

10 ans de lutte contre la fistule obstétricale au Niger



photo Tagaza

Habsou Issoufou, 17 ans, victime de la fistule

**Arrêtons la honte,
Arrêtons l'isolation,
Arrêtons la fistule,
Allons vers la lumière....**

En 2003, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en collaboration avec un groupe de partenaires, a lancé la campagne mondiale d'éradication de la fistule, avec le but de rendre la fistule obstétricale aussi rare dans les pays en développement autant qu'elle l'est dans les pays industrialisés. Par la même occasion, pour rendre cette vision une réalité, UNFPA et ses partenaires se sont engagés dans une alliance internationale de promotion à l'accès universel aux services de santé de la reproduction de qualité dans les zones affectées par la Fistule Obstétricale. La coalition autour de la campagne mondiale d'éradication de la fistule obstétricale regroupe donc, en plus de UNFPA, près de 80 donateurs et 100 organisations internationales. Cette campagne intervient dans 50 pays répartis dans les régions sus citées. La stratégie globale repose sur 3 piliers : la prévention, le traitement et la réinsertion sociale.

Qu'est ce que la fistule obstétricale ?

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.

Stratégies de lutte

Le Niger, avec l'appui de ses partenaires, s'est lancé dans la campagne pour en finir avec la fistule obstétricale depuis 1993 en se basant sur trois stratégies majeures.

■ Prévention

Positionner la lutte contre la FO à l'agenda des décideurs, sensibiliser les populations sur l'importance de l'accouchement assisté dans les centres de santé pour toute grossesse comme moyen de prévention de la FO, et enfin promouvoir la planification familiale et la lutte contre le mariage/grossesse précoce

■ Traitement

Renforcer le plateau technique des centres de prise en charge chirurgicale de la FO (maternités, centres hospitaliers régionaux, hôpitaux nationaux), renforcement des capacités techniques des équipes chirurgicales en prise en charge opératoire de la FO, extension/décentralisation des centres de prise en charge au niveau régional et districts.

■ Réinsertion socio-économique

Promouvoir l'autonomisation et la sécurité économique des femmes victimes de fistule obstétricale à travers l'apprentissage d'une activité génératrice de revenu (AGR) après l'intervention chirurgicale et guérison suivi d'un appui en capital de départ AGR et l'accompagnement des ONG nationales spécialisées dans la question pour leur réinsertion au sein des communautés

Habsou Issoufou ou le parcours d'une survivante de la mortalité maternelle

Par Dr Doudou BOUKARY, Chargé de Programme Fistule Obstétricale UNFPA Niger



Photo Tagaza

Habsou Issoufou est une jeune fille peulh de 17 ans, aux traits fins, gracile et joviale, mais elle n'a pas été comme ça (joviale) il y'a quelque mois quand le drame qui l'a frappé l'a conduit dans ce centre d'accueil de femmes victimes de fistules obstétricales de Zinder, en cette matinée du 15 avril 2013.

Habsou, comme toutes les filles de son âge a comme occupation principale, les travaux ménagers en appui à sa maman et le pâturage des animaux avec les autres filles et garçons de son âge. « Je suis une excellente bergère et je m'y connais en matière d'élevage. « Un matin, alors que je parlais au pâturage avec des amies, je fût la rencontre qui datera à jamais ma vie. J'avais alors 16 ans et je venais de faire la rencontre de mon cousin ». Un amour réciproque se développe entre les deux jeunes. Elle est la cadette d'une famille de 4 enfants et son cousin : 20 ans. Le mariage fut scellé quelque temps après et la vie de ménage commence. « Je suis tombée enceinte les mois suivant mon mariage ». Le centre de santé le plus proche est celui de Gandou Goriba. Pour aller au centre de santé intégré (CSI) et trouver le personnel au travail, les femmes enceintes du village doivent se lever à l'aube. La distance est longue et on n'arrive au CSI qu'aux environs de onze heures-midi. Habsou suivra deux consultations prénatales au niveau de ce CSI, et à chaque fois on l'a rassuré que sa

grossesse évolue normalement et qu'elle n'as pas de souci particulier à se faire.

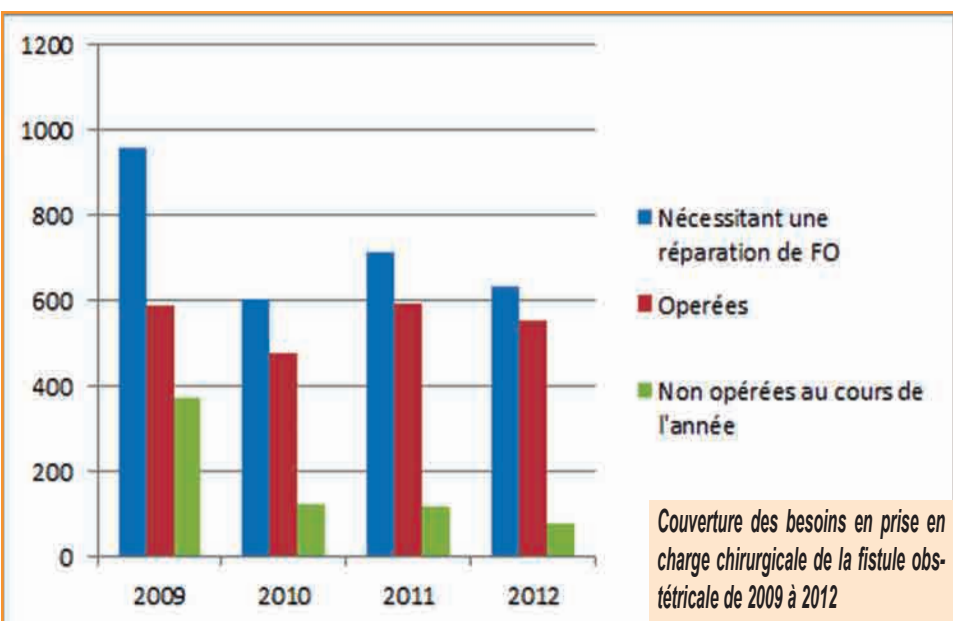
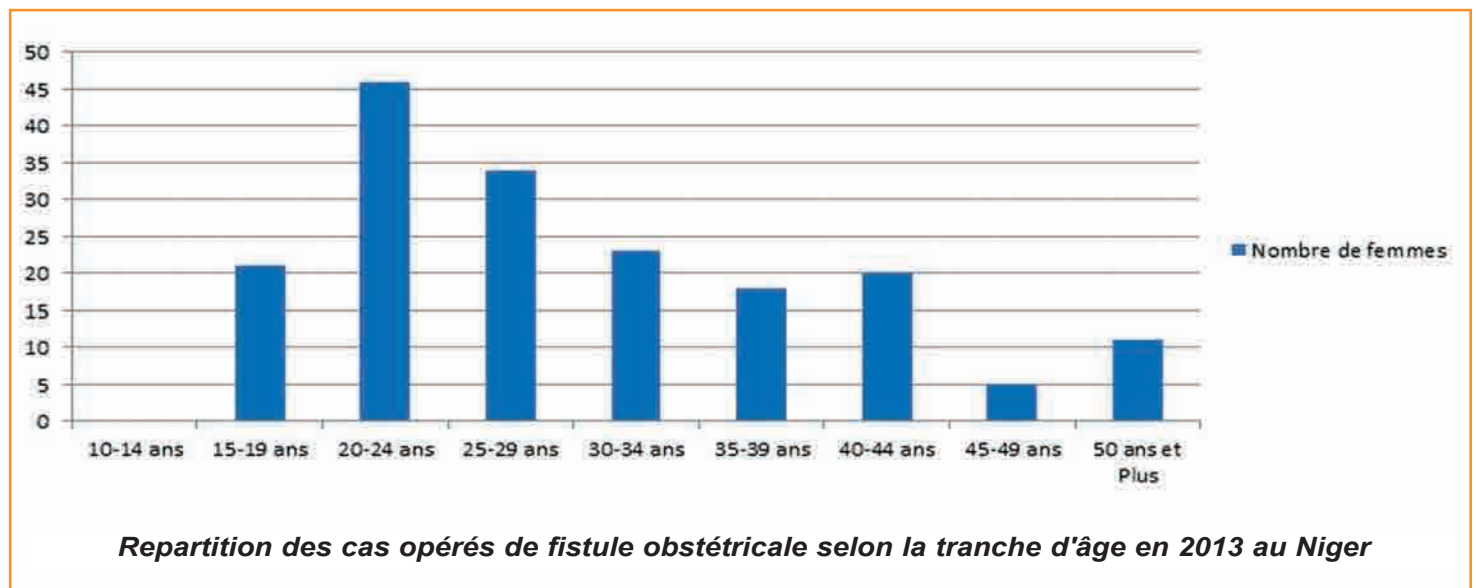
Fort de ce résultat encourageant à chaque fois renouvelé par le personnel du centre de santé, elle va cesser de revenir au CSI pour les troisième et qua-

trième consultations prénatales qu'elle devrait passer avant l'accouchement. Commence donc un jour dont elle n'a plus souvenir de la date, les contractions utérines. Le travail d'accouchement commence. Il a lieu à domicile sous la surveillance de deux femmes : sa mère et la mère de son époux. Après tout ces deux mamans sont de la même famille et les liens renforcés encore plus par le mariage de leurs enfants. « Le travail va

durir toute la nuit du premier jour, puis toute la journée du deuxième jour, puis commence une deuxième nuit, sans que j'ene soit délivrée des douleurs de l'enfantement » Les deux mères s'avouent vaincues, elles ont donné toute l'expérience de leur vie en matière d'assistance à l'accouchement dans le village, mais rien à faire, la situation de Habsou dépasse leurs compétences. Au milieu de cette deuxième nuit de travail d'accouchement sans suite, le père de Habsou prend la décision de référer sa fille accompagnée des deux femmes à Gandou Goriba. Le pauvre père va payer cinquante (50 000F) pour le transport de sa fille du village au CSI à bord d'un véhicule de marché, une véritable ferraille ambulante qui va rouler une grande partie de la nuit pour arriver enfin au CSI. Habsou aura fait maintenant deux jours de travail sans qu'elle n'accouche. Elle a enduré milles souffrances, car la route étant mauvaise, semée d'embuches et aux secousses du véhicule s'ajoutent les contractions de l'utérus. Au CSI, l'équipe du centre a

évacué par forceps. Il s'agit d'un fœtus de sexe masculin mort-né macéré.

Habsou va se réveiller le lendemain de l'opération libérée par les effets de l'anesthésie et constater qu'elle perd ses urines. On lui apprendra en plus la mort de son enfant qui du reste elle n'a pas vu et ne verra jamais. « Tout ce que je sais c'est qu'il est de sexe masculin et qu'il est mort dans mon ventre depuis longtemps entre ces trajets village-Gandou-Belbédji-Zinder. » Quand et comment, elle ne le saura jamais. Elle pique une crise de nerf et pleure de tout son cœur pour son double malheur : la perte de son enfant et la fuite des urines qu'elle ne peut plus contenir. Elle se sait jeune, belle, adorée par son mari et cet enfant perdu aurait pu renforcer son pouvoir sur son mari. C'est vrai, c'est un garçon qu'elle a accouché. Un garçon au premier accouchement, c'est un grand prestige au sein de la belle famille et impose le respect du mari. Ce premier né plus tard sera le conseiller attiré des parents : elle et son jeune mari une fois



tout fait, mais en vain. A l'aube du deuxième jour, Habsou est référée une fois de plus, mais cette fois ci du CSI rural de Gandou Goriba au CSI semi-urbain mieux équipé et avec un personnel plus expérimenté : le CSI de Belbédji. La jeune femme accompagnée des deux mamans vont arriver à l'aube à Belbédji et auront payé à nouveau 60 000F pour le transport du véhicule qui les a conduit de Gandou à Belbédji. Habsou va rester dans ce deuxième centre de santé jusqu'à quatorze heures avant que l'équipe du CSI s'avoue vaincu et décide de l'évacuer à la maternité centrale de Zinder : secours ultime au parcours de combattant qu'elle aura assumée deux jours et deux nuits sans accoucher or, la tradition dit que le soleil ne doit jamais se lever deux fois sur une femme en travail. Pour cette nouvelle référence de Belbédji à Zinder, Habsou et ses mamans vont payer 46 000F pour le transport. Au total la famille de Habsou aura déboursé 156 000 F soit 312 \$US dans un pays où plus de 65% de la population vit avec moins de 1\$US par jour. « Je suis arrivée la nuit du 17 décembre 2012 à la maternité centrale de Zinder ? J'ai été prise en charge par l'équipe de garde ». A ce stade, le produit utérin sera

qu'ils seront vieux, c'est le futur gestionnaire des biens de la famille : le troupeau de vaches, chèvres et moutons. Elle pleura jusqu'à... avant de se résigner. Une fois calmée, elle va elle-même informer l'équipe du service post opératoire qu'elle perd ses urines. Une sonde urinaire lui sera placée et examinée plus tard par le Gynécologue du centre qui posera le diagnostic de fistule obstétricale. « On m'apprendra que je ne pourrais pas être opérée tout de suite. On m'a mis sous traitement antibiotique et je continue à garder la sonde ». Plus tard à la sortie de la maternité centrale elle va séjourner au centre régional d'accueil et hébergement des femmes victimes de fistules obstétricales. Quand nous avons interviewé Habsou le 15 avril 2013, cela fait cinq (5) mois qu'elle est à Zinder avec sa mère. Elle est actuellement opérée et guérie de la fistule obstétricale. Sa belle mère est restée avec elle pendant un (1) mois à Zinder est repartie au village et n'est plus revenue, son père lui a rendu visite à 2 reprises, son mari n'est jamais venu la voir. Elle reste pensive un long moment et un léger sourire réanime progressivement son jeune visage de 17 ans, les yeux un peu chargé par l'émotion.

Réponses apportées par UNFPA

UNFPA intervient en matière de prévention, du traitement de la fistule obstétricale et de 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. UNFPA assure le Leadership et un rôle moteur dans le plaidoyer/mobilisation des partenaires techniques et financiers dans la mise en place du cadre de coordination de la lutte contre la Fistule Obstétricale.

La prévention

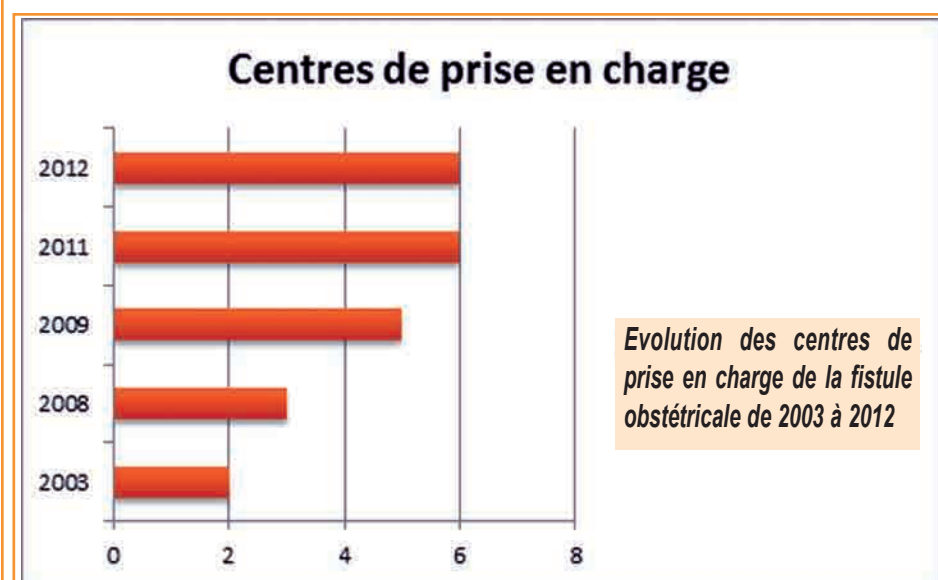
La prévention est la stratégie la plus efficace pour lutter contre la FO. A ce niveau, l'UNFPA a combiné plusieurs approches :

- Lancement nationale de la campagne mondiale d'éradication de la FO le 28 octobre 2006 à Téra dans la région de Tillabéry
- Le lancement d'une semaine de mobilisation sociale sur la FO au niveau des régions de Tillabéry, Dosso et Tahoua du 20 au 27 octobre 2006.
- Lancement d'une caravane de sensibilisation qui a sillonné pendant une semaine les huit régions du pays. Cette activité a permis une prise de conscience des populations sur les causes et moyens de prévention de la FO, réduire l'isolement, le laisser pour compte et la stigmatisation des femmes victimes de FO et graduellement faire accepter cette infirmité par la famille et les époux qui accompagnent désormais eux-mêmes les femmes aux centres de prise en charge alors qu'elles sont laissées à elles-mêmes antérieurement ;
- L'utilisation des femmes victimes de FO opérées et guéries comme relais pour la sensibilisation continue et identification des cas de FO au niveau des communautés. Ces femmes constituent avec l'appui de UNFPA des cas témoins qui montrent à la population que la FO n'est pas une fatalité, mais curable.

Le traitement

L'UNFPA représente à l'heure actuelle la principale source de financement de la chirurgie de la Fistule Obstétricale au Niger, à travers :

- l'Achat/mise à disposition d'équipements techniques, matériel médical, produits et consommables de chirurgie des centres de prise en charge
- La Formation de 14 médecins : 7 Gynécologues, 4 Urologues, 3 Chirurgiens à la prise en charge de chirurgicale des cas simples de la FO
- La Formation de 2 médecins : 1 Gynécologue (maternité centrale Zinder) et 1 Chirurgien-Urologue (hôpital Lamordé) à la prise en charge chirurgicale des cas complexe de FO
- La Formation d'équipe complète de médecins, sages-femmes, aides chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs ayant permis avec l'équipement des centres de prise en charge, de décentraliser et multiplier le nombre de sites d'intervention chirurgicale de la FO passant de 2 centres en 2003 (Hôpital Lamordé et Maternité Centrale de Zinder) à 3 centres en 2008 avec le centre opérationnel du centre hospitalier régional CHR de Dosso et à 5 centres en 2009 avec l'ouverture des sites de la Maternité Tassigui de Tahoua et celui du Centre Hospitalier régional CHR de Maradi et enfin à 6 centres avec le site de Danja en 2011 à Maradi



La réinsertion socio-économique

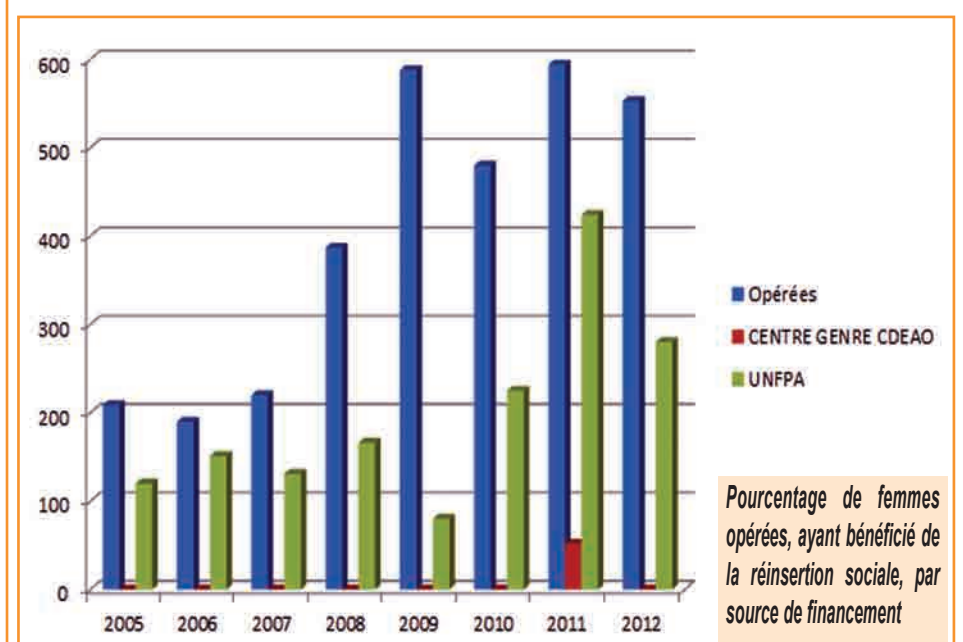
La réinsertion socio-économique à travers l'offre de fonds pour le financement d'une activité génératrice de revenu (AGR), la mise à jour de l'estime de soi et valeur humaine intrinsèque des femmes victimes de FO ainsi que les connaissances acquises sur la FO et la SR en général, contribue à renforcer le pouvoir économique de ces femmes et restaurer leur dignité de personne humaine dans leur communauté.

Les choix des AGR sont fonction des pratiques de petits commerces rentables au niveau de chaque région. Les AGR les plus fréquentes sont :

- * la confexion/vente du savon local,
- * l'élevage/vente des petits ruminants (chèvres, brebis),
- * la confexion de bijoux et perles
- * l'extraction/vente de l'huile d'arachide,
- * la couture et broderie.

Une somme de cent mille francs (100 000F) par femme est payée par UNFPA à la structure chargée de l'encadrement en AGR et la réinsertion socio-économique des femmes. Ce montant se répartit comme suit :

- * 25 000F pour le kit hygiénique (savon, parfum, pagne...etc.),
- * 25 000F pour le kit de formation AGR, et
- * 50 000F comme capital de départ AGR remis à la femme lors de son accompagnement au village par l'ONG.



Appel du Directeur Exécutif de l'UNFPA à l'occasion de la Journée Internationale d'éradication de la Fistule Obstétricale



Dr. Babatunde Osotimehin, Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies et Directeur exécutif de l'UNFPA

Environ 2 à 3 millions de femmes et de filles dans les pays en développements ont atteintes de la fistule obstétricale, affection qui a été virtuellement éliminée dans les pays industrialisés.

La fistule obstétricale peut être prévenue et dans la plupart des cas guérie, et pourtant plus de 50000 nouveaux cas apparaissent chaque année.

Les victimes de la fistule obstétricale sont des femmes et des filles, généralement pauvres, souvent analphabètes, qui n'ont qu'un accès limité aux services de santé, notamment aux soins de santé maternelle et procréative. En une ère de mondialisation rapide où les technologies mobile et informatique ont changé radicalement les modalités de communication et révolutionné les frontières de la science et de la médecine, il est inacceptable que les femmes et les filles les plus pauvres, les plus vulnérables continuent de souffrir sans nécessité de ce fléau. Ces femmes et filles vulnérables sont la raison même pour laquelle l'UNFPA s'efforce de faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, chaque naissance sans danger, et le potentiel de chaque jeune accompli.

La persistance de la fistule résulte d'un déni des droits fondamentaux et reflète une violation de ces droits. Elle s'explique par les inégalités chroniques sur le plan sanitaire et les contraintes qui pèsent sur le système des soins de santé, ainsi que par des problèmes plus généraux, comme l'inégalité entre les sexes et l'inégalité socioéconomique, les mariages d'enfants et les premières grossesses trop précoces, qui sont tous de nature à ruiner la vie des femmes et des filles et à les empêcher de jouir de leurs droits fondamentaux. Parce que nous appartenons à la communauté mondiale, nous avons l'obligation de mettre un terme à cette tragédie qui touche à la santé et aux droits fondamentaux.

L'UNFPA dirige et coordonne la Campagne pour éliminer les fistules, travaillant avec ses partenaires au cours de la décennie écoulée à rendre la fistule aussi rare dans les pays en développement qu'elle l'est dans le monde industrialisé.

Grâce à ses trois stratégies clés de prévention, traitement et réinsertion sociale, les activités de la Campagne, menées en collaboration, ont aidé partout dans le monde les femmes et les filles à surmonter une affection débili-

tante qui a laissé- et continue de laisser- un nombre fort élevé d'entre elles souffrir dans la solitude et la honte.

Prenant note des progrès considérables récemment accomplis dans la réduction de la mortalité et de l'invalidité maternelles, un rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies publié en 2012, "Appuyer l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale", a appelé à une mobilisation politique et financière infiniment plus ample afin de progresser plus vite vers l'élimination des fistules obstétricales. Dans un appel vibrant à l'action, le Secrétaire général a noté que bien des difficultés redoutables subsistent et que le monde doit faire davantage pour atteindre l'objectif d' "arriver à zéro cas".

Des lacunes majeures existent dans l'accès au traitement. La Carte mondiale des soins aux patientes de la fistule (www.globalfistulamap.org), lancée en 2012 par Direct Relief International, l'UNFPA et la Fistula Foundation, montre clairement qu'une fraction seulement des patientes de la fistule reçoivent un traitement et qu'il y a un effroyable arriéré de cas à traiter, ainsi qu'un sérieux manque de chirurgiens bien formés et spécialisés dans le traitement de la fistule.

En cette première Journée internationale pour en finir avec la fistule obstétricale, redoublons d'efforts pour mettre un terme à cette grave injustice, qui frappe au niveau mondial. En éveillant une prise de conscience et en suscitant un appui, notamment financier, nous pouvons faire que cette année soit celle d'une "nouvelle donne" pour la fistule. En œuvrant tous ensemble, nous pouvons en finir avec la honte, en finir avec l'isolement, et en finir avec la fistule.

Le cauchemar de Balki Garba : 11 accouchements, 1 survivant

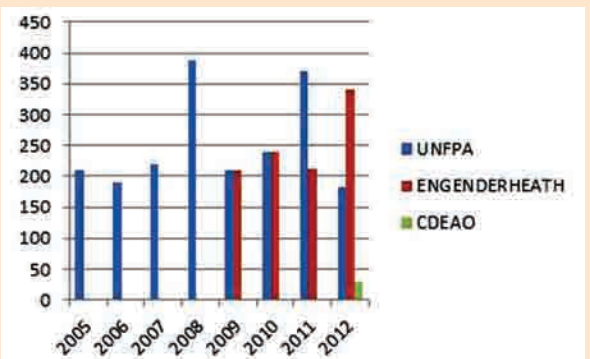
écrit par Moumouni Magawata UNFPA Niger



«Je ne vais jamais comprendre ce qui m'est arrivé, j'avais perdu goût à la vie, je me suis dit que c'est une malédiction, mais en tant que croyante, je me suis dit aussi que tout provient de Dieu », ainsi s'exprima Madame Balki Garba, une femme victime de fistule obstétricale, prise en charge à la maternité centrale de Zinder.

Balki Garba a été mariée à son cousin à l'âge de 13 ans. L'histoire, le cauchemar, l'inexplicable et l'inimaginable de ce qui est arrivé à cette ressortissante du village de Angoual Doutchi, situé à 34 km de la ville de Zinder, n'est pas seulement le fait qu'elle ait été mariée mineure, 13 ans ! De son mariage en 1999 à l'année 2012, Balki Garba a connu onze (11) accouchements. Aicha, l'avant dernière, âgée aujourd'hui de 3 ans est la seule survivante «J'avais prié Dieu pour qu'il me laisse un enfant en vie, pour que je ressente que je suis une femme comme les autres, pour ne pas mourir de chagrin» et Dieu a exaucé mes prières, en me donnant Aicha et je le remercie pour cela.

De 2000 à 2004, Balki Garba a connu 4 autres accouchements, dont deux au Centre de Santé et les deux autres à domicile. Là également, les enfants étaient mort-nés. Un an après, en 2005, le cauchemar de Balki a continué avec la perte de ses deux jumeaux, tous des garçons, accouchés après neuf mois de grossesse. L'année suivante, l'histoire se répéta encore avec deux autres jumeaux, mort-nés, après huit mois de grossesse



Nombre de cas de FO réparés selon la source de financement de 2005 à 2012

Ce supplément 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

- Dr Doudou Boukary, Chargé de Programme Fistule Obstétricale UNFPA Niger
- Moussa Abdou Saley, Chargé de communication UNFPA-Niger
- Moustapha Askia ITC UNFPA - Niger
- Inoussa Oumarou ONEP

