'objectif de réduire la santé maternelle en Afrique est à la portée de tous les pays membres de l'Union Africaine.

UNFPA et tous vos partenaires financiers et techniques vous accompagnent pour que «En Afrique, aucune femme ne meure en donnant la vie.»

**C'est réellement à notre portée ! C'est entre nos mains ! C'est entre VOS mains !**

**Nagodé. Je vous remercie de votre aimable attention.**





## «Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie»

Message du Dr. Babatunde Osotimehin, Secrétaire général adjoint de l'ONU et Directeur exécutif de l'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population

L'Afrique compte à son actif de nombreux accomplissements dont elle peut tirer fierté et confiance. Les progrès accomplis sur bien des fronts sont spectaculaires et un nouveau sentiment d'optimisme règne partout sur le continent. La croissance économique est solide et se traduit par l'augmentation des revenus et l'amélioration des niveaux de vie. L'investissement étranger afflue de toutes parts, encouragé par l'énergie et le talent des Africains, la demande accrue des consommateurs et une meilleure gouvernance.

Mais, pour que le continent tire le plus grand parti possible de son riche potentiel, il faut encore relever bien des défis. Et aucun n'est plus redoutable que d'améliorer le bilan de l'Afrique en matière de santé maternelle.

Sur ce point aussi de remarquables succès ont été enregistrés. La Guinée Equatoriale, par exemple, a déjà dépassé la cible d'une réduction de 75 % des décès maternels énoncée dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'Erythrée est elle aussi en voie d'atteindre cette cible. L'Ethiopie et le Rwanda figurent au nombre d'autres pays où la réduction a déjà dépassé les 60 %.

Mais en dépit d'exceptionnels accomplissements et succès en bien d'autres pays, la situation ne s'est pas améliorée en Afrique au même rythme que dans les autres continents. En fait, une récente étude publiée par The Lancet, revue médicale qui fait autorité, a montré qu'en 2008, huit des dix pays enregistrant les taux de mortalité maternelle les plus élevés se trouvent en Afrique. Les pays qui ont été frappés avec une dureté particulière par l'épidémie du VIH/sida ont vu les chiffres augmenter, plutôt que baisser, ces dernières années.

Le résultat est que, si l'Afrique compte seulement 14 % de la population mondiale, elle regroupe nettement plus de la moitié des

décès maternels dans le monde – décès évitables dans leur immense majorité. Car ce ne sont pas des maladies incurables, mais c'est le manque d'accès à la planification familiale, de soins élémentaires lors de l'accouchement, d'une assistance qualifiée, d'examen médicaux et de conseils durant la grossesse à qui tient principalement cette perte de vies humaines. L'impact de ces milliers de drames individuels va bien au-delà de la famille touchée. Ils représentent un coup de frein brutal pour le développement économique et social au sens le plus large.

L'effort résolu en cours pour en finir avec cette hécatombe inutile est une preuve de la détermination nouvelle qui anime toute l'Afrique d'écarter les obstacles au progrès. La Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), a été lancée voici trois ans par l'Union africaine, avec le soutien de l'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, que j'ai le privilège de diriger.

Depuis que le Mozambique a été le premier pays à lancer sa campagne nationale en 2009, 36 pays africains ont adhéré à



Dr. Babatunde Osotimehin

l'initiative. L'objectif est, à travers la CARMMA, de galvaniser l'action politique et de forger de nouveaux partenariats à travers des sociétés entières afin d'identifier les raisons des décès maternels et de mettre en place les politiques et ressources nécessaires pour s'y attaquer.

La campagne a bénéficié d'un prodigieux appui aux plus hauts niveaux. En Zambie, par exemple, l'initiative a été lancée par le Président en personne. De nombreux pays ont mis en route la CARMMA non pas seulement au niveau national, mais aussi à celui du district et de l'Etat.

Le grand nombre de naissances non assistées – en partie faute de praticien(ne)s qualifié(s) – aide à expliquer les taux élevés de mortalité maternelle. Pour tenter de combler ce déficit, le Cameroun ouvre actuellement huit écoles de sages-femmes. Dans un pays où le dernier diplôme de sage-femme a été délivré en 1987, une seconde vague de plus de 200 étudiantes est en train d'achever sa formation.

Nous assistons à des succès analogues sur tout le continent, avec le renforcement des systèmes de santé, un financement accru et de nouveaux partenariats entre les secteurs public et privé et le bénévolat. La Sierra Leone a introduit la gratuité des services médicaux pour les femmes enceintes et leurs bébés.

Cependant, malgré certains résultats remarquables, plus de 450 femmes et filles continuent de mourir chaque jour en Afrique de complications de la grossesse ou de l'accouchement.

C'est pourquoi le sommet de la CARMMA, qui a lieu cette semaine à Addis-Abeba sous les auspices de l'Union africaine et de l'UNFPA, revêt une telle importance. Il représente une chance pour les pays de s'engager de nouveau à mettre en oeuvre la campagne, ainsi qu'à partager idées et bonnes pratiques.

Les décisions prises en Ethiopie cette semaine aideront à stimuler une transformation positive de l'Afrique. Si l'on veut que le continent poursuive le remarquable progrès économique et social réalisé durant la dernière décennie, la réduction de la mortalité infantile et maternelle doit être une absolue priorité. Il est à notre portée de faire en sorte qu'aucune femme ne meure en donnant la vie. Tenir cet engagement est aussi entre nos mains.

## Les grands thèmes de la SAGO 2013

### Mortalité maternelle et néonatale

**90%** des cas de mortalité maternelle ont des causes obstétriques directes : hémorragies, infection, troubles de l'hypertension au cours de la grossesse et complications dues à des avortements dangereux. De plus, pour 1 femme qui meurt de complications liées à l'accouchement, 20 autres sont victimes de blessures, d'infections le plus souvent ignorées et non traitées qui peuvent entraîner de graves invalidités, des douleurs chroniques et aboutir à une exclusion sociale et économique. La plupart de ces risques de complication peuvent être détectés et prévenus. La mortalité néonatale est la cause de près de 40% des décès d'enfants de moins de cinq ans que l'on estime à 9,7 millions par an, et de 60% de ceux des nourrissons (moins d'un an). La mortalité maternelle, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement.

Source UNICEF

### Gratuité des soins en gynécologie et obstétrique

La gratuité des soins gynécologiques et obstétricaux a permis de noter sa pertinence en réponse au problème de la mortalité maternelle et néonatale liée à la faiblesse de la disponibilité et de l'utilisation des services de santé.

Le renforcement de compétences des prestataires a été positivement apprécié par les différents acteurs du niveau central comme du niveau opérationnel, les équipes elles-mêmes, ainsi que par les bénéficiaires au niveau communautaire. Les effets de cette politique de délégation sont dépendants de la fonctionnalité des blocs opératoires liée en particulier à la disponibilité des ressources humaines.

Les effets sur l'utilisation des services sont notables et positivement appréciés par les détenteurs d'enjeux, les acteurs opérationnels et les bénéficiaires. Cependant, il existe des difficultés et des insuffisances liées à la communication, la planification, la logistique, et à l'impact sur les finances des structures de santé, en particulier des comités de santé.

C'est pourquoi des réajustements sont nécessaires, en prenant en compte les suggestions des décideurs, des acteurs du niveau opérationnel et des bénéficiaires afin de pérenniser ces politiques qui ont démontré leur efficacité pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Source : OMS

### Le VIH et grossesse

**60%** des patients sous ARV en Afrique subsaharienne sont des femmes. Cette étude a cherché à déterminer si le traitement antirétroviral a un impact sur le nombre de grossesses chez les personnes atteintes. La transmission se fait essentiellement au moment de l'accouchement (75%) Mais la transmission peut aussi se faire :  
- avant l'accouchement in utero (25%) : femmes très immunodéprimées (à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre)  
- après l'accouchement : rôle de l'allaitement maternel (augmentation du risque évaluée à 14% des enfants contaminés si infection VIH chronique, à 29% si primo infection)

Source VIH.org / Odile Launay Centre d'Investigation Clinique de vaccinologie Cochin-Pasteur, Pôle de médecine, Groupe Hospitalier Cochin-St Vincent de Paul

### Les cancers gynécologiques et mammaires

Le cancer du col occupe le 1<sup>er</sup> rang des cancers gynécologiques et mammaires. L'incidence du cancer du col de l'utérus a régressé ces dernières décennies dans les pays industrialisés grâce aux campagnes de dépistage. L'absence de telles campagnes dans les pays en développement influence sensiblement le taux de décès par cancer chez la femme dans le monde. Ainsi le cancer du col constitue la 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer dans le monde. Dans certains pays d'Afrique comme le nôtre, des programmes de dépistage sont en cours d'évaluation. Des études ont montré que les grossesses et les accouchements multiples favorisent le cancer du sein par activation de la folliculine. On comprend alors la fréquence élevée du cancer du sein chez la femme en milieu africain.

Source ehp.niehs.nih.gov



# La mortalité maternelle au Niger

**A**u Niger, la situation de la santé maternelle reste préoccupante malgré les progrès réalisés dans le domaine en 2006 et 2010. En effet, elle se caractérise par un ratio de mortalité maternelle (RMM) qui passe de 648 à 554 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, un taux de mortalité maternelle (TMM) de 1,6/1000 à 1,183/1000, une proportion de décès de femmes en âge de procréer reliés à des causes maternelles (PDCM) ou proportion maternelle de 39% à 33,4%, un risque de décès maternel sur la durée de vie féconde (RDM) de 1/20 à 1/25. Le taux de prévalence contraceptive est de 5% à 16%, des besoins non satisfaits en PF de 16% à 22%, le contribution des adolescentes est de 14% dans la fécondité globale en 2006. L'assistance qualifiée à l'accouchement est de 17,3% à 34% ; le taux de couverture en consultations prénatales de (CPN1) de 47% à 95%, CPN4 de 30% en 2010, le taux de césarienne reste inférieur à 2% (pour une norme entre 5% et 15 %), L'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence réalisée en 2010 a donné une couverture de 97% des besoins en soins obstétricaux et néonataux complets et seulement 9% de couverture en soins obstétricaux et néonataux de base. Les principales fonctions qui ne sont pas observées sont celles qui nécessitent du matériel, notamment de l'aspiration manuelle intra-utérine, l'utilisation de la ventouse et la réanimation du nouveau-né.

Les principales causes de ces décès au Niger sont : les hémorragies, les éclampsies, les dystocies, les infections, les causes indirectes. L'estimation de l'intervalle moyen entre la présentation d'une complication obstétricale majeure et le

décès, en l'absence d'intervention médicale varie en fonction de la complication. Il est de 2 heures pour l'hémorragie du Postpartum, 12H pour l'hémorragie antépartum, 1 Jour pour la rupture utérine, 2Jours pour l'éclampsie, 3Jours pour la dystocie et 6Jours pour les infections.

Les délais observés sont de trois ordres :

- le 1er retard est relatif à la reconnaissance d'un signe de danger et la prise de décision d'utiliser les services de santé. Les facteurs socioculturels tels que la culture de silence –la femme en travail ne doit pas extérioriser une douleur au risque de déshonorer sa famille, la femme qui ne doit pas sortir de son foyer sans l'autorisation préalable de son mari ou un tuteur, le recours à des soins traditionnels avant d'utiliser une formation sanitaire ont eu une grande influence sur ce retard ;

- le 2<sup>ème</sup> retard est en rapport avec le transport, les moyens de transports, l'état des routes, la pauvreté etc.

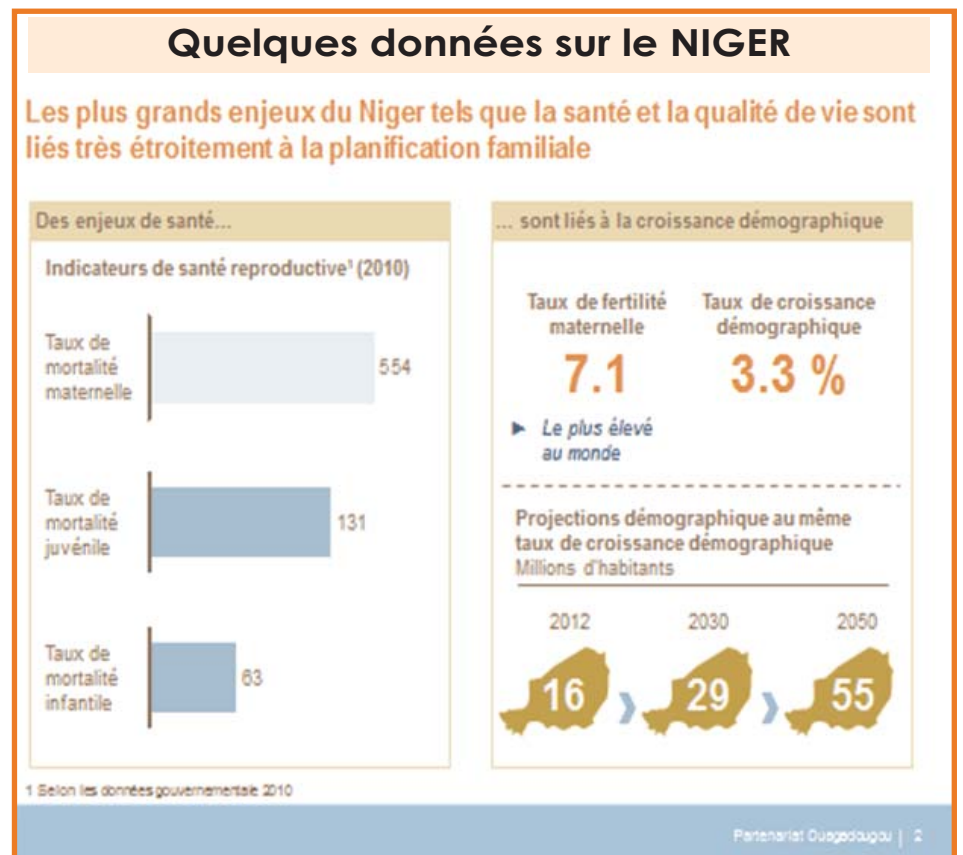
- Le 3<sup>ème</sup> retard est le retard intra institutionnel en rapport avec la disponibilité de ressources humaines compétentes, la disponibilité de matériels et équipements en bon état, des médicaments et consommables, l'organisation et la gestion des services.

Il est clairement établi sur la base de preuves factuelles que toutes les grossesses sont potentiellement dangereuses. Il est également admis que les trois stratégies de réduction de la mortalité maternelle sont (i) les Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et la Planification Familiale. Au Niger, les principaux défis qui entravent la mise en œuvre du programme de maternité à moindre risque sont relatifs la

faiblesse du système de santé et portent notamment sur (i) les obstacles socio-culturels et religieux à l'utilisation des services SR, (ii) la disponibilité et l'accès aux SONU de Base et des SONU complets de qualité, (iii) les déséquilibres inter et intra régionales dans la répartition des SONUB/SONUC, (iv) la disponibilité et la répartition de ressources humaines en santé maternelle et l'insuffisance des compétences, (v) la sécurisation des produits SR (produits sanguins, les médicaments et consommables médicaux, les équipements, etc.) ; (vi) l'organisation et la gestion des services y compris la communication entre les niveaux et entre les différents services d'un même

niveau.(vii) la faible culture de d'évaluation et de redevabilité et (viii) la mobilisation de financement pour les interventions à haut impact et la consommation des budgets alloués.

Au Niger, l'existence d'un plan de développement 2011-2015 et l'engagement du Gouvernement au plus haut niveau tel que démontré lors du lancement de la CARMMA, ou de la table ronde de mobilisation des ressources en faveur du Plan de développement économique et social (PDES) à Paris. Du côté d'UNFPA, le plan stratégique révisé 2012-2013 a un focus sur la mortalité maternelle incluant la planification familiale.



## La fistule obstétricale au Niger

### «Les échappées de la mortalité maternelle»

#### Contexte

La fistule obstétricale est une infirmité temporaire ou permanente consécutive à un traumatisme survenant au cours d'un accouchement difficile et prolongé sans assistance qualifiée. Elle résulte de déchirures de tissus mettant en communication la vessie, le vagin et le rectum. Selon la nature de la communication, on distingue les fistules uréthro-vaginale (FUV), vésico-vaginale (FVV), vésico-utérine (FVU), recto-vaginale (FRV) et les formes associées.

Les femmes victimes de cette tragédie sont souvent abandonnées du fait de l'odeur d'urines jugée insupportable par le mari ou les membres de la famille.

Dans de nombreuses communautés, les femmes atteintes de fistules sont considérées comme « impures » et sont mises en marge de la société. Sans traitement, elles ne peuvent guère espérer retrouver du travail ou reprendre leur vie familiale. L'un des aspects tragiques de la fistule obstétricale (FO) est qu'elle survient fréquemment chez les adolescentes, qui sont plus à risque de complications à l'accouchement et ont généralement un accès limité aux services de santé. Ainsi, du fait de ses conséquences déshumanisantes, à l'origine de la discrimination, de la stigmatisation et de la séparation des couples, la fistule obstétricale constitue un véritable problème de santé publique.



**Balki Garba : Onze accouchements, un enfant survivant !**

Même si la prévalence de la fistule obstétricale est inconnue, l'enquête démographique et de santé (EDS MICS 2006) rapportent que 0,2% des femmes enquêtées ont vécu ou souffrent de la fistule obstétricale.

C'est pour faire face à ce fléau, que le Gouvernement du Niger a décidé d'agir en inscrivant la santé maternelle et la lutte contre la fistule obstétricale au sein de ses priorités dans les différents plans et programmes de santé dont le plan de développement sanitaire PDS 2011-2015, la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

(FRRMM) et le plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction PSPSR 2012-2015 et l'atteinte des OMD dont principalement l'OMD 5 relatif à la réduction de la mortalité maternelle. Pour coordonner la lutte contre la fistule obstétricale, le Niger à l'instar des autres pays, s'est engagé dans la campagne internationale d'éradication de la FO lancée par UNFPA à travers la mise en place d'un Réseau d'Eradication des Fistules Obstétricales au Niger (REF). Ce réseau a été créé par arrêté n°00026 MSP/LCE/ DGSP/DSR du 19 février 2004. Il est composé de structures publiques, ONG, Associations et partenaires au développement qui œuvrent en faveur de l'éradication de la FO. La présidence est assurée par le Ministère de la Santé Publique, la Vice-Présidence par le Ministère de la Promotion de la Population/Promotion de la femme/Protection de l'Enfant.

#### Stratégie globale pour l'élimination de la fistule au Niger

Afin d'éliminer la fistule obstétricale et ses conséquences avilissantes pour les femmes, le Gouvernement du Niger et l'UNFPA ont décidé en 2004, d'unir leurs efforts, à travers le Réseau pour l'Élimination des Fistules (REF). Ce réseau rassemble les différents partenaires nationaux et internationaux (Ministères de la Santé Publique, celui de la promo-

tion de la femme, les ONG, le Système des Nations Unies, le FAD,) intervenant en matière de prévention, du traitement de la fistule obstétricale et la réinsertion des femmes guéries dans leurs communautés. Il favorise la synergie et la complémentarité pour une plus grande efficacité des actions menées en vue de l'éradication de la fistule au Niger. La prise en charge de la fistule est holistique et repose sur un trépied : prévention- traitement et réinsertion sociale.

#### Stratégie en matière de prévention

La prévention est la stratégie la plus efficace pour lutter contre la FO. A ce niveau, l'UNFPA a combiné plusieurs approches notamment :

- Plaidoyer pour l'adhésion des leaders d'opinion pour l'élimination de la fistule

obstétricale.

- Implication des leaders politiques avec au plus haut niveau, la Première Dame qui est Marraine pour la promotion de la santé maternelle et l'élimination de la fistule obstétricale au Niger.

- Implication des médias internationaux et nationaux (radios publiques, radios privées et les radios communautaires, le Cinéma numérique ambulante) des hommes de presse, des ambassadeurs de bonne volonté,

- Implication des leaders religieux et traditionnels afin de lutter contre les facteurs favorisant la survenue de la fistule obstétricale, notamment le mariage précoce.

- Renforcement des capacités des structures sanitaires en vue d'une prise en charge de qualité, des grossesses et des accouchements.

**Ce dossier vous est offert par le Fonds des Nations Unies pour la Population**  
**428, Avenue du fleuve Niger, Plateau**  
**Maison des Nations Unies**  
**BP : 11207 - Niamey - Niger**

#### Comité de rédaction

- Mme Monique CLESCA, Représentante UNFPA NIGER
- Moussa Abdou Saley, Chargé de communication
- Dr Daouda Boukary, Chargé de programme RHCS/FO
- Inoussa Oumarou, ONEP

