

# SOINS DE LA FISTULE

---

## REUNION DES PARTENAIRES SUR LES QUESTIONS RELATIVES A LA FISTULE ACCRA, GHANA

15- 17 avril 2008

*Par*



EngenderHealth  
for a better life



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, NY 10001, USA  
Téléphone : 212-561-8000, Fax : 212-561-8067, Email :  
[kbeattie@engenderhealth.org](mailto:kbeattie@engenderhealth.org)

© 2008 EngenderHealth, Tous droits réservés

440 Ninth Avenue

New York, NY 10001 U.S.A.

Téléphone : 212- 561-8000

Fax : 212-561-8067

Email : [info@engenderhealth.org](mailto:info@engenderhealth.org)

[www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org)

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien de l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), selon les termes de l'accord de coopération GHS-A-00-07-00021-00. Les opinions exprimées ici sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID.

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique. Imprimé sur du papier recyclé.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	ii
SYNTHESE.....	2
CONTEXTE .....	4
LA SEANCE D'OUVERTURE.....	6
EXPOSES ET DELIBERATIONS DE LA REUNION.....	9
<i>Programme Fistule de l'USAID</i> .....	9
Renforcement de la capacité des centres à offrir des services de réparation et de soins de qualité pour les femmes ayant des Fistules obstétricales et traumatiques .....	10
<i>Organisation et stratégies pour les services de traitement des fistules obstétricales au Mali.</i> ..	11
<i>Services de Prévention et de Traitement de la Fistule Obstétricale en Guinée</i> .....	12
<i>Renforcer les Services contre la Fistule au Centre VVF de Kebbi :Le Chemin Parcouru</i> .....	13
<i>Fistule Obstétricale : Projet de Prévention, Réparation et Réinsertion, Ethiopie</i> .....	14
<i>Expérience de l'Hôpital Kitovu en Prestation de Services de Qualité de Soins et Réparation de la Fistule</i> .....	16
<i>Séance de Groupe de travail pour discuter des éléments essentiels d'une stratégie pour la qualité des soins</i> .....	17
Renforcer les Capacités pour des Services de Qualité à travers la Formation .....	25
<i>Formation des Chirurgiens : Comprendre les principes</i> .....	25
<i>Chirurgie de la Fistule : Soins Pré et Post Opératoire Optimisés</i> .....	26
<i>La Stratégie de Formation en Soins de la Fistule</i> .....	27
Améliorer la Qualité et la Performance à travers les Données .....	31
<i>Indicateurs choisis pour les programmes de traitement des fistules obstétricales</i> .....	32
<i>Indicateurs des Soins de la Fistule</i> .....	34
<i>Processus d'amélioration de la qualité des services de fistules</i> .....	35
<i>Séance de Groupe de travail pour définir, affiner ou proposer des indicateurs supplémentaires pour des services de fistules de qualité</i> .....	35
Améliorer la qualité et la performance au moyen de la recherche.....	41
<i>Déterminants des Résultats postopératoires en chirurgie de réparation des fistules : Une étude prospective basée sur la structure</i> .....	41
<i>Le Dialogue avec l'USAID : Priorités de recherche sur la fistule</i> .....	42
Renforcer l'Environnement pour Appuyer la Prévention et la Réparation de la Fistule ainsi que la Réinsertion des Patientes.....	44
<i>Au rythme de la danse : Fistule et équité en santé en Tanzanie</i> .....	44
<i>Prévention à base communautaire de la fistule</i> .....	46
<i>Séance de Groupe de Travail pour discuter de plans et d'éthiques au niveau national</i> .....	47

CONCLUSIONS ET PROCHAINES ETAPES.....	51
Annexe D. Indicateurs du Groupe de Travail International sur la Fistule.....	64

..... **LISTE DES ANNEXES** .....

Annexe A -Agenda.....	49
Annexe B- Liste des Participants.....	52
Annexe C – Résumé des Recommandations de Traitement.....	56
Annexe D – Groupe de Travail International sur la Fistule Obstétricale, Indicateurs Recommandés	
1) Indicateurs de Traitement.....	61
2) Fistule Obstétricale - Réinsertion Sociale Révisée .....	70
3) Fistule Obstétricale –Indicateurs pour la Prévention .....	77
4) Fistule Obstétricale – Environnement Politique et Social .....	93

## REMERCIEMENTS

La Réunion des Partenaires sur les questions relatives à la fistule tenue à Accra n'aurait pas été possible sans le travail dévoué de nombreuses personnes. Nous sommes très reconnaissants, pour leur soutien, à l'USAID / Washington et au Programme Régional de l'USAID en Afrique de l'Ouest et pour leur assistance dans l'élaboration de l'agenda et la facilitation de la réunion. Ndèye Altiné Diop, Karen Beattie, Carrie Ngongo et le reste du personnel de Fistula Care ont travaillé sans relâche à l'organisation logistique de la réunion. Marie Anim, Matthew Asumadu, Stéphane Ayivi, Bethany Cole, Koffi Komassi, Alex Nazzar, Jeanne Rideout, Joy Reimmer, et d'autres membres du programme AWARE ont apporté un précieux soutien pour faire les réglages et assurer une bonne exécution logistique. Nous tenons à remercier tous les présentateurs qui sont identifiés dans le rapport de la réunion pour leur temps et leur enthousiasme à partager leurs expériences. Nous remercions également Fatimata Diabate, Christine Edwards, Serigne Gueye, Patricia MacDonald, et Isaiah Ndong pour leur rôle de modérateur des sessions plénières. Isaac Achwal, Steve Arrowsmith, Fatimata Diabate, Iyeme Efem, Sarah Gutin, Evelyn Landry, Mieko McKay, Erin Mielke, Sita Millimono, Kate Ramsey, Joseph Ruminjo, et Florina Serbanescu ont été les modérateurs et rapporteurs pour les séances des groupes de travail. Boubacar Touré a aidé avec la traduction du document. Enfin, nous tenons à remercier tous les participants à la réunion pour leurs contributions animées.

## SYNTHESE

La fistule génitale, qu'elle soit le résultat de complications de l'accouchement ou de violence sexuelle, est un handicap dévastateur à la fois évitable et traitable. Les partenaires au développement dans le monde s'emploient à rendre la maternité plus sûre, et à prendre soin des femmes atteintes d'une fistule. Avec l'appui de l'USAID, les projets AWARE-RH, ACQUIRE et Fistula Care ont réuni leurs partenaires pour une réunion à Accra, au Ghana, du 15 au 17 Avril 2008. La réunion a procuré aux prestataires de services de traitement de la fistule parrainés par l'USAID, un forum de réunion et de discussion de leurs besoins, défis, lacunes en instance, et succès en matière de correction et soins de la fistule.

Plusieurs chirurgiens ont présenté l'organisation et la prestation de services de prise en charge de qualité des fistules dans leurs contextes. Des groupes de travail ont ensuite permis aux participants de définir les éléments essentiels d'une stratégie de la qualité des soins. Des groupes axés sur la prévention des fistules ont souligné l'importance de l'accès aux services de soins obstétricaux d'urgence, à la gratuité de la césarienne, et aux services de counseling et de planification familiale, ainsi que celle de l'utilisation correcte et régulière du partographe. Les médias peuvent être utilisés pour diffuser des messages au niveau communautaire, et les partenariats devraient être poursuivis avec les groupes communautaires, les agents de santé communautaires et les autres facilitateurs des références, ainsi que les programmes œuvrant à l'autonomisation des femmes et à

l'amélioration de leur situation socio-économique. Les éléments essentiels d'une stratégie de traitement de qualité ont englobé la préparation psychologique de la patiente, le consentement éclairé, le traitement des co-morbidités, la classification de la fistule, le respect des standards et normes nationales, l'utilisation d'équipements et matériels appropriés, l'application de la technique chirurgicale appropriée et le suivi par les prestataires formés en soins de la fistule. Les groupes de travail ont conclu qu'un paquet minimum pour la réinsertion devrait comprendre le counseling, le transport, l'éducation sanitaire, la gratuité de la césarienne, et les activités de plaidoyer au sein de la communauté. Le suivi est essentiel pour tous les éléments des soins.

Les participants ont fait des présentations sur le renforcement des capacités à fournir des services de qualité par la formation, en invitant des discussions sur les succès actuels et les besoins de la formation. Les participants ont ensuite tourné leur attention vers l'utilisation des données pour améliorer la qualité et la performance. Des groupes de travail ont aidé à définir, affiner, et proposer d'autres indicateurs de la qualité des services de fistule en matière de prévention, traitement, réinsertion et surveillance. Le dernier jour de la réunion a été consacré à l'examen des facteurs qui contribuent à renforcer l'environnement pour soutenir la prévention, la réparation et la réinsertion des patientes de la fistule. À l'issue de la réunion, les participants ont travaillé ensemble pour proposer des mesures à prendre à l'échelon national et mondial afin de renforcer la prévention de la fistule et l'utilisation des données pour la prise de décisions, améliorer la qualité tout en renforçant l'environnement des prestations de services de la fistule, et accroître la capacité des centres à offrir des services de correction de la fistule.

## CONTEXTE

S'il est vrai que des progrès considérables ont été réalisés à travers le monde dans l'amélioration de la santé maternelle, en particulier pour assurer la sécurité et la réussite de l'accouchement, toutefois, d'énormes disparités persistent encore entre les pays développés et ceux en développement. À l'échelle mondiale, l'apparition de l'incidence chronique de la fistule obstétricale dans un contexte de ressources limitées est l'un des indicateurs les plus visibles de cette disparité entre riches et pauvres.

Au cours des dix dernières années, des agences locales et internationales ont commencé à accorder plus d'attention à la question de la fistule génitale. Dans de nombreux pays, les évaluations des besoins ont été effectuées par EngenderHealth et le FNUAP, et la nécessité de renforcer les capacités locales en matière de prévention et de gestion de la fistule a été identifiée dans tous les domaines. Depuis 2004, l'USAID apporte son soutien à EngenderHealth et ses partenaires par le biais des projets AWARE-RH, ACQUIRE et Fistula Care pour mettre en œuvre des programmes en vue d'accroître et de renforcer le nombre de sites fournissant des services de traitement de la fistule, et aussi pour appuyer la prévention par le plaidoyer, une attention accrue à la fourniture de soins obstétricaux d'urgence, l'utilisation de la planification familiale, et pour identifier des moyens de soutenir les clientes de la fistule en phase post-opératoire à se réinsérer dans leurs familles et leurs communautés, si tels sont leurs désirs et besoins.

Avec l'appui de l'USAID, les projets AWARE-RH, ACQUIRE et Fistula Care ont tenu une Réunion des Partenaires sur les questions relatives à la fistule à Accra, au Ghana du 15 au 17 avril 2008. L'objectif était de faire progresser l'état de l'art sur la prévention et les soins de la fistule. La réunion a facilité les échanges sur les succès et les problèmes rencontrés, permettant aux prestataires, au personnel du programme et aux partenaires de partager des modèles de programmation ou des débuts de succès, et de s'engager dans des discussions de petits groupes de travail pour dégager des orientations sur les stratégies visant à améliorer la qualité des soins, les indicateurs de programme, les priorités de la recherche et les besoins en plaidoyer pour renforcer la pérennité des services.

L'objectif principal de cette réunion était de fournir un forum permettant aux prestataires de soins de la fistule - chirurgiens, infirmières, conseillers, etc. - de se réunir pour discuter de leurs besoins, problèmes, lacunes en instance, et des réussites dans la réparation et les soins de la fistule. Même si plusieurs réunions internationales se sont tenues sur la fistule au cours des dernières années, les voix des prestataires de la fistule soutenus par l'USAID, de ceux qui travaillent aux premières lignes de la prévention et du traitement de la fistule ont été les plus entendues au cours de cette réunion.

Les trois principaux objectifs étaient les suivants :

- Partager les interventions actuellement utilisées pour gérer le continuum

- des services complets de gestion de la fistule - de la prévention, à la correction et à la réinsertion;
- Analyser les réussites et les défis de ces interventions, et identifier les lacunes actuelles; et
  - Identifier les écarts dans les programmations de la fistule, et formuler des recommandations sur les bonnes pratiques pour gérer ces lacunes.

Au-delà de l'accent mis sur le paysage des besoins liés aux cliniques, à la prestation de services et à la formation, les participants à l'atelier ont également examiné l'éthique des soins de la fistule et les possibilités de recherche et de plaidoyer. La réunion a rassemblé plus de 70 personnes provenant de 16 pays, principalement de la région Ouest Africaine, pour offrir une réelle opportunité d'échanges et de réflexion sur le chemin parcouru ainsi que les prochaines destinations pour les années à venir. Le programme et la liste des participants de la réunion sont joints en Annexes A et B respectivement.



## LA SEANCE D'OUVERTURE

**Discours d'ouverture** : M. Henderson Patrick, Directeur de la mission de l'USAID/Afrique de l'Ouest, a ouvert la séance et souhaité la bienvenue au Ghana aux participants. M. Patrick a noté que les deux principaux objectifs du projet AWARE-RH soutenu par l'USAID/Afrique de l'Ouest étaient d'identifier, disséminer et reproduire les bonnes pratiques dans toute la région, et aussi de renforcer la capacité des institutions régionales. Le projet s'est employé à soutenir des travaux dans toute la région pour améliorer la santé maternelle et améliorer l'accès à la planification familiale, ainsi que la mise en oeuvre des initiatives critiques dans la prévention de la fistule et d'autres lésions de l'accouchement. Une initiative clé a été celle du *Modèle de Continuum des Soins depuis la Communauté jusqu'à la Structure* de santé, qui prévoit de renforcer les services cliniques et d'aborder la création de la demande. Les éléments clés de ces travaux consistent notamment à mettre l'accent sur le renforcement des capacités des structures à fournir des soins obstétricaux de routine et d'urgence, et sur l'éducation des communautés relativement aux signaux d'alerte, la préparation à l'accouchement et sa planification, ainsi que le financement à base communautaire de la santé. Le projet AWARE-RH travaille aussi à rehausser la qualité des services grâce à l'amélioration des conseils, la surveillance de facilitation, la prévention des infections et la formation en compétences cliniques avec un accent sur les méthodes à long terme.

La planification familiale est une initiative critique de la maternité sans risque qui permet aux femmes et aux couples de retarder la première naissance, d'espacer les naissances suivantes, ou de limiter la taille de leur famille, s'ils le souhaitent. Dans le cadre de la fistule, c'est une importante initiative de prévention, mais également une stratégie qui peut aider les femmes à accomplir, au bout du compte, une grossesse réussie après une intervention chirurgicale.

Dans le cadre des services relatifs à la fistule, le projet AWARE-RH a collaboré avec des organisations locales au Niger et au Cameroun pour relever les défis de la fistule. Au Cameroun, il a facilité la formation en chirurgie de la fistule et la mise en place de services en collaboration avec le FNUAP. Au Niger, il a appuyé le travail du Réseau pour l'Eradication des Fistules (REF) en effectuant des réparations chez des femmes souffrant de fistules, et en décentralisant l'accès aux traitements au niveau régional par le biais d'une formation des équipes chirurgicales et la fourniture d'équipements, de même que la mise en place de services contre la fistule au niveau des hôpitaux régionaux. A travers la région Afrique de l'Ouest, le projet AWARE-RH s'emploie à promouvoir des changements dans la législation et les politiques pour améliorer l'environnement pour la maternité sans risque.

**Discours programme** : L'honorable M. Abraham Odoom, Vice-ministre de la Santé du Ghana a prononcé le discours programme. La fistule est un indicateur d'échec du système de soins de santé maternelle. Partout où vous trouvez la fistule, vous trouverez également des femmes qui meurent de la grossesse et de

l'accouchement. Selon les estimations, environ 2 millions de femmes vivent avec des fistules, principalement en Afrique sub-saharienne, et 50 à 100.000 autres sont affectées chaque année. Dans les pays ayant un lourd fardeau de maladies liées aux femmes et aux enfants, la capacité à prévenir ou gérer des problèmes comme la fistule obstétricale doit être une question principale des soins de santé.

Près de 600.000 femmes entre 15 et 49 ans meurent chaque année des suites de complications de la grossesse et de l'accouchement, tandis que 50 millions de femmes souffrent de handicaps qui sont souvent à long terme ou permanents. En Afrique sub-saharienne, le taux de mortalité maternelle est de 480 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, atteignant même 1000 décès dans certains pays.

On voit souvent les femmes atteintes de fistules travailler seules, manger seules, et rester seules.

*L'Honorable Abraham Odoom, Vice Ministre de*  
éclatement des tissus mous.

L'un des handicaps à long terme les plus dévastateurs est la fistule obstétricale. Le travail prolongé, la dystocie, est la cause la plus commune des fistules, lorsque la tête du bébé est coincée contre le bassin de la mère, entraînant un

Habituellement, le bébé meurt et la mère se retrouve avec des fuites d'urine ou d'excréments ou des deux. Outre les conséquences physiques, de graves stigmates sociaux surgissent - souvent le divorce et l'abandon par les conjoints et des familles ainsi que des degrés divers d'isolement social. Pourtant, la fistule est un état évitable et traitable. L'accès aux soins obstétricaux préventifs et d'urgence est indispensable pour prévenir la fistule. De même, la lutte contre la malnutrition et la réduction des grossesses précoces constituent une importante stratégie pour s'assurer que la femme est physiquement apte à accoucher sans risque.

L'ampleur de la fistule obstétricale n'est pas connue au Ghana, bien qu'une étude en cours sur la mortalité maternelle se propose de fournir des informations sur la prévalence de la fistule, avec des résultats escomptés avant la fin de 2008. Le Ministère de la Santé du Ghana a lancé un projet visant à renforcer la prévention de la fistule et l'accès au traitement dans les trois régions du nord où la prévalence de la fistule est jugée élevée. L'Hôpital Universitaire de Tamale et l'Hôpital Baptiste de Nalerigu ont été identifiés comme des institutions de collaboration pour les services de traitement. Le projet s'articule autour de trois axes : la sensibilisation, l'identification et le traitement des femmes atteintes de fistules; et la réadaptation et la réinsertion dans leurs communautés des femmes ayant bénéficié de réparation.

En conclusion, M. Odoom a suggéré qu'il n'y avait pas de raison pour une femme de subir le traumatisme de la fistule obstétricale. Il n'y a pas de raison pour une femme de vivre dans l'indignité et l'isolement social engendrés par ce problème, et il n'y a absolument aucune raison de ne pas agir lorsque le système de santé a tout simplement fait défaut à une femme, uniquement à cause de sa

situation économique et sociale.

## EXPOSES ET DELIBERATIONS DE LA REUNION

*Programme Fistule de l'USAID*

*Mme. Mary Ellen Stanton et Mme. Patricia MacDonald  
USAID/Washington*

Mme Stanton a fait un tour d'horizon de la réponse proposée par l'USAID à l'initiative internationale récemment annoncée de santé maternelle et infantile. A l'horizon 2013, l'USAID se propose de réduire de 25% en moyenne les taux de mortalité chez les moins de cinq ans ainsi que chez les mères dans 30 pays affligés de taux de mortalité élevés; de réduire de 15% la malnutrition des enfants dans au moins 10 de ces pays; et d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé en poste et de volontaires en service au niveau des soins primaires et communautaires d'au moins 100.000.

Le programme de la fistule de l'USAID est une réponse à l'intérêt exprimé par le Congrès américain à appuyer le traitement et la prévention de la fistule obstétricale. En 2004, le programme a commencé en appuyant deux pays, pour s'étendre à dix en 2007. Les pays pris en charge sont notamment le Bangladesh, la République Démocratique du Congo, l'Ethiopie, le Ghana, la Guinée, le Niger, le Nigeria, le Rwanda, la Sierra Leone et l'Ouganda.

### **Nombre d'interventions de réparation de Fistule par Pays et Année de prise en charge par l'USAID**

<b>Pays</b>	<b>Oct. 04-Sep 05</b>	<b>Oct. 05-Sep 06</b>	<b>Oct. 06-Sep 07</b>	<b>Oct. – Déc. 07 (3 mois)</b>
<b>Bangladesh</b>	<b>20</b>	<b>93</b>	<b>119</b>	<b>44</b>
<b>RDC</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>586</b>	<b>103</b>
<b>Ethiopie</b>	<b>0</b>	<b>81</b>	<b>139</b>	<b>0</b>
<b>Ghana</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>0</b>
<b>Guinée</b>	<b>0</b>	<b>199</b>	<b>292</b>	<b>48</b>
<b>Niger</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>67</b>
<b>Nigeria</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,081</b>	<b>271</b>
<b>Rwanda</b>	<b>0</b>	<b>145</b>	<b>147</b>	<b>10</b>
<b>Sierra Leone</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>272</b>	<b>85</b>
<b>Ouganda</b>	<b>121</b>	<b>335</b>	<b>401</b>	<b>79</b>
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>927</b>	<b>3,106</b>	<b>707</b>
<b>Général</b>				

Le financement pour appuyer ce travail est passé de \$1,11 millions en 2004 à \$11,148 millions en 2007. En décembre 2007, les partenaires de l'USAID avaient pourvu à l'accomplissement de 4.881 interventions de réparation dans dix pays. Ce travail est réalisé en partenariat avec les gouvernements, des ONG, des organismes des Nations Unies, des universités et des fondations privées. Le programme vise à créer des passerelles avec d'autres initiatives, notamment celles qui traitent de la maternité sans risque, de la planification familiale et de la prévention de la TME.

L'USAID a identifié plusieurs problèmes de programmation sur lesquels il espère recevoir des conseils au cours de cette réunion. Parmi ceux-ci, on peut noter :

- La nécessité de remédier à la pénurie de chirurgiens et de formateurs compétents dans la réparation des fistules;
- La réalité que les chirurgies compliquées ont généralement moins de chance de succès;
- La nécessité de prendre en charge les occasions manquées pour la prévention de la fistule;
- Le fait qu'il existe encore peu de données cliniques et de recherche sur la fistule;
- L'absence d'un système de classification normalisée pour faciliter le diagnostic et le traitement de la fistule, ainsi que la formation sur ce sujet;
- La nécessité d'accroître l'engagement du gouvernement à éliminer le coût comme un obstacle pour des soins qualifiés, les soins obstétricaux d'urgence et de réparation de fistule;
- Les besoins en matière d'infrastructures pour soutenir convenablement la prévention et les soins de la fistule, y compris les salles d'accouchement, les salles d'opération, et les lits dans les pavillons;
- Les questions éthiques du consentement avisé pour la chirurgie, le choix et la compréhension des procédures, la compréhension de la réalité que le traitement peut échouer, ainsi que les options disponibles en cas d'échec, et la nécessité pour des soins de longue durée.

Les attentes de l'USAID pour la réunion d'Accra ont été de mettre l'accent sur la qualité des soins et du traitement de la fistule. L'USAID s'appuiera sur les orientations des participants à la réunion pour accroître l'accès aux services de prévention et de traitement, préserver et rehausser la dignité et le respect des femmes, et renforcer et institutionnaliser les systèmes d'amélioration de la qualité, tout en respectant des principes éthiques et en assurant l'aide pour le plus grand nombre de femmes.

### *Renforcement de la capacité des centres à offrir des services de réparation et de soins de qualité pour les femmes ayant des Fistules obstétricales et traumatiques*

Cinq panélistes ont été invités à faire des présentations sur l'organisation des

services de fistule de qualité et sur différents modèles de prestation de services. Les présentations ont été suivies par une brève séance de questions - réponses. Les participants se sont ensuite scindés en groupes de travail pour mieux définir les éléments essentiels d'une stratégie de la qualité des soins pour la fistule.

***Présentations du groupe d'experts :***

*Organisation et stratégies pour les services de traitement des fistules obstétriques au Mali*

***Professeur Kalilou Ouattara, Département d'urologie, Hôpital Point G, Bamako***

“Il vaut mieux prévenir la fistule vésico-vaginale que de devoir l'opérer.”

*Professor Kalilou Ouattara, Hôpital Point G, Bamako, Mali*

Le Professeur Ouattara a commencé par exposer les bases de la qualité des soins de la fistule obstétricale qui comprennent les soins primaires, secondaires et tertiaires. La prévention primaire repose sur la sensibilisation de la communauté, la formation des sages-

femmes, et l'appui conféré aux centres de santé communautaires. La prévention secondaire met l'accent sur le renforcement des services de soins obstétricaux d'urgence, en particulier l'accès à la césarienne, qui sont libres au Mali. Les soins tertiaires reposent sur la garantie de l'accès aux services de réparation dans les hôpitaux régionaux et centraux. Au Mali, les interventions chirurgicales de fistule obstétricale sont offertes dans 8 hôpitaux régionaux et à l'hôpital Point G de Bamako. Au total, 9 chirurgiens fournissent actuellement des services au Mali.

Au Mali, l'objectif est d'assurer trois importants volets des soins de la fistule obstétricale. Ceux-ci comprennent : (1) un lieu d'hébergement pour l'accueil des femmes atteintes d'une fistule, et chargé de conseiller et de traiter selon les besoins avant toute opération de la fistule, (2) un théâtre ou une plage horaire dédiée à l'opération des cas de fistule obstétricale, et (3) un lieu de repos et de soins de suivi post-opératoire (10-15 jours) qui peut inclure la réadaptation physique, des conseils et des services sociaux.

Le Professeur Ouattara a partagé les leçons suivantes tirées de l'expérience au Mali :

- Pour efficacement gérer la fistule, les programmes nécessitent :
  - une stratégie nationale
  - un point focal national
  - des centres régionaux de services de la fistule
  - un réseau d'organisations qui se consacrent à la prise en charge de la fistule.
- Il y a des avantages dans la création d'unités régionales pour le traitement et les soins de la fistule obstétricale, ainsi que dans l'existence d'une unité

- centrale pouvant recevoir des références de cas difficiles ;
- Il est essentiel de former les chirurgiens nationaux pour la continuité des opérations de fistule ;
- Il est essentiel de renforcer les services de base complets des soins obstétriques d'urgence ;
- Il est nécessaire de recruter et de positionner géographiquement de manière adéquate les obstétriciens/ gynécologues et les sages-femmes ;
- Il est indispensable d'organiser des campagnes nationales et sous-régionales pour s'occuper du lot de patientes de fistule obstétricale en attente ;
- Le traitement devrait être gratuit ;
- La participation des ONG à tous les stades des soins est indispensable et bénéfique.

*Services de Prévention et de Traitement de la Fistule Obstétricale en Guinée*  
**Dr. Thierno Hamidou Barry, Kissidougou,**  
**Guinée**

Les activités de prévention et de traitement de la fistule grâce au soutien de l'USAID ont commencé en Guinée en 2005. Pendant les deux premières années, les objectifs étaient d'accroître l'accès et l'utilisation des services de traitement de la fistule, former les prestataires en matière de prévention, diagnostic, traitement et orientation pour les services de la fistule, et d'accroître la prise de conscience sur les causes de la fistule, son traitement et les moyens de la prévenir.

Le programme en Guinée est axé sur son intégration au sein du système de santé guinéen, la couverture du continuum de prévention, traitement et réinsertion, et la prise en charge des causes fondamentales de la fistule. En collaboration avec les ministères concernés, le programme est coordonné par trois comités : un Comité d'experts en réparation de la fistule, qui se compose de représentants nationaux et internationaux, un deuxième comité qui traite de la prévention, et un troisième qui porte sur la réinsertion. Le programme de fistule vise à améliorer la démocratie et la bonne gouvernance dans le système de santé, en s'assurant d'une bonne gestion des ressources de santé en Guinée. Actuellement, les services de fistule sont dispensés dans deux centres, à Conakry et à Kissidougou.



En collaboration avec "les comités villageois de protection" le programme identifie les femmes enceintes dans la communauté et les encourage à effectuer les quatre visites prénatales prescrites, assure les références pour les complications obstétricales, sensibilise les communautés sur les causes de la fistule, et conserve de bonnes statistiques communautaires sur les naissances et

les décès maternels. En partenariat avec le programme national de maternité sans risque, le programme de fistule vise à assurer la formation en cascade aux niveaux national, régional, préfectoral, et dans les centres de santé sur les services adaptés à chaque niveau en termes de prévention, traitement et réinsertion. La formation en chirurgie de la fistule a été assurée en collaboration avec la Fondation pour l'éducation et la recherche médicale de Genève (FERMG). D'autres formes de soutien comprennent la formation des prestataires en counseling, soins infirmiers, anesthésie, gestion logistique et amélioration de la qualité. Le projet a fourni des équipements et matériels ainsi que de la nourriture pour les patientes. En partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales, le projet appuie la réinsertion par le biais de la thérapie psychosociale et le counseling, ainsi que la sensibilisation et le plaidoyer menés par des "clientes satisfaites."

Une initiative novatrice en Guinée se trouve dans le partenariat avec la Commune urbaine de Kissidougou et la Direction nationale de la décentralisation. Il cherche à accroître la prise de conscience, le plaidoyer et la participation de la communauté dans la prévention et le traitement de la fistule. Grâce à un financement privé, EngenderHealth a collaboré avec la Commune urbaine pour mobiliser des ressources financières à partir du marché du village, afin de soutenir les activités concernant la fistule. En outre, les membres de la communauté sont devenus des familles d'accueil pour des patientes de la fistule après l'hospitalisation de ces dernières et avant qu'elles ne rentrent dans leur foyer - de nombreuses femmes se trouveraient dans l'impossibilité de revenir pour des soins de suivi si elles rentraient chez elle immédiatement, à cause des distances et des difficultés de transport liés.

Dr. Barry a indiqué que le projet a grandement bénéficié de la forte implication des ministères, des comités d'experts, du soutien de la communauté, qui sont autant d'éléments importants pour garantir la pérennité. Un défi majeur est que la demande de services est considérablement plus élevée que la capacité actuelle de réaction. En outre, il est nécessaire de normaliser le processus de certification pour les chirurgiens de la fistule en utilisant des normes internationales.

*Renforcer les Services contre la Fistule au Centre VVF de Kebbi :Le Chemin Parcouru*

***Dr. Hassan L. Wara, Centre VVF de Birnin Kebbi, Etat de Kebbi, Nigeria***

Le Dr. Wara a observé que le Centre VVF avait démarré comme une unité du service d'obstétrique/gynécologie de l'Hôpital Spécialisé d'Etat en 1991. L'unité a été inaugurée par la Première Dame de l'État en 1992, et mandatée comme centre de VVF de plein droit en 1995. Dans les premiers jours de fonctionnement, le centre a connu des difficultés, notamment un important lot de patientes de VVF en attente, un manque de durabilité en raison de fréquents changements de gouvernement et des politiques, l'insuffisance des effectifs et le manque de motivation, un financement limité et une mauvaise gestion des données. Le Centre a reçu le soutien d'une fondation privée et de



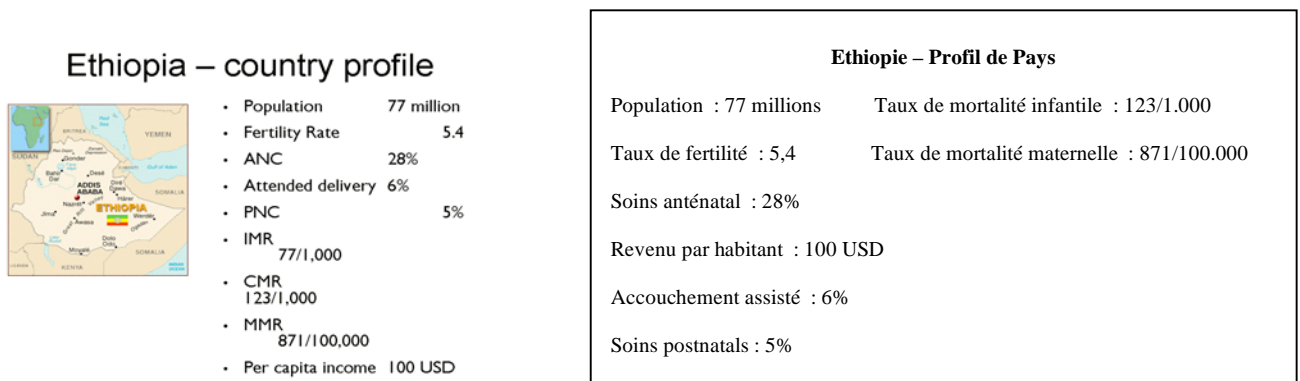


FNUAP, ainsi que de Dr Kees Waaldjik, un formateur consultant.

Grâce au projet ACQUIRE qui a démarré en 2006, le centre de VVF a adopté une approche holistique des soins de la fistule, prenant en charge la prévention, la réparation et la réadaptation. Le projet opère dans cinq Etats du nord du Nigeria, et a commencé à se pencher sur des questions transversales dans ces États, notamment le plaidoyer, le renforcement des capacités pour la chirurgie de la fistule, la gestion des données et la recherche. Le projet a collaboré avec Dr. Kees Waaldjik pour produire des chirurgiens expérimentés de la fistule comme formateurs, et ces derniers ont commencé à former d'autres chirurgiens et infirmières en chirurgie et gestion de la fistule. Le projet a également organisé une formation pour les prestataires en planification familiale, prévention des infections et counseling, tant pour les prestations de services de fistule que de planification familiale. Accroître la prise de conscience et la participation communautaire constitue un important volet pour garantir la prévention et la pérennité. Le centre VVF de Kebbi offre des soins courants de réparation. En outre, afin de faire face au lot continu de patientes en attente au niveau de toutes les structures dans les cinq Etats, le projet a appuyé un réseau de chirurgiens de la fistule dans les sites épaulés pour tenir des « mini campagnes » périodiques au niveau de chaque site. Le projet a favorisé la mise en place de processus de gestion pré et post-opératoire pour les patientes de la fistule, tout en développant des protocoles et programmes de suivi.

Certaines des difficultés et lacunes perçues par Dr. Wara sont notamment le manque de structure de réhabilitation et d'acquisition de compétences pour les patientes de la fistule, la nécessité d'améliorer la capacité des laboratoires dans les sites de service, le besoin d'effectifs supplémentaires, un approvisionnement durable en consommables, ainsi que des améliorations dans la tenue de dossiers. Au-delà du centre de fistule lui-même, les mesures visant à prévenir la fistule doivent être augmentées, y compris la fourniture gratuite de services de santé maternelle et l'augmentation du niveau de connaissances de la communauté sur les causes sous-jacentes de la fistule.

*Fistule Obstétricale : Projet de Prévention, Réparation et Réinsertion, Ethiopie  
Dr. Bizunesh T. Tamirat, IntraHealth International, Addis Abéba,  
Ethiopie*



L'USAID appuie actuellement des activités visant à la réduction de la fistule obstétricale en Éthiopie par le biais de la prévention et de la réparation. Les objectifs spécifiques sont notamment un plus large accès aux traitements, soins et soutiens, l'intégration et la décentralisation des services de soins et de réparation de la fistule au niveau régional; le renforcement des capacités à dispenser des services complets de qualité pour les fistules obstétricales dans le cadre des services existants de santé maternelle et infantile; l'avènement d'un changement de comportement à tous les niveaux autour de la santé maternelle. Le projet s'appuie sur une collaboration entre le Fistula Hospital de Bahir Dar (affilié au Fistula Hospital d'Addis-Abeba et à la Fistula Foundation) et IntraHealth International.

Au niveau communautaire, l'accent est mis sur la conduite d'activités de sensibilisation communautaire, la formation des travailleurs de santé communautaire et la détection ainsi que la référence des cas de fistule obstétricale. Au niveau de la structure, le projet vise à renforcer la capacité des prestataires de services, mettre en place des systèmes solides de référence, s'assurer que les structures sont bien équipées, et renforcer la coordination et la communication entre et parmi la communauté et les agents de santé communautaires, le poste de santé et les centres de santé, l'hôpital de prise en charge de la fistule et le personnel du projet. Une importante stratégie du projet consiste en la liaison entre les communautés et les structures pour permettre des références efficaces vers les services. Le projet a tenu des dialogues dans les structures communautaires pour partager les leçons apprises sur le dépistage, les soins, la prévention et la réinsertion des patientes de la fistule, ainsi que le transfert des cas de fistules vers les niveaux appropriés de soins.

À ce jour, près de 500 femmes qui se plaignaient d'incontinence urinaire ont été examinées en diagnostic de fistule obstétricale, dont un peu plus de la moitié se trouvaient atteintes de fistules obstétricales. (Près de 200 femmes avaient un prolapsus utérin.) Plus de 100 prestataires ont été formés à la prévention et référence de la fistule obstétricale, et 23 infirmières et sages-femmes provenant de trois centres de santé et de leurs 15 postes de santé satellites ont reçu une formation en techniques basiques de sauvetage mettant l'accent sur les soins obstétricaux d'urgence. Près de 1.000 leaders communautaires et plus de 150.000 membres de la communauté ont reçu des messages sur la prévention de la fistule obstétricale. Ces messages ont été préparés et distribués à tous les cadres de santé de niveau communautaire. Une Semaine de Prévention de la Fistule Obstétricale a été célébrée en présence de femmes parlementaires et des représentants de bureaux régionaux de santé.

Comme indiqué plus haut, une des principales difficultés a été le grand nombre de cas identifiés d'incontinence urinaire, autres que la fistule obstétricale. Le mauvais état des routes et des conditions de transport rendent les références à partir des régions voisines difficiles. Les structures sanitaires sont mal équipées et incapables d'offrir des services basiques de sauvetage, et le taux de renouvellement du personnel est élevé. Il n'existe actuellement aucune source de

financement pour soutenir des activités génératrices de revenus dans le cadre des programmes de réinsertion après réparation. Pour résoudre certains de ces problèmes, le projet se propose d'élargir son approche globale à d'autres régions à prévalence élevée, de continuer à renforcer les services basiques et complets de soins obstétricaux d'urgence, de poursuivre le plaidoyer en faveur de la fistule obstétricale auprès des autorités locales et d'appuyer les activités de renforcement des capacités aux niveaux communautaire et des structures.

*Expérience de l'Hôpital Kitovu en Prestation de Services de Qualité de Soins et Réparation de la Fistule*

***Dr. Maura Lynch, Hôpital Kitovu, Masaka, Ouganda***

L'hôpital de Kitovu dans le district de Masaka dispense des soins holistiques aux pauvres et aux nécessiteux depuis 1955. À partir de 1993, le Dr. Lynch a commencé à dispenser des services de réparation de la fistule tout en assurant sans discontinuer la formation de chirurgiens dans la réparation des fistules. Grâce au soutien de l'USAID et du FNUAP, Kitovu est à présent en mesure de fournir gratuitement des services de réparation de la fistule et une nouvelle unité de 28 lits a officiellement ouvert ses portes en début 2005 avec plus de 1.300 femmes servies depuis 2006. Kitovu fournit également des services de maternité pour un accouchement sans risque par césarienne après réparation.

Kitovu tient quatre camps de formation, chaque année, accomplissant environ 60 réparations au cours de chaque atelier. Les stagiaires sont désignés par le Ministère de la Santé qui se charge d'informer ces derniers. Kitovu encourage la formation en équipe, ce qui veut dire que les chirurgiens stagiaires doivent être accompagnés par une infirmière de théâtre et une infirmière de salle de soins post-opératoires. Malheureusement, les stagiaires sont souvent notifiés tardivement à leurs lieux de travail, et ils arrivent à la dernière minute ou bien après que l'examen et l'évaluation des patientes a commencé. En outre, il arrive que certains stagiaires viennent sans le niveau requis de compétences chirurgicales générales, ce qui rend difficile la tâche de leur fournir les compétences supplémentaires nécessaires pour l'opération de la fistule. Les recommandations du Dr. Lynch pour régler ces questions sont notamment :

- La création d'une liste d'attente des stagiaires qui ont exprimé un intérêt dans la chirurgie de la fistule.
- L'utilisation d'un curriculum de formation standardisé et reconnu pour la réparation des fistules simples aussi bien que compliquées.
- L'octroi de certificats de compétences, reconnus par le Ministère de la Santé, à l'issue de la formation.

L'hôpital Kitovu cherche à mettre en place des services continus de réparation de la fistule, en plus d'être un lieu de formation. Pour ce faire, il doit établir un théâtre opératoire entièrement équipé pour l'opération de la fistule, un personnel spécifique de théâtre et de salle postopératoire et un kinésithérapeute pour les soins postopératoires. Les autres principaux besoins comprennent des fonds pour aider l'hôpital à tenir des cours

d'alphabétisation des adultes, aider les patientes atteintes de fistule à développer d'autres compétences (artisanat, etc.) et des capitaux pour aider les patientes à démarrer des affaires ou des entreprises agricoles.

### *Questions et Commentaires des Participants*

Les participants ont exprimé un intérêt à entendre davantage sur le lien entre la démocratie et la bonne gouvernance en Guinée et la participation communautaire au Nigeria. Les participants ont observé que, outre les programmes nationaux, une approche sous-régionale à la prestation de services et à la formation pouvait s'avérer appropriée dans certains cas, reconnaissant que les femmes franchissent les frontières nationales en quête des services qui sont les plus proches de l'endroit où elles vivent, ou d'endroits où, selon les ouïe-dires, elles peuvent recevoir ces services. Les participants ont examiné les mérites relatifs d'assurer la participation des accoucheuses traditionnelles dans la maternité sans risque et les références pour les soins de la fistule. Dr. Bizunesh a expliqué l'organisation des services de santé en Éthiopie pour noter que le gouvernement de ce pays n'accepte pas que les accoucheuses traditionnelles participent aux accouchements, mais il appuie ces dernières en les aidant dans l'éducation et la planification familiale à base communautaire.

Kate Ramsey du FNUAP a remarqué qu'il n'existait actuellement aucun système de classification normalisée et qu'il y avait au moins 25 systèmes documentés de classification à présent. Ceci rend difficile la standardisation en matière d'orientation et de programmes de formation. L'OMS/FNUAP et la Fondation Bill et Melinda Gates à l'Institut de Santé Publique Johns Hopkins ont récemment organisé une réunion à Genève pour discuter d'un protocole pour une étude multicentrique, *pronostic*, amélioration de la qualité de vie (QDV) et intégration sociale des femmes ayant des fistules obstétriques après interventions chirurgicales : Une étude collaborative JHU/FNUAP/OMS.<sup>1</sup>

### *Séance de Groupe de travail pour discuter des éléments essentiels d'une stratégie pour la qualité des soins*

Les participants ont été organisés en groupes de travail pour articuler les éléments essentiels d'une stratégie pour la qualité des soins qui puisse être raisonnablement exécutée dans leurs lieux de travail et qui comprenne la prévention, le traitement et la réadaptation. Les participants ont été invités à examiner les résultats qui pourraient être réalisés dans un délai de 3 à 4 ans, d'incorporer les pratiques basées sur les faits, prendre en charge les besoins individuels des femmes atteintes de fistules tout en maximisant l'impact de santé

---

<sup>1</sup> EngenderHealth a lancé une étude prospective dans six pays sur les déterminants des résultats postopératoires dans la chirurgie de réparation des fistules et les protocoles; voir la section sur l'amélioration de la qualité et de la performance par la recherche, *infra*, page 35. Les instruments de l'étude d'EngenderHealth ont été partagés avec l'OMS/FNUAP. Selon les attentes, les conclusions des deux études faciliteront les discussions sur un système de classification standardisée dans le cadre d'un processus qui sera dirigé par l'OMS et le FNUAP.

publique, mais également l'efficacité au regard des ressources publiques limitées, et de s'intégrer aux autres initiatives dans la mesure du possible.

### *Prévention*

Trois groupes ont concentré leur attention sur les initiatives visant à prendre en charge la prévention. Ils ont été invités à examiner les questions suivantes :

- Quels sont les principaux éléments de prévention qui devraient être intégrés dans une stratégie de qualité des soins - au niveau de la structure, au niveau communautaire et au niveau politique?
- Quelles sont les normes minimales et à quoi devrions-nous nous efforcer dans la prévention?
- Autres orientations sur la prévention?

Au niveau de la structure, les participants ont noté un manque général de personnel et d'équipements nécessaires, ce qui devrait être réglé si les structures doivent être tenues responsables de la qualité des services. À tout le moins, les participants ont estimé que les éléments de prévention suivants devraient être la norme au niveau de la structure afin de garantir des services de qualité :

- L'accès à une structure de santé offrant des services de soins obstétricaux d'urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine, avec des prestataires formés pour pratiquer des césariennes et des systèmes de référence appropriés mis en place et opérationnels.
- Les césariennes devraient être gratuites.
- L'utilisation correcte et systématique du partographe à tous les niveaux où des accouchements se font ainsi qu'une bonne documentation sur son utilisation.
- Les services de counseling et/ou de référence en planification familiale devraient être disponibles et accessibles.
- L'équipement est disponible et opérationnel.
- Les systèmes d'information sont maintenus correctement.

D'autres suggestions pour améliorer la qualité au niveau de la structure ont été proposées, notamment l'utilisation de "soins prénatals focalisés", le renforcement des compétences au niveau du centre de santé communautaire concernant les signes de danger et les procédures de référence, la formation des prestataires en compétences de communication interpersonnelle, la mise en exergue de la participation des hommes et des investissements dans les régimes d'assurance ou plans à coût réduit pour les clientes les plus pauvres.

Au niveau communautaire, les participants ont estimé que les éléments de prévention suivants devraient être la norme pour garantir des services de qualité :

- Utilisation des mass médias pour diffuser des messages sur le travail et

l'accouchement. Ces messages devraient inclure des informations sur la planification familiale, l'importance des soins prénatals et l'utilisation des structures de soins de santé pour les accouchements.

- Des partenariats devraient être établis avec les agents de santé communautaire, les groupes communautaires et les groupements féminins en vue d'une sensibilisation sur les soins prénatals et la préparation de la naissance.
- Des procédures devraient être établies pour faciliter les références. Un exemple donné a été l'achat communautaire d'ambulances pour faciliter le transport des femmes enceintes vers un site de référence.
- Les programmes conçus pour améliorer la situation économique des femmes, leur autonomisation et l'amélioration de leur statut social devraient être pris en charge.

Les participants ont également noté la nécessité d'élaborer des messages pour des publics différents, notamment les hommes, les mères, les leaders communautaires, et les accoucheuses traditionnelles afin de construire les connaissances communautaires sur les stratégies de la planification des naissances, les signes de danger obstétricaux et les pratiques socioculturelles préjudiciables. Les participants ont recommandé d'investir dans les sages-femmes communautaires et accoucheuses qualifiées qui pourraient effectuer des accouchements normaux et référer les cas à haut risque. Ils ont recommandé de promouvoir la tolérance zéro pour le viol au niveau communautaire. Les participants ont également estimé qu'il était important d'envisager des actions au niveau individuel pour encourager une approche de cycle de vie à la santé reproductive et maternelle.

Au niveau politique, les participants ont estimé que les éléments suivants devraient être inclus dans la norme pour favoriser des services de qualité :

- Le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale qui porte sur la prévention des fistules. Cela devrait être intégré avec d'autres stratégies de maternité sans risque et de santé reproductive.
- Assurer l'offre gratuite de la césarienne pour toutes les femmes qui en ont besoin. Dans certains pays, les césariennes sont gratuites pour les clientes souffrant de fistule, mais étant donné qu'il s'agit d'une mesure préventive qui reviendrait à nier la nécessité d'une opération de la fistule dans la plupart des cas, en plus des avantages pour les femmes et leurs enfants, cela constituerait des économies.
- Assurer la gratuité des services de santé maternelle. De nombreux participants ont noté que les services de santé maternelle, en principe, étaient censés être gratuits, mais de nombreuses femmes se trouvent confrontées à des coûts imprévus en raison de pénuries dans les hôpitaux ou centres de santé.
- Promouvoir la participation des hommes dans la santé de la reproduction afin qu'ils puissent être des partenaires efficaces dans les décisions

concernant la préparation et la planification des naissances.

Un autre élément de politique considéré important a été la nécessité d'une approche multisectorielle au niveau local. Ce n'est pas seulement le système de santé qui doit soutenir la capacité de la femme à accoucher sans danger, mais aussi le système de transport et les routes doivent fonctionner, les circuits d'eau et d'assainissement doivent être fonctionnels, etc. La sensibilisation au niveau de tous les décideurs (y compris les chefs religieux) pour améliorer les services et pratiques de maternité sans risque est nécessaire. Les gouvernements pourraient envisager des incitations pour les travailleurs de santé dans les endroits difficiles d'accès, le déploiement de sages-femmes communautaires, et l'intégration des accoucheuses traditionnelles et d'autres agents de santé communautaires dans un système qui facilite les références pour les cas à haut risque. Il a été estimé également important de promouvoir des politiques qui traitent de l'éducation des filles, de sensibilisation et d'éducation pour prévenir les mariages précoces, et de supprimer les barrières culturelles pour faire en sorte que les femmes se passe de permission pour rechercher des soins.

### *Traitement*

Les participants ont été invités à examiner les questions suivantes :

- Quels sont les éléments clés qui devraient être incorporés dans une stratégie de qualité des soins, s'agissant du traitement?
- Quelles sont les normes minimales et à quoi devrions-nous nous efforcer dans le traitement?
- Quelles opérations chirurgicales accessoires sont essentielles pour atteindre le succès aux yeux des patientes de fistule, et devraient donc être prises en charge?
- Quels conseils donneriez-vous sur les procédures avancées pour les cas très compliqués?
- Quels conseils donneriez-vous pour les cas qui ne peuvent pas être fermés?

Les réponses des participants aux questions ci-dessus étaient étendues et elles figurent en résumé à l'Annexe C. Les principaux problèmes identifiés ont été répartis en quatre catégories : préopératoire, opératoire, post opératoire, et transversales de la manière suivante :

Pour les soins préopératoires, les principaux éléments sont les suivants :

- **La préparation psychologique de la patiente** par le counseling et le traitement avec respect, dignité et compassion pour lui permettre de prendre une décision.
- **Le diagnostic et le traitement des co-morbidités** avant la chirurgie, ce qui peut nécessiter un accord sur un minimum de condition physique

- et un minimum de tests de laboratoire.
- **L'évaluation clinique et l'évaluation de la fistule** (classification) et des fistules associées (e.g. FVR).

Pour les soins opératoires, les principaux éléments sont les suivants :

- **Respect des normes et critères nationaux** - à toutes les étapes des soins.
- **Disponibilité et utilisation des équipements et matériels appropriés.**
- **Choix du chirurgien en fonction des indications/complexités de la chirurgie.**
- **Application de la technique chirurgicale appropriée.**
- **Prophylaxie de thérapie antibiotique** (bien que plus tard au cours de la discussion sur les besoins de recherche, il ait été convenu qu'il était nécessaire de se pencher sur la valeur ajoutée de la prophylaxie antibiotique).

Pour les soins postopératoires, les principaux éléments sont les suivants :

- **Suivi par un prestataire formé en matière de soins de la fistule.**

En réponse à la question sur les normes minimales de soins<sup>2</sup>, les participants ont débattu du sens de "succès" car il varie considérablement aussi bien du point de vue de la patiente que du point de vue du chirurgien. Une patiente qui connaît l'incontinence d'effort peut ne pas considérer le résultat comme une réussite. Le succès peut également varier selon la durée du suivi, le nombre d'intervention chirurgicale, les critères pour la sélection des cas en fonction de la complexité selon un système de classification normalisé, qui reflète la pathologie traitée, etc. En général, la recommandation était d'éliminer la subjectivité du terme "succès" et de se référer aux taux de fistules fermées, à l'incontinence d'effort, etc. En fin de compte, **les participants ont indiqué que la fermeture de la fistule, le rétablissement de la continence, et le rétablissement des fonctions sexuelles et reproductives**, si possible, étaient les résultats que nous devrions rechercher.

S'agissant **des chirurgies accessoires essentielles à l'appui de ces résultats souhaités**, les participants ont formulé les recommandations suivantes :

- Urétroplastie (VV)
- Réimplantation des uretères
- Interposition (c'est-à-dire la poche, le greffe)

---

<sup>2</sup> Les participants ont été invités à se prononcer pour dire si les Principes directeurs pour les fistules de l'OMS (OMS. 2006. *Fistule Obstétricale : Principes directeurs pour la gestion clinique et l'élaboration de programmes*. Editeurs : Gwyneth Lewis et Luc de Bernis) étaient suffisants. Au cours des discussions, il est apparu clairement que de nombreux participants n'avaient pas vu les Principes directeurs de l'OMS. Ils seront distribués avec le rapport de la réunion.



- Colostomie
- Stress post chirurgie de réparation des fistules
- Déchirures périnéales du 3e et 4e degré (entraînant l'incontinence)
- Echarpe et greffe dans le cadre de l'opération de la fistule
- Vaginoplastie
- Césarienne après réparation – par des soins compétents

Pour les procédures avancées concernant les cas compliqués ou ceux qui ne peuvent pas être fermés, les participants ont souligné la nécessité de **référer la patiente à un chirurgien compétent**, de s'assurer que **les procédures pour le consentement avisé** ont été observées pour toute chirurgie (ce qui devrait être le cas pour toutes les interventions chirurgicales), et **de s'assurer des soins de suivi à long terme**. Les participants ont noté que les compétences de counseling des prestataires ainsi que l'environnement dans lequel celles-ci étaient appliquées constituaient la clé de la communication avec les patientes pour toutes les interventions chirurgicales, mais en particulier pour les cas complexes ou pour les cas où l'opération de la fistule n'était pas faisable. Les participants ont souligné la nécessité d'une définition à partir de faits pour un "cas inopérable", ce qui encore une fois renvoie à la nécessité d'un système de classification normalisée. La diversion peut être une option selon les ressources et compétences disponibles.

### *Réinsertion*

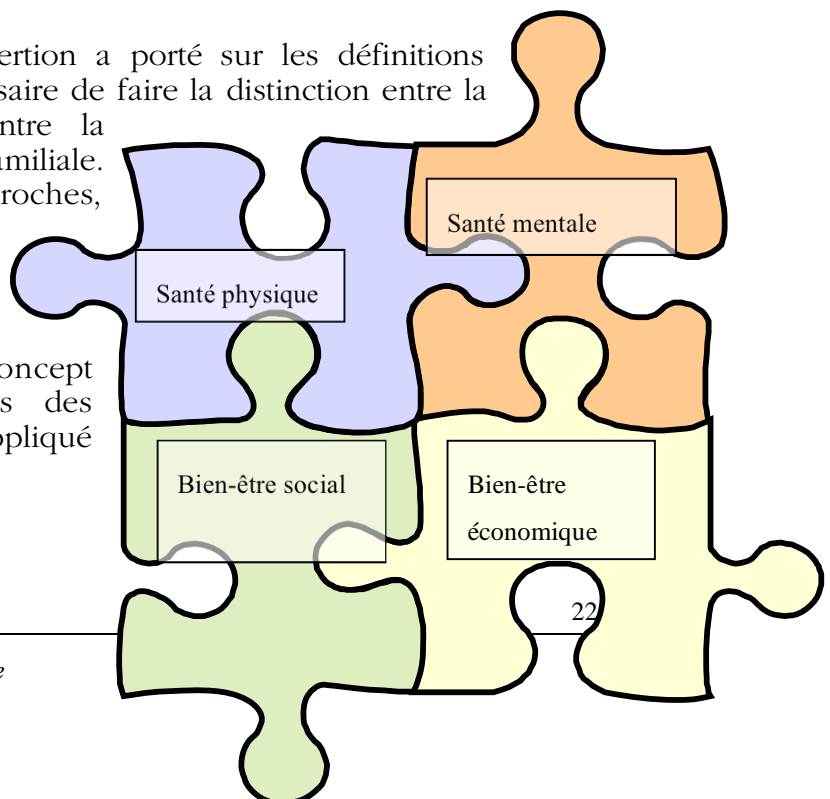
Les participants ont été invités à examiner les questions suivantes :

- Quels sont les éléments clés de réinsertion qui devraient être intégrés dans une stratégie de qualité des soins - au niveau de la structure, au niveau communautaire, au niveau politique?
- Quelles sont les normes minimales et à quoi devrions-nous nous efforcer pour la réinsertion?
- Autre orientation sur la réinsertion?

La première remarque sur la réinsertion a porté sur les définitions changeantes de celle-ci. Il est nécessaire de faire la distinction entre la réinsertion et l'autonomisation, entre la réinsertion sociale et la réinsertion familiale. Il y a une grande diversité d'approches, mais il est nécessaire de lutter contre la pauvreté des femmes atteintes d'une fistule.

Les participants ont noté que ce concept pourrait inclure un ou plusieurs des éléments suivants tel qu'il est appliqué dans les différents programmes :

- Réadaptation physique
- Thérapie psychosociale



- Education et conseil en santé reproductive
- Education sur l'état
- Programmes d'alphabétisation
- Artisanat
- Activités génératrices de revenus
- Régimes de micro crédit/micro finance

La "réinsertion focalisée," censée être une réinsertion concentrée sur les besoins individuels des femmes plutôt qu'un programme fixe pour toutes les femmes, est encore à ses balbutiements. Le facteur important est de prendre en considération ce que les femmes veulent - plus probablement d'arrêter les fuites, et pour la plupart des femmes d'avoir un enfant. La réinsertion peut être définie comme le point d'intersection de la santé physique et mentale, du bien-être social et économique.

Les exemples tirés de différents pays ont inclus la sensibilisation communautaire pour réduire la stigmatisation, prévenir la fistule et communiquer la disponibilité des services, un éclairage ciblé sur le counseling et les services psychosociaux, le partenariat avec des systèmes de micro crédit comme les téléphones cellulaires en Sierra Leone, les programmes d'alphabétisation et d'initiation au calcul, les comités villageois et le concept d'immersion sociale, tel que décrit et pratiqué en Guinée, l'instauration de Journées nationales de la fistule pour attirer l'attention sur les besoins des femmes souffrant de fistules et, dans bien des cas, la création de centres spécifiques de réinsertion où les femmes peuvent séjourner pour des périodes variables.

Au niveau de la structure, les principaux volets de la réinsertion seraient les suivants :

- **Counseling intensif** – counseling psychosocial, éducation sur la santé/santé reproductive, counseling clinique. (Les participants ont comparé ce genre de counseling à celui donné à ceux qui ont des maladies chroniques.)
- **Conférencier spécialiste de la motivation** - les voix des patientes militantes et d'anciennes patientes
- **Counseling par les pairs** - pour faciliter les discussions de groupe
- **Compétences en alphabétisation et calcul** – des partenariats peuvent être établis avec une ONG ou un groupement à base communautaire afin d'aider les femmes pendant qu'elles récupèrent.

Au niveau communautaire, les principaux volets de la réinsertion sont les suivants :

- **Plaidoyer et sensibilisation communautaire**

- **Interventions à base communautaire** comme les familles d'accueil et l'immersion sociale
- **Militants et les réseaux contre la fistule** au sein de la communauté
- **Réduction stigmatisation**
- **Les partenariats** avec des organisations de micro finance et des organisations qui appuient les activités génératrices de revenus.

Au niveau politique, les principaux volets de la réinsertion sont les suivants :

- **Participation des ministères de la santé et/ou des affaires sociales** et d'autres ministères
- Création et l'entretien d'organes de coordination et des **comités directeurs nationaux**
- **Participation des parlementaires**, en particulier les femmes
- **Plaidoyer** - une journée nationale de la fistule, ou susciter l'attention sur la fistule à l'occasion de la Fête des mères.

Les participants ont convenu qu'un **paquet minimum de réinsertion** devrait comporter :

- **Le counseling** (psychosocial, stigmatisation)
- **Transports**
- **Education à la santé**
- **Césarienne gratuite** (dans le cadre de la prévention des reprises pour une réintégration réussie)
- **Activités de plaidoyer au sein de la communauté**

### *Surveillance de la qualité des soins pour la prévention, le traitement et la réintégration*

Les participants ont également été invités à envisager des stratégies pour contrôler la qualité des soins pour la prévention, le traitement et la réinsertion. En général, les recommandations étaient les mêmes pour chacun de ces éléments de soins, et nous avons donc combiné les recommandations ici.

- **S'assurer que des systèmes de supervision sont en place et fonctionnels** - les participants ont souligné la nécessité pour les superviseurs d'être nommés et au travail, pour les résultats négatifs d'être corrigés par l'encadrement et le mentorat, et pour les rapports d'activité et les inventaires d'équipement d'être faits routinièrement. Il devrait y avoir

des réunions trimestrielles de revue avec des données de site utilisées pour déterminer comment les décisions ont été prises et si des changements sont nécessaires.

- **Préciser qui doit participer au contrôle** - la participation communautaire, les processus de revue de pair à pair et les interviews de patiente à la sortie sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à améliorer la qualité des services. Existe-t-il un rôle pour une équipe de contrôle de la qualité? Quel est le rôle des ministères dans la surveillance du programme global?
- **Valider les documents de politique, les diffuser, les mettre en oeuvre et surveiller la mise en oeuvre**
- **Renforcer les systèmes d'information sanitaire**
- **Mettre en place des indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis** - que voulons nous mesurer et à quelle fréquence ?
- **Mettre en place un système de classification normalisée pour les fistules**
- **Surveillance et évaluation active des programmes**

### **Renforcer les Capacités pour des Services de Qualité à travers la Formation**

Trois participants ont fait des présentations sur le renforcement des capacités pour des services de qualité par la formation.

*Formation des Chirurgiens : Comprendre les principes*

*Dr Steven Arrowsmith, Mercy Ships et Fond Mondiale pour la Fistule, Nouveau-Mexique*

La formation de chirurgiens de la fistule se heurte à des difficultés. L'opération de la fistule traverse les disciplines chirurgicales traditionnelles. Elle traverse les frontières de la culture et les traditions médicales au sein de chaque culture, et elle traverse les seuils de la connaissance. L'opération de la fistule est complexe, c'est un travail épuisant qui prend beaucoup de temps.

La question éthique dans l'opération de la fistule (et dans la formation) est que la première tentative est la meilleure pour réussir la fermeture.  
*Dr. Steve Arrowsmith, Mercy Ships et Fond Mondiale pour la Fistule*

La formation des chirurgiens à faire des réparations de fistule est une étape essentielle pour renforcer les capacités à répondre aux besoins des femmes vivant avec une fistule. Il est également critique de susciter une sensibilisation sur cette condition et sur la réponse nécessaire. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'opération de la fistule traverse les disciplines chirurgicales traditionnelles - il y a des urologues, des gynécologues, des chirurgiens généraux et d'autres spécialistes qui tous font des opérations de la fistule. Quelles que soit leurs spécialités, les choses principales qu'un chirurgien VVF doit savoir sont notamment :

- La sélection des patientes - être en mesure de déterminer si le chirurgien est capable ou non de réparer des fistules spécifiques et de recourir à la référence au besoin
- La préparation – s'assurer que la patiente est en assez bonne condition pour supporter l'opération et que le chirurgien a suffisamment bien évalué ce qu'il faut faire
- Le traitement chirurgical - réparer les fistules
- Les soins postopératoires - surveiller les progrès postopératoires de la patiente et gérer les éventuelles complications.

Les chirurgiens de la fistule doivent être en mesure de dégager une philosophie de soins de toute la personne. Les femmes qui vivent avec la fistule sont des clientes vulnérables, souvent isolées et désorientées. Le chirurgien doit mobiliser les ressources nécessaires pour accompagner l'épanouissement physique, mental, social et le bien-être économique de ces femmes, mais aussi plaider en faveur d'une attention sur cette condition au sein du système sanitaire et au sein de la communauté.

La formation sur la fistule est prise entre les diverses cultures de l'éducation chirurgicale. Dans un milieu culturel, les stagiaires servent comme apprentis, en observant les techniques et approches d'un chirurgien connu jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme ayant absorbé suffisamment de connaissances pour entreprendre une chirurgie. Dans un autre milieu culturel, les stagiaires sont formés avec l'approche du "voir un, faire un, enseigner un". Il y a un besoin de normalisation dans les deux approches et dans le contenu de la formation, y compris l'élaboration d'un système de classification normalisée, avec l'accent sur un apprentissage pratique et le mentorat. Le programme devrait servir de cadre ou d'outil pour rappeler aux gens ce qu'ils doivent faire, et peut fournir une liste de compétences à observer et évaluer. Les stagiaires doivent être évalués à la fin de la période de formation, mais à quel moment la certification se passe-t-elle et qui devrait être l'organe de certification? Le but devrait être de renforcer les capacités - le résultat final est la production de chirurgiens formés - mais nous devons accepter que la formation est le début d'un processus qui devrait être continu. Il doit être suivi par de multiples points de contact pour s'assurer que les stagiaires atteignent un niveau plus élevé de compétences et d'efficacité, et idéalement, les stagiaires doivent s'efforcer de devenir des formateurs.

*Chirurgie de la Fistule : Soins Pré et Post Opératoire Optimisés*  
**Dr. John Kelly, Chirurgie de la Fistule, Hôpital de Birmingham, Angleterre**

Dr. Kelly a commencé son exposé en nous rappelant qu'il n'existe pas de solides études qui sous-tendent sa présentation, mais ses recommandations sont des «pratique courante» pour faciliter les soins pré et post-opératoire de qualité.

- La première visite devrait comporter une anamnèse et un examen, en prenant soin de respecter la dignité de chaque femme. La réinsertion (un

- résultat très important des soins de la fistule) commence à la première visite.
- Historique de la grossesse – combien d'enfants la femme a-t-elle eu et combien sont vivant?
  - Léger examen vaginal
  - Si des calculs sont présents dans la vessie, conseiller la cliente et lui expliquer l'importance de l'enlèvement des calculs pour faciliter la chirurgie de réparation dans quelques semaines. Discuter et expliquer toutes procédures comme la diversion ou la colostomie. Conseiller la cliente en ce qui concerne le VIH.
  - Soins préopératoires – s'assurer de la disponibilité d'eau potable et de savon et d'eau pour le lavage de la cliente et de ses vêtements.
    - Faire déambuler la patiente pour prendre en charge le pied tombant et pour prévenir ou traiter les plaies de pression.
    - Administrer un lavement 24 heures avant l'opération
    - Se mettre d'accord sur le régime d'anesthésie et la conduite à tenir en cas de problèmes.
  - Soins postopératoires – placer la patiente sur le côté et changer de côtés toutes les quatre heures, et surveiller constamment les récipients de drainage. Encourager la patiente à boire des liquides. L'analgésie devrait comporter une injection IM de 50 g de péthidine toutes les quatre heures. Surveiller le drainage de la vessie pour s'assurer que le ballon n'est pas gonflé à plus de 10 ml, et qu'il n'y a pas de noeuds dans le cathéter ou le tuyau et que le sac ou réceptacle est à un niveau inférieur à celui de la vessie. Il est impératif que la patiente soit maintenue propre.
  - Antibiotiques de prophylaxie - il n'existe pas d'essais aléatoires contrôlés qui soient satisfaisant s'agissant de l'utilisation des antibiotiques dans l'opération de la fistule. Toutefois, si ces indications sont fournies, les antibiotiques appropriés devraient être administrés à l'induction de l'anesthésie.

Se méfier, dans le traitement d'une morbidité maternelle, de se retrouver avec un taux de mortalité.  
Dr. John Kelly, *Hôpital de Birmingham, Angleterre.*

*La Stratégie de Formation en Soins de la Fistule*

***Dr. Joseph Ruminjo, Conseiller Clinique Principal, Projet de Soins des Fistules, EngenderHealth, New York***

Le but des programmes sur la fistule est d'initier et maintenir l'accès tout en développant la capacité des centres à offrir des services de qualité pour la prise en charge des femmes vivant avec la fistule. Pour ce faire, il est essentiel de prêter attention à la qualité de la formation. Le Dr. Ruminjo a décrit les difficultés rencontrées dans la formation pour les services de fistules. Il existe beaucoup de types cliniques différents de fistule qui présentent des complexités chirurgicales largement divergentes. Si des programmes et des documents de référence existent, il y a toutefois un manque de normalisation de ces matériaux, et il n'y a aucun

accord actuel sur l'évaluation des connaissances, aptitudes et compétences ou sur la durée de la formation et des modèles de formation à appliquer. Différentes approches et faisceaux de compétences sont nécessaires pour la fourniture de services et pour la formation, même dispensée par des chirurgiens qualifiés. Les ressources des sites de formation varient en termes de personnel, d'équipements, de matériels pour la fourniture de services et pour la formation. En soubassement à tout ceci, il y a un manque de données de recherche clinique et opérationnelle fondées sur les faits et comme dit précédemment, nous n'avons pas de système de classification normalisée.

Pour commencer à répondre à ces défis et atteindre le but, le projet de soins des fistules a mis au point une stratégie de formation sur les fistules. La stratégie propose une approche globale sur la formation, les principes clés et les locaux.. Elle examine les systèmes de formation, la méthodologie et les modèles de la formation. Elle identifie les cadres devant être formés, les critères de sélection des stagiaires, des formateurs et des sites. Elle suggère certains niveaux de compétence à atteindre et établit le processus d'évaluation de la compétence. Elle définit l'évaluation de la formation et les systèmes de suivi de formation et la formation continue. La stratégie décrit la formation de tous les cadres de prestataires nécessaires pour administrer efficacement les services aux patientes de la fistule, mais l'accent de la présentation a été mis sur la formation chirurgicale.

La stratégie de formation sur les fistules décrit une approche uniforme qui est holistique, centrée sur le client et axé sur le système pour faciliter une formation qui contribue à produire des améliorations durables dans la qualité, la disponibilité, l'accès et l'utilisation des services de fistule. La stratégie est un plan pour de plus amples indications et normes de formation qui comportent plus de contenu technique. Elle met l'accent sur les "Principes fondamentaux des soins", notamment le choix avisé, et l'amélioration de la sécurité et de la qualité.<sup>3</sup>

Nous ne devrions pas essayer de former chaque chirurgien de chaque site. Cela conduirait à une mauvaise maintenance et de compétences en formation d'attrition.  
Dr Joseph Ruminjo, EngenderHealth,

La formation est une entreprise très coûteuse et ne représente qu'une des interventions nécessaires pour améliorer la performance. Il est essentiel pour s'assurer que les stagiaires sont en mesure d'appliquer leurs compétences qu'il y ait une adhésion proactive des sites pour la pérennité et l'appropriation. Il est crucial d'avoir un engagement des institutions et de l'encadrement de gestion pour contribuer vers un environnement de travail propice qui offre aux stagiaires des opportunités d'appliquer dès le commencement leurs compétences nouvellement acquises. Ceci consiste à s'assurer de la disponibilité d'équipements et fournitures en général et spécifiques pour la fistule, afin de fournir les services, des politiques et directives favorables aux services et aux clientes, et une supervision de facilitation interne

---

<sup>3</sup>EngenderHealth. Les principes fondamentaux des soins : Assurer la qualité des services dans les structures - un Paquet de ressources. Projet

et externe mettant l'accent sur le mentorat, l'encadrement, la résolution commune de problèmes et une communication bidirectionnelle.

Les principes clés de la stratégie de formation sont les suivants :

- Le bien-être de la cliente guide toute la formation
- Les principes de l'apprentissage des adultes ainsi qu'un modèle expérientiel devraient être appliqués dans la formation
- Une combinaison de formation didactique et pratique est nécessaire
- Dans la mesure du possible, nous devrions être des équipes de formation pour les prestations de services de fistules
- Le counseling est une partie intégrante des soins de la fistule
- La formation devrait être fondée sur les compétences, avec une évaluation finale pour informer sur le niveau de complexité chirurgicale qu'un stagiaire est en mesure de réparer.

La formation doit idéalement se traduire par une amélioration de la performance, de sorte que la sélection des stagiaires en chirurgie devrait être conditionnée par les besoins du service ou la demande et l'appui institutionnel. Les individus doivent avoir un intérêt et un engagement de fournir des services, avec l'intention de rester dans le service pour une durée minimale raisonnable et la motivation et la possibilité d'appliquer immédiatement leurs nouvelles compétences dès leur retour à leurs postes. Les exigences minimales en matière d'éducation devraient être celles de la politique du Ministère de la Santé du pays, mais nous recommandons que le stagiaire du programme de fistule soit un médecin avec un minimum de trois années d'expérience de chirurgie. Il pourrait être un spécialiste ou un généraliste. Dans certains cas, où les politiques spécifiques du pays le permettent, il peut également être possible de former un membre du personnel paramédical.

La stratégie définit les niveaux de compétences à atteindre au fil du temps par les chirurgiens de la fistule :

- Niveau initial d'acquisition de compétences - faire un diagnostic, classer la fistule et savoir quand une référence est nécessaire, reconnaître les systèmes de service nécessaires.
  - Niveau de compétence - diagnostiquer, classer et effectuer l'opération de la fistule. La réparation des fistules peut varier considérablement en complexité et difficulté, de sorte que la stratégie recommande une augmentation graduelle et progressive dans l'acquisition de compétences et l'efficacité chirurgicales en trois étapes. Les programmes individuels des ACQUIRE 2006.pays peuvent varier dans les recommandations, mais tous les stades de compétence devraient commencer par une formation intense en compétences chirurgicales pratiques, suivie par des augmentations progressives du nombre de fistules réparées et du degré de complexité chirurgicale.
  - Étape 1 - une formation intensive à laquelle s'ajoutent 100 à 300 cas simples



- Étape 2 - une formation intensive, à laquelle s'ajoutent 100-300 cas simples et de complexité modéré
- Étape 3 - une formation intensive plus 300-600 cas, simples, modérés et compliqués, pour atteindre la maîtrise.
- Niveau d'aptitude - en mesure d'effectuer la plupart des cas compliqués, en toute sécurité, efficacement et dans l'ordre correcte pour les principales étapes; faire face aux complications intra et péri opératoires inattendues. Il est utile d'ajouter un trousseau de compétences des formateurs à ce stade.

N'est pas formateur tout chirurgien de la fistule. Pour être reconnu comme un formateur, la stratégie suggère au moins une compétence de stade 2. Mais également importants, l'acquisition de compétences de formation, et le respect des principes et critère de formation. L'individu devrait être en mesure d'utiliser et d'adapter les matériels de formation pour la formation centrale et/ou la formation structurée en cours d'emploi. Il devrait être actuellement employés par l'Etat ou le gouvernement, ou avoir le soutien du Ministère de la Santé et la reconnaissance de la formation offerte. L'individu devrait idéalement travailler à un site qui fournit routinièrement des réparations au moins une fois par semaine, et devrait avoir une connaissance de diverses approches de gestion chirurgicale pour différents cas et complications. Le formateur devrait assumer la responsabilité et rendre des comptes quant à l'amélioration du niveau de compétences des stagiaires, avec un appui, selon les besoins, de l'institution et de l'administration.

De même, un "maître formateur" est un maître formateur en vertu des compétences, et non par désignation. Un maître formateur doit disposer d'un certain niveau d'efficacité dans l'opération de la fistule, mais doit également être très expérimenté dans la prestation des services et la formation, avec des compétences avancées en formation lui permettant de former des formateurs et d'élaborer des cours et des matériels de formation. L'individu doit avoir accès aux ressources matérielles du centre de formation et disposer d'un grand nombre de cas, au moins 100 cas par an, pour maintenir le niveau de compétences.

Le suivi des stagiaires est essentiel et fait partie intégrante de la réussite et de la qualité de la formation. Cela exige à la fois un suivi et une supervision administratifs et un suivi des compétences cliniques.

La stratégie énonce également les critères pour la sélection des sites de formation. Le site doit présenter les normes médicales acceptées et des politiques favorables, être entièrement équipé de manière générale et spécifique pour la fistule, avec un approvisionnement correct, des médicaments d'urgence et un personnel pour être en mesure de traiter toutes les complications de l'opération de fistule ou de l'anesthésie. L'infrastructure doit comporter des espaces de travail appropriés, des commodités et services publics, y compris des salles d'examen et de procédure offrant une certaine intimité, un théâtre et des pavillons (idéalement dédiées, mais pouvant être partagées), l'eau courante, l'électricité, des matériels pédagogique, des fournitures, des matériels de référence et un espace pour la théorie et la pratique. Le site doit avoir un formateur, soit résident ou en visite, et un personnel collatéral capable de soutenir la formation. Enfin, le site doit avoir un

volume suffisant de cas pour faciliter la formation aux normes indiquées plus tôt.

La stratégie suggère la façon d'appliquer les quatre niveaux d'évaluation<sup>4</sup> de la formation : la réaction,

l'apprentissage, l'application et les résultats. Enfin, la stratégie suggère une formation

complémentaire au niveau du renforcement des compétences ou de la sensibilisation pour positionner la fistule dans un contexte plus large. Cela pourrait inclure des interventions sur la maternité sans risque, des questions transversales comme la qualité des soins (le counseling et la prise de décision avisée, les procédures de prévention des infections et la gestion des déchets médicaux), la sensibilisation communautaire et les systèmes de référence, la fistule traumatique et la violence sexiste, ainsi que le contexte plus large de la pauvreté, des droits des femmes et de l'équité en santé.

### *Questions, Réponses et Commentaires*

De l'avis général, il est indispensable de se concentrer sur une formation complémentaire pour les obstétriciens/gynécologues, les infirmières et les sages-femmes pour s'assurer que la prévention est disponible. En outre, il est nécessaire d'augmenter le nombre de chirurgiens et des autres prestataires de soins de santé capables de répondre aux besoins des femmes vivant avec la fistule. En général, l'approche devrait être de former les équipes et chirurgiens locaux dans la mesure du possible. Une recommandation a été faite dans le sens d'instituer des programmes de formation formels dans les facultés de médecine, et ces derniers devraient comporter une formation en cours d'emploi, même s'il n'y a pas eu de consensus sur ce point. Un appel général a été lancé pour aborder la question de la certification.

Tous les participants ont convenu qu'il était impératif pour les chirurgiens qui ont travaillé sur la fistule pendant de longues périodes et qui détiennent des données de cas, de publier celles-ci, et de transmettre leur savoir et connaissances aux générations futures des chirurgiens. Enfin, un participant a rappelé à tous que la formation était nécessaire mais non suffisante pour assurer des services. Il est essentiel de veiller à ce que les équipements, consommables, la supervision de facilitation, etc. soient disponibles pour appuyer les personnes concernées dans l'exécution de leurs compétences.

### **Améliorer la Qualité et la Performance à travers les Données**

Trois participants ont fait des présentations sur l'amélioration de la qualité et la performance à travers les données.

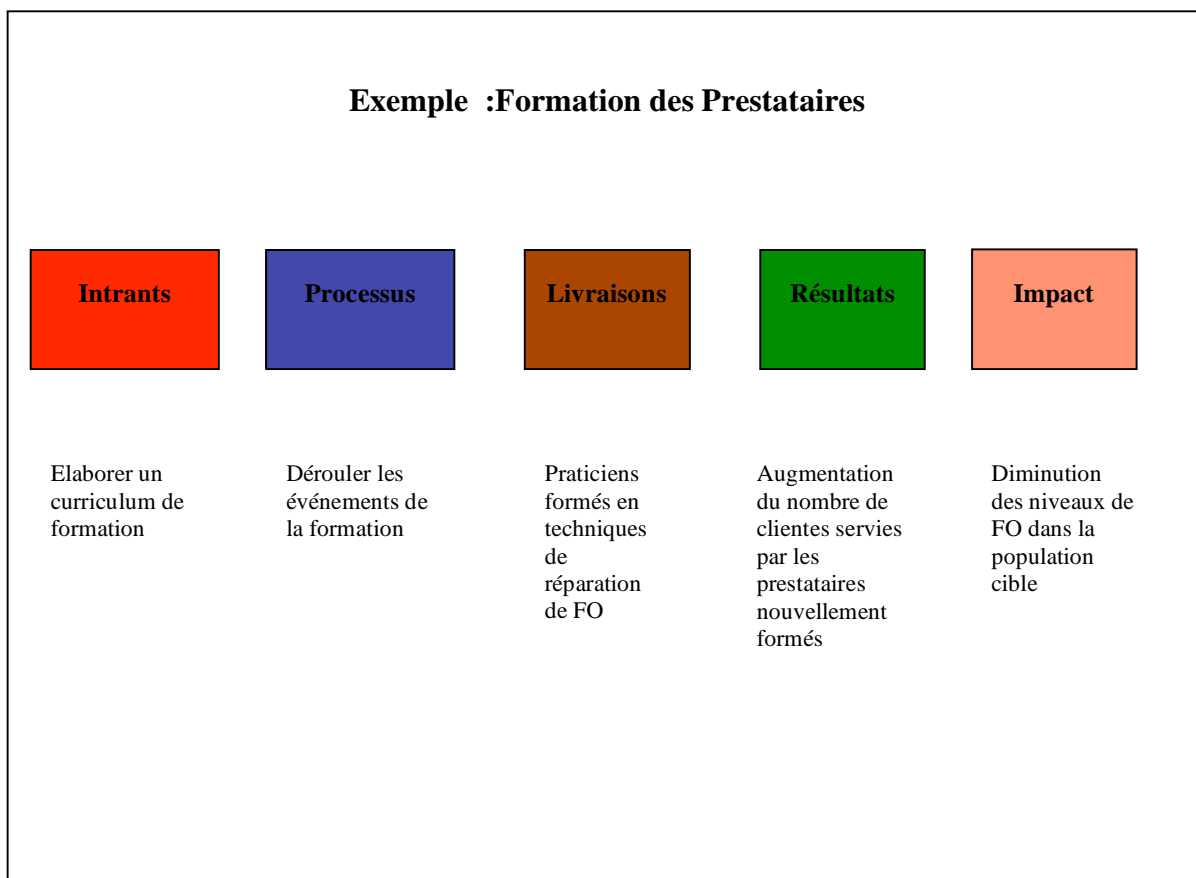
---

<sup>4</sup> Le modèle d'évaluation de l'apprentissage de Donald Kirkpatrick : Kirkpatrick D.L. 1998 "Another look at Evaluating Training Programs. ASTD Alexandria, USA"

*Indicateurs choisis pour les programmes de traitement des fistules obstétricales*  
**Dr Florina Serbanescu, Centre de Prévention des Maladies, Atlanta,**  
**Représentant le Groupe de Travail International sur la Fistule**  
**Obstétricale : Comité pour les données, indicateurs et la recherche**

Le Dr. Serbanescu a commencé par rappeler qu'il existait très peu d'informations fiables à travers le monde sur l'incidence, la prévalence, le traitement ou les autres aspects des soins de la fistule. Une grande partie des informations disponibles ne peut être généralisée car elle porte sur une petite échelle ou est basée sur la structure.

### Exemple : Formation des Prestataires



Elle a décrit les principales sources de données pour le suivi et l'évaluation des programmes de la fistule obstétricale : données de routine à partir de la structure; enquêtes à partir de la structure; enquêtes à partir de section transversale de la population; et études qualitatives comme l'évaluation des besoins et les groupes de discussion focalisés. Elle a donné un aperçu des mesures adoptées pour déterminer des indicateurs appropriés, en commençant par un cadre de résultats pour la santé maternelle. Elle a donné un aperçu des composantes d'un programme et des indicateurs éventuels, prenant la formation pour modèle.

Le comité pour les données, indicateurs et la recherche a commencé par la classifier les indicateurs de la fistule obstétricale dans des domaines de focalisation : la prévention, le traitement, la réinsertion et les thèmes transversaux. Dans chaque domaine de focalisation, les indicateurs ont été classés par catégories : l'accès, l'utilisation des services et la formation. Une liste d'indicateurs a été évaluée en termes d'importance relative : indicateurs principaux que les pays devraient signaler, indicateurs supplémentaires qui pourraient répondre à des besoins spécifiques, des questions ou capacités contextuelles, et des indicateurs étendus qui se concentreraient sur des questions très spécifiques. La liste des indicateurs proposés est jointe en Annexe D.

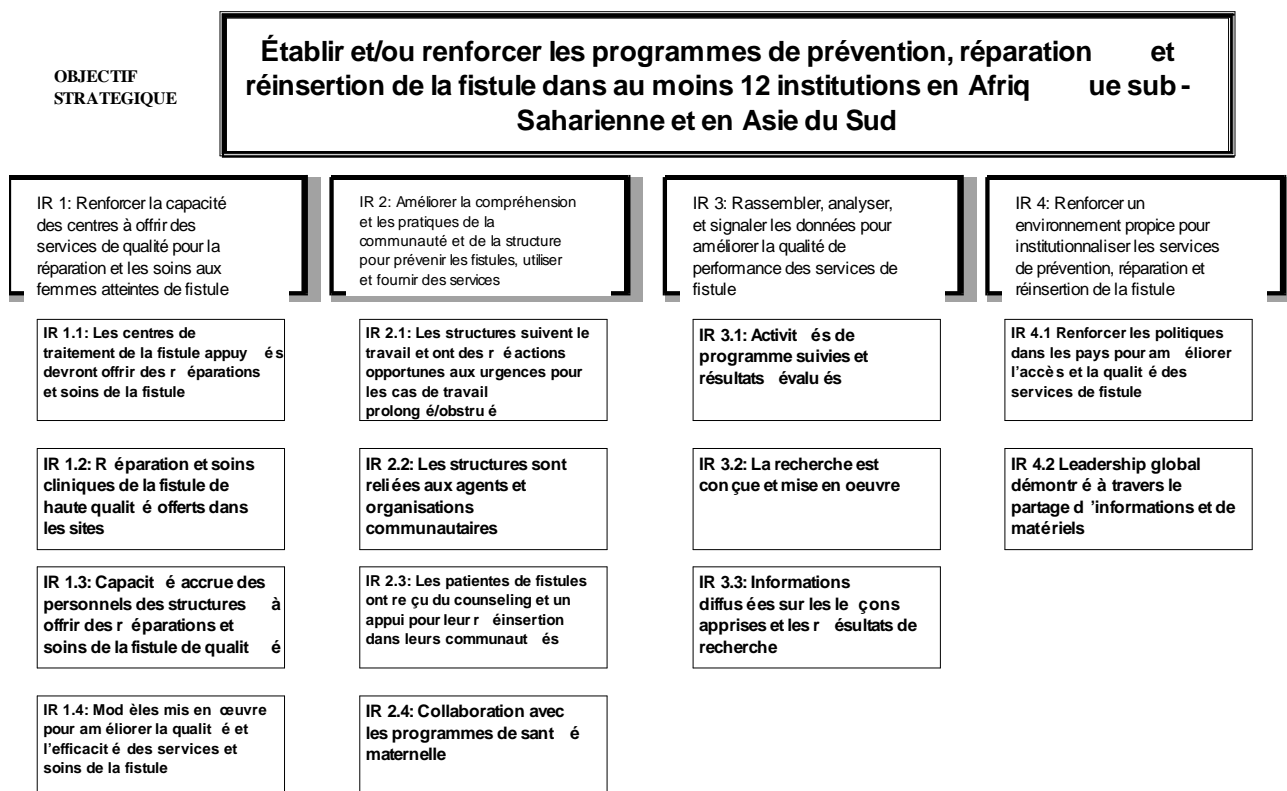
Les prochaines étapes du processus consisteront à ébaucher des sections d'un recueil pour une plus vaste revue de groupes et à publier le rapport sur Internet. Un atelier de formation sera organisé pour les décideurs, les gestionnaires de programme, et les cliniciens. Il est prévu que les indicateurs seront ensuite affinés, testés sur le terrain et validés.

### *Indicateurs des Soins de la Fistule*

**Mme Evelyn Landry, Conseillère Principale en Suivi, Evaluation et Recherche, Soins de la Fistule, EngenderHealth, New York**

Mme Landry a présenté aux participants le cadre des résultats pour le projet Fistula Care (FC) et les indicateurs connexes. Cette présentation devait camper le décor pour les discussions du groupe de travail plus tard dans la journée permettant aux participants de fournir des orientations sur les finitions ou sur des propositions d'indicateurs supplémentaires pour aider à contrôler la qualité des services de la fistule appuyés à travers les programmes de l'USAID. Les participants ont traité des indicateurs concernant la prévention, le traitement, la réinsertion et la surveillance. Se référer au Sommaire qui suit la prochaine présentation pour voir les résultats de ces discussions.

**Figure 1: Cadre des Résultats de Fistula Care**



Le Dr. Millimono a commencé par rappeler aux participants que l'amélioration de la qualité sert à protéger à la fois la santé des clients et du personnel de santé, facilite les économies par la réduction des déchets et des répétitions de procédures, attire des clients potentiels et augmente l'utilisation des services. Les principes de base qui s'appliquent sont notamment :

- Focalisation sur les droits et les besoins des clients
- Participation du personnel de santé et la focalisation sur leurs besoins
- Focalisation sur l'amélioration des processus et systèmes
- Attention accordée aux coûts et à l'efficacité
- Développement et renforcement continu des capacités
- Attention continue accordée à l'amélioration

Le Dr. Millimono a décrit l'approche COPE<sup>5</sup> utilisée en Guinée pour engager tout le personnel du site à évaluer la qualité des services à partir du point de vue des droits des clientes et des besoins des prestataires, à identifier les problèmes et élaborer des plans d'action pour y remédier. L'approche est complétée par l'analyse du flux de clients, les interviews de clients, les discussions communautaires, et un suivi médical régulier et des visites de supervision. La supervision de facilitation et le suivi médical sont essentiels pour des services de qualité et une communication efficace entre tous les niveaux de prestataires de services. Ils garantissent que les critères, normes et directives sont respectés, et que le personnel dispose des connaissances et compétences nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches, tout en offrant la possibilité d'une orientation pour le nouveau personnel et d'encadrement et de mentorat pour remédier aux faiblesses. Lorsqu'elles sont combinées, l'approche COPE et la supervision de facilitation permettent d'identifier et de résoudre conjointement les problèmes et défis, de renforcer le concept d'équipe, d'aider à créer une culture d'amélioration continue de la qualité et de rendre loisible au superviseur de focaliser son attention sur les problèmes que les prestataires ne peuvent pas résoudre tout seul.

### *Séance de Groupe de travail pour définir, affiner ou proposer des indicateurs supplémentaires pour des services de fistules de qualité*

Les participants ont été organisés en quatre groupes de travail pour aider à définir, affiner ou proposer des indicateurs supplémentaires pour des services de fistules

---

<sup>5</sup>EngenderHealth. Manuel COPE® : Un processus pour améliorer la qualité dans les services de santé, édition révisée. 2003

de qualité concernant la prévention, le traitement, la réinsertion et la surveillance. Ce qui suit est un résumé des recommandations faites par les groupes de travail.

## Indicateurs de traitement

Le projet Fistula Care a élaboré une fiche de rapport de données trimestrielles pour chaque site de projet/pays appuyé. Cette fiche sera utilisée pour présenter un rapport sur 9 indicateurs relatifs au traitement. La liste actuelle des indicateurs de traitement et les observations des deux groupes de travail comprennent :

<b>Indicateurs de Suivi de traitement de Fistula Care</b>	<b>Observations</b>
1. Nombre de femmes se présentant et demandant une réparation des fistules	Pas d'observation
2. Nombre de femmes nécessitant une intervention chirurgicale de réparation des fistules	Pas d'observation
3. Nombre de femmes bénéficiant de la chirurgie de réparation de fistule	<p>Affiner l'indicateur pour préciser le nombre de femmes bénéficiant de la chirurgie <b>dans cette structure</b>. Certaines femmes sont référées à d'autres services quand et si le chirurgien ne possède pas les compétences nécessaires pour effectuer la chirurgie de réparation.</p> <p>Il a été question de savoir si les sites devraient faire un rapport sur des <b>cas irréparables</b> et les femmes qui <b>n'ont pas été opérées</b>. Une observation a été faite sur la difficulté que pose le changement de dénominateur en remplissant la fiche.</p>
Première réparation	
Deuxième réparation	
> 2 réparations	
4. Nombre de femmes libérées après avoir bénéficiées d'une opération de la fistule	
Résultat de la chirurgie de réparation de fistule	<p>Il a été convenu de ne pas utiliser les termes 'succès' et 'échec' lorsque l'on parle des résultats de la chirurgie.</p> <p>Les deux groupes avaient des opinions différentes sur la façon de classer les résultats de la chirurgie. Un groupe a recommandé d'inclure les résultats (sec ou avec incontinence d'effort) ventilés selon le nombre de réparations antérieures), puisque le potentiel de résultats "réussis" diminue avec les interventions chirurgicales successives.</p>

<b>Indicateurs de Suivi de traitement de Fistula Care</b>	<b>Observations</b>
	L'autre groupe a recommandé la classification des résultats selon le nombre de patientes avec des fistules fermées suivi par nombre de patientes avec des fistules fermées sèches (au moment de la sortie d'hôpital). Un groupe s'est interrogé sur l'importance de signaler l'incontinence d'effort
5. # de femmes ayant des fistules fermées et qui sont sèches	
6. # de femmes ayant des fistules fermées et dont l'incontinence d'effort perdure	
7. # de femmes dont les fistules n'ont pas été fermées	
8. Nombre de femmes ayant bénéficié d'une opération de la fistule et ont été libérées, en ayant subi une complication jusqu'au moment de la sortie (par opposition à la définition des complications qui surviennent jusqu'à 42 jours après la procédure)	Voir observations ci-dessous
Lié à l'anesthésie	
post-opératoire (fièvre, ITU, saignement, etc.)	
décès	
autres (préciser)	
9. # de femmes restant sous soins postopératoire et qui n'ont pas été libérées ce trimestre	

**Les autres observations/recommandations sont les suivantes :**

- Inclure un indicateur pour tenir compte des femmes ayant nécessité une opération mais ont été référées à une autre structure.
- Inclure un indicateur pour décrire l'étiologie de la fistule : obstétricale, traumatique ou chirurgicale.
- Nombre de femmes ayant eu des réparations de FVR avec des déchirures de 3e et 4e degré du périnée.

Certaines femmes qui se présentent à un atelier, mais qui n'ont pas été opérées pour une raison ou une autre, n'ont aucune donnée relevée à leur sujet, même pas la taille de leurs effectifs (un exemple a été donné du Nigeria).

**Rapports sur les complications :**

D'autres précisions sur la définition d'une complication et les types de rapport ont été examinées. Les recommandations ont été les suivantes :

- Extension de la définition d'une complication : une complication est un problème médical ou chirurgical nécessitant une intervention ou une gestion au-delà de ce qui est normalement nécessaire. Une complication est



un événement indésirable associé à une chirurgie ou anesthésie - c'est-à-dire, il n'aurait pas eu lieu si le patient n'avait pas été opéré. Les conditions préexistantes telles que le diabète et les maladies du coeur peuvent affecter les taux de complications.

- La liste des complications majeures a été examinée et acceptée par le groupe.
- L'hémorragie devrait être définie comme nécessitant une intervention
- Les complications d'anesthésie devraient être une catégorie distincte
- Les complications à ajouter à la liste peuvent inclure : la rétention d'urine, la sténose urétrale, l'hémostomètre (rare)
- Il y a un débat clinique continu pour dire s'il existe ou non une relation de cause à effet entre l'incontinence du stress et l'opération de la fistule. Des procédures supplémentaires, par exemple une colostomie et des diversions planifiées, ne devraient pas être déclarées comme des complications, mais comme des interventions nécessaires.
- L'importance du niveau de détail à signaler sur les complications dans le contexte de lourde charge de travail des médecins a été examinée dans un groupe.
- Le diagnostic devrait idéalement être basé au laboratoire, plutôt qu'à la clinique; mais il est difficile d'établir même un paquet minimum pour les laboratoires dans nos milieux dépourvus de ressources.

## Indicateurs de prévention

Deux groupes ont passé en revue et tenu des discussions sur 12 des 20 indicateurs du GTFO (nous avons sélectionné ceux qui pourraient être mesurés au niveau de la structure; bon nombre des indicateurs de prévention nécessitent des évaluations basées sur la population exigent) et 5 autres indicateurs proposés par Fistula Care. Voir à l'Annexe D la liste des indicateurs du GTFO. Les indicateurs et les observations de ces groupes sur les indicateurs du GTFO ont comporté :

Indicateurs choisis du GTFO	Observations
<b>Accès : Disponibilité</b>	
P.2 Proportion de structures de SOU complets qui fonctionnent 24/7 parmi toutes les structures de SOU	Certains pays utilisent actuellement cet indicateur, mais cela est possible dans certains pays seulement
P.3 Disponibilité d'efforts de sensibilisation communautaire sur la connaissance des complications de la grossesse, de la dystocie et de la FO	Utilisé dans certains pays
<b>Accès : Informations</b>	
P.10 A satisfait le besoin concernant la dystocie	Non utilisé
<b>Accès : Qualité</b>	
P.11 Les points de prestation de services en fonctionnement préparés à fournir au moins 3 méthodes de PF	Pas d'observation
P.12 Les points de prestation de services qui sont en rupture de stock de chaque méthode à n'importe quel moment durant une période donnée	Pas d'observation

<b>Indicateurs choisis du GTFO</b>	<b>Observations</b>
<b>P.13</b> Etat de préparation de la structure pour effectuer une césarienne dans les 2 heures en cas d'urgence obstétricale	Utilisé dans certains pays
<b>P.14</b> Taux de létalité pour dystocie	Utilisé dans certains pays
<b>Utilisation des Services</b>	
<b>P.16</b> Accouchements institutionnels	Pas d'observation
<b>P.17</b> Accouchement assisté par un personnel qualifié	Pas d'observation
<b>P.18</b> Taux de césarienne	Utilisé au niveau de la structure
<b>P.19</b> % de femmes ayant survécu à une dystocie avec ou sans césarienne et qui sont correctement gérées selon un protocole de cathéter (directives de l'OMS)	Non utilisé
<b>P.20</b> Utilisation correcte de partographes selon les critères convenus	Utilisé dans certains pays

<b>Indicateurs de Prévention Proposés par FC</b>	<b>Observations</b>
Nombre d'activités de sensibilisation communautaire et nombres de personnes contactées au sujet de la prévention de la fistule obstétricale (FO)	Considéré comme une tâche de collecte fastidieuse
Nombre de sites appuyés par FC ayant reçu une assistance technique pour améliorer les SOU	Trop général
Nombre de clientes servies en services de PF au niveau des sites appuyés par FC (toutes clientes, y compris celles ayant une fistule)	Correct; clairement défini
% de naissances par césarienne au niveau des sites appuyés par FC	Pas d'observation
% de femmes se présentant au niveau d'une structure appuyée par FC et pour lesquelles le travail a duré > 24 heures (ce nombre devrait diminuer au fil du temps en raison de l'approche communautaire et d'autres efforts de CCC)	Peut être trop difficile à interpréter
% de femmes libérées après la réparation des fistules et qui reçoivent des conseils sur les soins pour leur grossesse et accouchement prochains	

Les indicateurs de prévention suggérés pour les programmes appuyés par Fistula Care sont les suivants :

- % d'utilisation correcte du partographe
- Nombre de sites BEmOC faisant des références de CEmOC pour les cas de travail prolongé
- Indicateurs d'accès, de demande et de soins postnatals

### **Les indicateurs de réinsertion**

Un petit groupe a examiné et émis des observations sur 8 des 9 indicateurs de réinsertion du GTFO; voir l'Annexe D. Il y a eu un accord global au cours de cette session et au cours d'une session antérieure sur la définition des services de réinsertion que la réinsertion devait être définie.

Indicateurs choisis du GTFO pour la réinsertion sociale	Observations
<b>Disponibilité</b>	
SR1. Proportion de structures de traitement de la fistule qui fournissent ou réfèrent les patientes à des services de réinsertion, comme l'alphabétisation, les compétences de la vie, le micro crédit.	Nécessité de préciser les définitions de la réinsertion, de systèmes d'orientation (par exemple, les compétences de la vie et le micro crédit comme "autonomisation" contre "réinsertion") - non encore collectées
SR2. Proportion (%) de structures de traitement de la fistule qui offrent des services de planification familiale pour les patientes de la fistule.	Les services de PF peuvent être du counseling, avec ou sans fourniture de méthodes. Pourrait être facile à recueillir, mais il faut des références et lien clairs entre le service de fistule et la clinique et FP
<b>Utilisation des Services</b>	
SR3. Proportion (%) de femmes traitées pour une FO ayant reçu des services de counseling psychosocial.	Définir les types et le calendrier des conseils (par exemple, soutien des pairs, soutien du groupe, éducation à la santé, préopératoire, postopératoire)
SR4. Proportion de femmes traitées pour une FO ayant reçu des services de PF, y compris une méthode ou une prescription de méthode.	La question est de savoir si le PF utilise l'indicateur est importante pour la réinsertion (ce qui est également un indicateur de prévention sur la liste de prévention du GTFO)
<b>Formation</b>	
SR5. Nombre de prestataires formés en counseling pour les femmes vivant avec une FO	L'indicateur du processus de formation pourrait être précisé pour mesurer la compétence, le taux d'attrition des prestataires formés
<b>La Famille/Communauté soutient ceux qui vivent avec la fistule - réduction de la stigmatisation</b>	
SR6. Proportion (%) de femmes traitées pour une FO ayant eu accès au traitement avec le soutien d'un membre de la famille.	Plus probablement dans le cadre d'une étude spéciale - définir les types de famille (famille de naissance, belle-famille)
SR7. Proportion (%) de femmes en quête de traitement pour FO qui déclarent avoir subi une stigmatisation ou discrimination de leur communauté avant le traitement des fistules.	Bon pour une étude spéciale, bon indicateur pour une collecte de fonds et le plaidoyer
SR9. Proportion (%) de femmes traitées pour une FO qui déclare une plus grande participation dans la vie communautaire après le traitement des fistules.	Pour des études spéciales - très bon indicateur. Mieux comme mesure qualitative qu'une proportion. Combien de temps après les soins ceci devrait-il être suivi?

## Suivi et Supervision

Un groupe s'est réuni pour discuter des pratiques actuelles de surveillance (aussi bien des superviseurs internes qu'externes) et émettre des observations sur la liste de contrôle de suivi et supervision élaborée par Fistula Care. Les membres de ce

petit groupe ont signalé différentes expériences : certaines structures ont des systèmes informels, ou bien le contrôle est inexistant. Dans d'autres structures il y a des réunions régulières de gestion et de revue médicale consacrées à l'examen des formations, interventions chirurgicales, types de réparations, résultats, problèmes et recommandations. Le contrôle externe survient soit annuellement ou sur une base ad hoc à des fréquences diverses. Le contrôle externe est habituellement effectué conjointement par les visiteurs externes (par exemple, des équipes de gestion de la santé, Mercy Ships HU, EngenderHealth, FNUAP) et le personnel du site.

Observations sur la liste de contrôle du suivi :

- A quelle fréquence est-elle utilisée? Par qui? Combien de temps faudrait-il à un site?
- La liste de contrôle est très longue; recommander que ce type de liste de contrôle de supervision soit utilisé annuellement seulement.
- Chaque structure devrait examiner les outils actuels de suivi et d'évaluation des besoins, et évaluer et harmoniser les outils.
- Proposer de tenir des revues de pairs par les pairs qui sont d'accord sur les critères.
- Les directives de prestation de services et de prévention de l'infection sont référencées - Recommander d'obtenir un consensus sur les directives, de la flexibilité pour refléter les directives locales, et fournir les lignes directrices pour les structures.
- Les questions sur les médicaments disponibles, les équipements et les consommables sont utiles, et l'outil peut être utilisé dans un plaidoyer en faveur de contributions pour les structures.
- Recommander d'autres questions sur la dignité, la propreté, la qualité de l'examen externe, les systèmes de référence, la confidentialité et les photos/médias
- Assistance nécessaire (formation sur l'utilisation, la notation) - cela pourrait constituer beaucoup de travail pour l'équipe externe, mais pas trop pour n'importe lequel des prestataires individuels sur le site qui est évalué.

## Améliorer la qualité et la performance au moyen de la recherche

*Déterminants des Résultats postopératoires en chirurgie de réparation des fistules : Une étude prospective basée sur la structure*

**Mark Barone, Principal Associé Médical, EngenderHealth, New York, présentation par Mme Evelyn Landry, EngenderHealth, New York**

EngenderHealth, avec l'appui de l'USAID a lancé une étude de recherche multicentrique visant à évaluer les déterminants des résultats postopératoires. Mme Landry a présenté un bref aperçu de l'étude. Il y a peu de données fiables sur l'association des facteurs cliniques, sociaux et démographiques avec les résultats de la chirurgie de réparation des fistules. La plupart des études ont recueilli des données a posteriori, et donc les résultats se limitant aux informations disponibles

des dossiers examinés. En conséquence, la collecte d'informations consistantes à partir de multiples sites/pays est peu probable, et d'autres indicateurs qui pourraient fournir une description plus nuancée des clientes de la fistule et des soins qu'elles reçoivent ne sont pas disponibles.

Cette étude est entrain d'être menée dans 6 pays : le Bangladesh, la Guinée, le Niger, le Nigeria, le Rwanda et l'Ouganda. Les principaux objectifs de l'étude sont de déterminer les facteurs qui prédisent les résultats (la fermeture, la continence, et les complications) de la chirurgie de réparation de la fistule et d'examiner les facteurs socio- structurels liés à la fistule. Les facteurs à examiner sont notamment des informations du contexte sociodémographique ainsi que d'autres informations, les circonstances entourant le développement de la fistule, les caractéristiques anatomiques et cliniques de la fistule, les techniques pré, intra et post-opératoire, la formation, l'expérience, et les qualifications des prestataires, et comment les services de réparation de la fistule sont organisés.

Au total, 1439 femmes seront recrutées dans l'étude. Le recrutement des patientes a commencé en Janvier et Février 2008; un total de 130 femmes ont été inscrites à partir à la date du 30 Mars. Étant donné le nombre limité de recherches antérieures sur les facteurs qui influent sur les résultats de réparation des fistules, l'étude est de nature exploratoire. Les résultats peuvent directement informer les services futurs de réparation de la fistule. L'étude permettra également de générer de nouvelles idées de recherche clinique pour améliorer le traitement des fistules. Les données de cette étude seront utiles pour la discussion, la modélisation et / ou la validation des systèmes de classification. Nous ne développeront pas un système de classification dans le cadre de cette étude, mais il est prévu que les résultats de cette étude aideront à l'élaboration d'un système de classification standardisé qui offre une certaine prévisibilité de pronostic en parallèle avec l'étude collaborative du FNUAP, de l'OMS et de JHU (Prognose, amélioration de la qualité de vie (AQV) et intégration sociale des femmes ayant des fistules obstétricales après des traitements chirurgicaux). Cette étude, qui sera faite en collaboration avec des institutions médicales dans sept pays à haute prévalence de fistule (Bangladesh, Bénin, Ethiopie, Mali, Niger, Nigeria, Soudan et Tanzanie) examinera le pronostic post-opératoire (semblable à l'étude de EH/FC et de l'USAID), et étendra la portée pour l'amélioration de la qualité de vie, l'intégration sociale et la réinsertion des patientes de la fistule après traitement chirurgical.

*Le Dialogue avec l'USAID : Priorités de recherche sur la fistule*  
**Dr. John Yeh, USAID / Washington, États-Unis**

L'objectif de la présentation du Dr. Yeh était d'examiner les domaines potentiels pour une enquête sur les fistules obstétricales et de solliciter l'avis des participants sur une éventuelle liste de classement et des études faisable et de grand impact qui pourraient être accomplies dans un délai raisonnable. Comme on l'a noté précédemment, il y a un manque de données publiées sur bon nombre de facteurs sociaux, démographiques et cliniques. La plupart des études ont recueilli des données a posteriori par le biais de cliniciens individuels, ce qui se traduit par un manque de cohérence des informations reçues de multiples

sites ou pays et il faudrait d'autres indicateurs pouvant offrir une description plus nuancée des patientes de la fistule. Des études prospectives sont nécessaires pour évaluer l'association des pratiques cliniques actuelles sur les sites d'étude avec les résultats de la chirurgie de réparation, mais aussi pour répondre aux pressantes questions cliniques, épidémiologiques et de recherche opérationnelle afin d'informer les futures interventions et d'autres recherches dans le traitement et la prévention des fistules.

L'accent de cette présentation a été placé sur des études faisables et de grand impact qui pourraient être accomplies dans les 3 à 5 prochaines années en accordant une certaine attention aux régimes cliniques optimaux. Par exemple :

- Critères permettant d'identifier et de noter la complexité (en l'absence d'un système standard de classification) ainsi que l'évaluation préopératoire optimale;
- L'utilisation d'antibiotiques prophylactiques - quel est le meilleur régime avant, pendant et après l'opération;
- Le rôle du cathétérisme dans la gestion, nécessitant peut-être un essai aléatoire contrôlé de la durée, drainage ouvert par opposition à fermé, repos au lit contre l'encouragement les femmes à la promenade;
- Comment optimiser l'efficacité de coût des soins, par exemple dans la durée de l'hospitalisation pour les soins postopératoires.
- En ce qui concerne l'incontinence d'effort après la réparation des fistules, quelle en est l'incidence, Quels seraient les prédicteurs préopératoires de l'incontinence d'effort et quelles sont les stratégies de gestion les plus efficaces?
- Pour les fistules récurrentes, quelles sont les associations causales et quels algorithmes de réparation devraient être utilisés pour éviter les complications?
- Quelle est l'incidence des fistules qui ne peuvent pas être réparées et quelles sont les meilleures stratégies de gestion?

Il existe de nouvelles technologies qui devraient être évalués par la recherche, notamment urétral plus pour l'incontinence d'effort, les bouchons de fistule pour les petites VVF et RVF, ainsi que d'autres technologies émergentes. D'un point de vue épidémiologique, il nous faut de plus amples renseignements sur les circonstances entourant le développement de la fistule, y compris les cas d'origine iatrogène et la disponibilité ainsi que l'accès à des services obstétricaux. Dans le cas des fistules traumatiques, il nous faut des études de cas sur ce que les chirurgiens observent sur le terrain, la description de la gamme de dossiers traités et pour dire si les approches, principes et techniques de réparation ainsi que les résultats sont sensiblement différents de ceux des fistules obstétricales. En termes d'interventions à court terme, il est important de connaître le moment optimal pour une réparation chirurgicale, le rôle d'un cathétérisme précoce dans la gestion de la fistule, comme prévention ou traitement, et les meilleurs modèles de programme pour des césariennes post-réparations facultatives.

Il n'y a pas eu de désaccord parmi les participants sur les idées présentées. Les

deux principales questions qui ont été examinées de manière plus détaillée ont concerné les études nécessaires pour évaluer l'utilisation des antibiotiques et les pratiques de drainage. Il y a eu un accord sur la nécessité d'études bien conçues, ainsi que sur des préoccupations exprimées par certains quant à la somme de temps et d'efforts requis pour la collecte de données. Certains participants se sont intéressés à des études moins ciblées sur les cliniques : des études multidisciplinaires pour évaluer l'impact du traitement sur le désir de fertilité et la difficulté des relations sexuelles seraient utiles; également un examen du coût social pour les patientes en ce qui concerne la durée de soins postopératoires.

### **Renforcer l'Environnement pour Appuyer la Prévention et la Réparation de la Fistule ainsi que la Réinsertion des Patientes**

La dernière journée a été consacrée à l'examen des facteurs qui contribuent à renforcer l'environnement de soutien à la prévention et la réparation de la fistule ainsi que réinsertion des patientes. Les discussions ont commencé avec une présentation de Mme Maggie Bangser sur l'expérience en Tanzanie, une bonne étude de cas pour un renforcement de l'environnement.

*Au rythme de la danse : Fistule et équité en santé en Tanzanie*

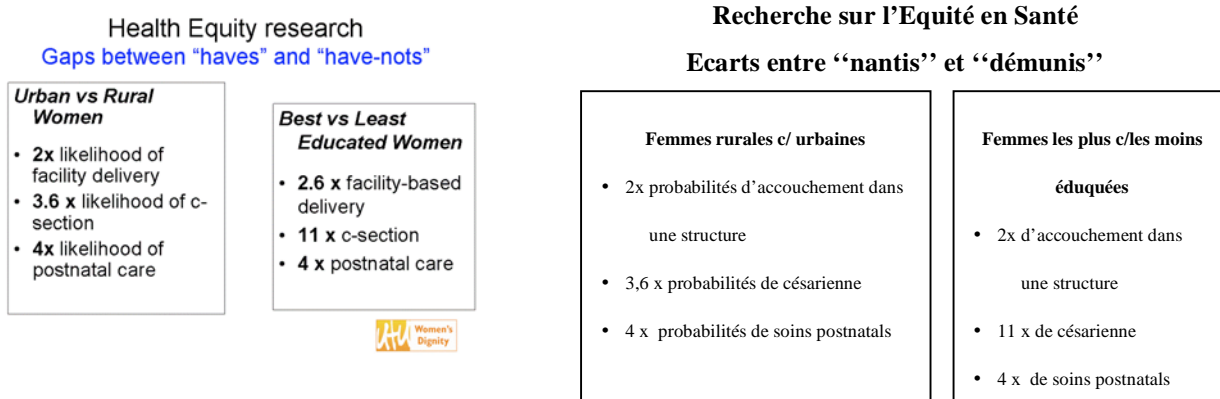
***Mme Maggie Bangser, Women's Dignity Project (Projet sur la Dignité des Femmes), Tanzanie, présenté en son nom par Karen Beattie***

Le Projet "Women's Dignity" favorise l'engagement citoyens pour permettre à tous les Tanzaniens, en particulier les jeunes filles et les femmes marginalisées, de réaliser leur droit fondamental à la santé. L'organisation est particulièrement attachée à améliorer les droits des jeunes filles et des femmes vivant avec la fistule obstétricale. Ses programmes soutiennent des citoyens à obtenir et utiliser des informations pour la promotion de leurs droits en matière de santé, s'assurer que les politiques, programmes et services promeuvent la dignité et les droits des pauvres, en particulier les jeunes filles et les femmes, et pour engager les communautés comme des participants importants dans le processus de changement social.

Le Projet "Women's Dignity" réunit les fistules et l'équité en santé, comme des partenaires dans une danse. La fistule fait clairement la différence entre les "nantis" et les "démunis", en exposant l'échec à donner la priorité aux jeunes filles et femmes marginalisées, pour allouer des ressources en vue de répondre à leurs besoins fondamentaux et mettre en œuvre les promesses faites dans les cercles politiques nationaux et internationaux. « L'équité en santé » est définie comme étant la juste et équitable répartition des ressources et des droits pour les personnes marginalisées, nécessitant de fixer la priorité des ressources aux endroits insuffisamment servis (des ressources comme des prestataires qualifiés, des services de soins obstétricaux d'urgence, et des systèmes de référence fonctionnels), ainsi que d'assurer une allocation et utilisation efficaces des budgets

de la santé, la participation des citoyens dans la définition des priorités pour les soins de santé et la mise en place de mécanismes de responsabilisation pour les cas de négligence, d'abus et de mauvaise qualité de soins.

Pour répondre à ces questions, le projet "Women's Dignity" dispose de trois stratégies : renforcer les éléments de preuve pour aborder le lien, faciliter et encourager le débat citoyen; et construire un mouvement en faveur du droit à la santé. Dans l'édification de la preuve, le projet "Women's Dignity" examine les conditions sous-jacentes qui conduisent à la fistule, à la mortalité et morbidité maternelle, et à la mauvaise santé des pauvres. Les résultats sont utilisés pour identifier les changements de la politique et des pratiques de santé. Ceci a comporté une cartographie des soins de la fistule en Tanzanie ainsi que la production de plusieurs documents de recherche et d'analyse politique. Ces résultats de recherche sont partagés avec la communauté pour engager les citoyens et leurs dirigeants locaux, augmentant ainsi les connaissances et la responsabilisation.



L'utilisation de film, de la photographie et des médias populaires (spots radio et TV), ainsi que la collaboration avec des journalistes locaux, l'encouragement aux voix féminines dans les médias, permet au le projet "Women's Dignity" d'améliorer l'accès des citoyens à l'information, et offre aux gens l'occasion d'exprimer leurs vues et ainsi de mobiliser un large débat public. Les messages contiennent des informations sur les droits en matière de santé et de santé maternelle, sur les menaces à la santé des femmes, et des informations montrant que le changement est possible.

Pour construire un mouvement en faveur de droits en matière de santé, axé sur les femmes souffrant de fistules, la qualité de la santé maternelle et les droits en matière de santé pour les pauvres, le projet "Women's Dignity" s'est concentré sur la mise en place de partenariats stratégiques. Cela a abouti à l'existence d'un Programme National de Traitement des Fistules en Tanzanie qui implique les hôpitaux, le Ministère de la Santé, des ONG, les médias et les bailleurs. Ce programme concentre ses efforts sur la formation des prestataires, la garantie des



prestations de services, la mise en place de systèmes de référence efficaces pour la réparation, et sur la recherche et le plaidoyer. De même, un Groupe pour l'équité en santé a été créé avec des ONG du même esprit, dont l'objectif est de contrôler les services, surveiller les budgets de la santé, éduquer les membres du Parlement et lancer des campagnes publiques de sensibilisation. Enfin, le projet "Women's Dignity" a établi des partenariats avec des organisations internationales, dont l'OMS, le FNUAP et EngenderHealth pour partager les leçons apprises.

Après près de dix ans, des progrès ont été réalisés. Les partenariats sur la fistule et l'équité en santé ont été effectivement mis en place et fonctionnent en s'appuyant sur une large assise. Le lien entre la fistule et l'équité en santé a été bien articulé et compris, mais il reste encore un long chemin à parcourir. Les activités sont entrain de se déplacer des faits vers l'action à travers les médias et par des activités stratégiques de sensibilisation, et ainsi des passerelles ont été construites au niveau communautaire, départemental, national et international. Les progrès ont été ralentis par la faiblesse des systèmes de santé de base, ce qui s'est traduit par une faiblesse des services de santé maternelle. Les importants financements contre le VIH/SIDA sont entrain de repousser d'autres besoins sanitaire du programme, y compris la santé maternelle; une "voix publique" naissante et réticente limite l'efficacité des activités de plaidoyer, et il existe encore une certaine résistance du gouvernement vis-à-vis des ONG, et les impératifs de reddition de compte mise en avant par les citoyens freinent le dialogue politique et un changement véritable.

*Prévention à base communautaire de la fistule*

**Mme Gwendolyn Lusi, Heal Africa (Guérir l'Afrique), République  
Démocratique du Congo**

Mme Lusi a décrit les travaux de Heal Africa dans le Nord-Kivu. Des soixante-trois patientes de VVF reçues à Heal Africa en Mars, 43 étaient des cas de dystocie, 13 étaient des victimes de viol collectif et de torture, et 7 étaient des conséquences d'erreur d'interventions chirurgicales. Il est important dans la mise en place des services de prendre en compte la différence de perspectives que les femmes ont dans leur quête d'accès aux soins obstétricaux. Les prestataires de services de santé identifieront l'importance des procédures, du personnel, et des équipements, tandis que les femmes se préoccupent de qui va s'occuper de leurs familles, comment se rendre à la structure, comment payer, et que de nombreuses femmes, y compris leurs propres mères, ont reçu des soins prodigués localement par une sage-femme sans aucune complication.

Pour répondre à ces situations Heal Africa travaille tant au niveau de la structure que de la communauté. Cette organisation forme les agents de santé - infirmières, chirurgiens et sages-femmes, et équipe les centres de santé. Grâce à elle, les centres de santé et les prestataires reçoivent des articles nécessaires pour un accouchement et des services sans risque, notamment des tables d'accouchement, des matelas, des kits de césarienne, des groupes électrogènes, etc., en utilisant des



fournitures et équipements locaux dans la mesure du possible. Il est tout aussi important de former les aides traditionnelles qui, ainsi, orientent les accouchements vers les centres de santé. Les aides traditionnels reçoivent des kits et des uniformes après une formation et un test de leurs compétences. Une fois formé, Heal Africa a constaté que les aides traditionnels permettent de sensibiliser d'autres aides traditionnels de différents villages à venir se former. Heal Africa forme également des " commissions Néhémie " au niveau communautaire et travail avec les dirigeants de la communauté pour renforcer les messages de tolérance zéro pour la violence sexuelle, et promouvoir la maternité sans risque et la planification familiale. Elle a également formé des groupes de solidarité où les femmes en âge de procréer sont constituées en groupes d'assurance maternité pour recevoir collectivement des fonds destinés à des activités génératrices de revenus. Les groupes de solidarité ont également servi de mères adoptives pour s'occuper d'orphelins. Les patientes de fistule s'emploient à coudre des layettes pour les nouveau-nés, qui n'ont généralement pas de vêtements en raison de la pauvreté dans la région. Le message de Heal Africa est "Ne pas s'enliser", et invite plutôt à réfléchir de manière créative sur la façon de maximiser les ressources disponibles.

### *Séance de Groupe de Travail pour discuter de plans et d'éthiques au niveau national*

Les participants ont été divisés en groupes de travail pour proposer des actions qui pourraient être prises à l'échelle du pays et globalement en vue d'atteindre les résultats du projet Fistula Care. Les groupes de travail ont été invités à proposer trois à cinq activités spécifiques pour atteindre l'un des objectifs suivants qu'ils aimeraient inclure dans leurs programmes, ou voir pris en charge à l'échelle mondiale :

- Renforcement de la prévention contre les fistules
- Les données utilisées pour prendre des décisions et améliorer la qualité
- Renforcement de l'environnement pour la prestation des services de fistule
- Renforcement de la capacité des centres à fournir des réparations de fistules
- L'éthique dans les prestations de services de fistule

<b>Renforcement de la prévention contre les fistules</b>	
<b>Actions à entreprendre</b>	<b>Pays</b>
Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en mettant l'accent sur la formation des médecins et des sages-femmes dans le suivi du travail, l'utilisation du partographe et l'administration de soins obstétricaux de base et d'urgence.	Bangladesh, Guinée, Ethiopie, Mali, Nigeria, Rwanda, Ouganda
Former le personnel des établissements de santé dans les communications interpersonnelles	Nigeria
Mettre en place des réseaux d'aiguillage pour les soins obstétricaux d'urgence	RDC, Ethiopie, Guinée, Rwanda, Ouganda
Créer des protocoles ou des aides de travail pour les prestataires sur la façon de traiter la dystocie en partenariat avec le Ministère de la Santé qui fournira	Ouganda

<b>Renforcement de la prévention contre les fistules</b>	
<b>Actions à entreprendre</b>	<b>Pays</b>
une orientation sur les normes de pratique	
Dans les centres de traitement de la fistule, intégrer les soins obstétricaux d'urgence et les services de planification familiale et faire la liaison avec les accoucheuses communautaires qualifiées	Bangladesh
Renforcer les capacités et les incitations des accoucheuses traditionnelles à servir d'agents de référence vers les structures	Nigeria
Faire participer les ONG et les travailleurs de proximité au niveau des communautés dans les activités de prévention pour éduquer les femmes et les enfants d'âge scolaire sur l'utilisation des services	Mali, Nigeria, Ethiopie
Établir des comités villageois pour la maternité sans risque, la participation des hommes, et travailler avec les clientes satisfaites. Mettre en place des groupes nationaux de plaidoyer pour la prévention et la réinsertion	Guinée
Créer des messages de mass médias des et organiser des campagnes d'information par la radio, le théâtre, les réunions communautaires, en ciblant les dirigeants communautaires (politiques, religieux, éducatifs, etc.)	RDC, Ethiopie, Guinée, Ouganda
Plaidoyer en faveur des services de santé maternelle gratuits pour les femmes	Nigeria
Autonomisation économique des femmes à travers des activités génératrices de revenus	Ethiopie

<b>Données utilisées pour prendre des décisions et améliorer la qualité</b>	
<b>Actions à entreprendre</b>	<b>pays</b>
Former le personnel dans la collecte de données et le maintien de données de services exactes sur la fistule. Sensibiliser le personnel des centres de traitement de la fistule sur l'importance de ces données pour améliorer la qualité. Fournir une rétro-information opportune sur les données.	Mali, Ouganda, Rwanda. Bangladesh
Utiliser la collecte de données pour adapter les messages dans les communautés	Ouganda/Rwanda
Effectuer des audits de données au niveau de la structure - réunions mensuelles et / ou trimestrielles pour passer en revue les données pour déterminer les tendances et améliorer la qualité	Nigeria, Guinée

<b>Renforcement de l'environnement pour la prestation des services de fistule</b>	
<b>Actions à entreprendre</b>	<b>Pays</b>
Activités de plaidoyer : Faciliter l'appropriation du programme par le biais de ministères et des autres programmes nationaux. Soutenir la Ligue nationale pour l'éradication de la fistule. Plaider en faveur d'une Journée nationale de la fistule au niveau du Parlement. Activités de plaidoyer avec les femmes parlementaires en faveur d'une allocation de ressources. Former des champions du plaidoyer Les femmes souffrant de fistules jouent le rôle d'avocate au sein de leurs communautés	Guinée, Ouganda, Nigeria, Rwanda
Réseau national de la fistule à travers le Groupe de travail national sur la fistule	Bangladesh, Nigeria

<b>Renforcement de l'environnement pour la prestation des services de fistule</b>	
<b>Actions à entreprendre</b>	<b>Pays</b>
Former l'Association Ougandaise des prestataires de la fistule regroupant des chirurgiens, infirmières et d'autres qui tiennent une réunion annuelle de partage des leçons apprises, mise en commun des ressources selon les besoins	Ouganda
La fistule doit être incluse dans l'inspection sanitaire provinciale (revue), qui rassemble tous les chefs de zones une fois par mois	RDC
Politique de soutien à la gratuité de la gestion et des services de réparation de la fistule	Mali
Préparation du plan de gestion stratégique de la fistule	Rwanda

<b>Renforcement de la capacité des centres à fournir des réparations de fistules</b>	
<b>Actions à entreprendre</b>	<b>Pays</b>
Normaliser la certification des chirurgiens	Guinée
Relever le profil de la chirurgie de la fistule dans programmes d'obs. /gyn. et dispenser une formation structurée. Partager les informations sur les tendances mondiales avec les chirurgiens et infirmières par le biais de revues internationales par exemple	Bangladesh, Nigeria
Assurer la formation continue des équipes multidisciplinaires de chirurgie de la fistule et leur offrir une supervision de facilitation	Mali, RDC, Nigeria
Mettre en place une liste de prestataires engagés qui désirent une formation et aussi une base de données de ceux qui ont été formés ainsi que leur niveau de compétence	Ouganda
Former le personnel paramédical pour assurer le suivi des femmes, infirmières, anesthésistes, et conseillers	Guinée
Equiper et/ou réhabiliter les centres de traitement de la fistule	Nigeria, Ouganda
Mettre en place un programme régional de formation sur la gestion de la fistule pour les infirmières	ECISA (Tanzanie)
Faire un plaidoyer en faveur des fonds/ressources pour la fistule	Nigeria, Bangladesh, Ouganda
Créer une cartographie de la fistule	RDC
Créer davantage de camps chirurgicaux de proximité	Ouganda
Elever Ruhengeri à un niveau de site de traitement et l'hôpital national à un niveau de site de formation	Rwanda

En outre des discussions ci-dessus portant sur le pays, un groupe de travail a été prié d'examiner les questions éthiques dans les prestations de services de fistules. Les questions suivantes entre autres ont été posées :

- 3 à 5% des cas ne peuvent être réparés. Que devrait-on faire pour répondre aux besoins de ces femmes?
- Certaines femmes subissent de multiples réparations. Quelles sont les conditions dans lesquelles une deuxième, troisième ou quatrième réparation devrait être effectuée et par qui? Quelles procédures doivent être mises en place pour faciliter le processus de décision?
- Quelles procédures avancées devraient être soutenues et par qui? Quelles procédures doivent être mises en place pour faciliter le processus de décision?
- Quels sont les coûts relatifs?
- Est-ce que la certification aidera à s'assurer que les femmes reçoivent des soins appropriés? Dans l'affirmative, en reconnaissant que l'opération de la fistule est faite par des individus avec un large éventail de spécialités, qui devrait décerner la certification ? - une Université, le Ministère de la Santé, une Société Internationale, Autres? Comment cela fonctionnerait-il?
- Quelles procédures de consentement avisé doivent être considérées comme de routine dans l'opération de la fistule?
- Autres questions éthiques?

Ce groupe a annoncé qu'à la suite d'une réunion tenue à l'Université de Duke en 2007, un Code de déontologie du chirurgien de la fistule a été élaboré, et il a été proposé que la nouvelle Société internationale des chirurgiens de la fistule envisage de l'adopter et de l'inclure dans les programmes de formation sur les fistules. Les autres questions abordées lors des discussions sont les suivantes :

Le choix avisé et le consentement avisé sont des concepts qui nécessitent une attention spéciale à plusieurs points d'interaction avec les patientes de la fistule. Il s'agit notamment avant la chirurgie de discuter des options en ce qui concerne les photographies, la recherche, les médias, les récits, etc. Il existe un grand problème s'agissant de comment une femme ayant un faible niveau d'alphabétisation et de concept sur les options de traitement et les différents médias locaux et globaux pourront effectivement faire un choix en toute connaissance de cause, et quelle partie de la décision en fin de compte, parviendront aux prestataires après des tentatives de bonne foi.

Un système de classification normalisée, une fois développé, devrait inclure une définition basée sur des faits de ce qui constitue un cas irréparable. Le diagnostic devrait être fait par la personne la plus qualifiée dans l'équipe chirurgicale. Il est important que chaque chirurgien et chaque équipe chirurgicale reconnaisse et accepte les limites de leurs compétences et capacité pour une opération complexe de la fistule, et de savoir quelles autres options sont disponibles localement ou au niveau national ou à portée de main. Les hôpitaux devront aussi décider de référer ou différer si une personne plus expérimentée devait être disponible dans un temps et une distance raisonnables, même si la remarque a été faite que la référence de ces femmes vers une culture différente/environnement différent équivaldrait à les envoyer sur la lune. Il a été suggéré que les comités d'éthique pourraient être créés pour aider à répondre aux besoins des femmes qui ne peuvent pas être réparées.

Même pour les cas irréparables, il est important pour le client et le prestataire de comprendre qu'il existe encore d'autres options d'assistance, notamment le counseling, la formation professionnelle, le traitement de la co-morbidité et, en fin de compte, les hypothèses de diversion. Mais la diversion ne devrait pas être la première option ni une option de facilité, et devrait prendre en compte les conséquences à long terme pour la femme, clinique, logistique, culturel, et social de même que l'accès aux fournitures et appui nécessaires. Le modèle des "villages de la fistule" n'est pas nécessairement la solution de pérennité idéale à long terme pour ces femmes, et ne peut pas être considérée comme une véritable réinsertion, mais c'est la seule option pour certaines de ces femmes.

Les expatriés qui viennent comme des touristes de la fistule ont probablement de bonnes intentions au départ, mais ils peuvent posséder une expertise dans un domaine chirurgical particulier qui n'est pas en phase avec les priorités dans le contexte local, i.e. une solution en quête de problème. Les chirurgiens peuvent par exemple effectuer des diversions comme première option, parce qu'ils possèdent une expertise dans ce domaine; et ils doivent essayer de présenter leur expertise et de collaborer dans le contexte local et sous l'autorité de l'expertise locale et de leurs hôtes cliniques, en consacrant suffisamment de temps à apprendre afin d'être un apport réel pour les femmes qu'ils se proposent d'aider.

Les accoucheuses traditionnelles, les infirmières et les sages-femmes doivent être spécialement formées pour établir une relation spéciale avec les patientes qui viennent pour accoucher, plutôt que de créer une attitude négative.

*Quelques réflexions finales sur les modèles qui pourraient être reproduits :*

En Zambie et au Mozambique, le Ministère de la santé est entrain de relever le statut des officiers cliniciens à celui de "licenciates" qui peuvent se spécialiser en obs./gyn., y compris certains qui pratique l'opération de la fistule. Leur rôle principal est de travailler sur la prévention et ils travaillent essentiellement dans les zones rurales où les médecins et les infirmières sont difficiles à trouver. Il a été suggéré que ce modèle pourrait être un bon sujet à explorer.

Dans une zone en Éthiopie, la fistule a été essentiellement éradiquée par le biais de l'action communautaire.

Au Darfour, 16 anciennes patientes de fistule ont reçu une formation de sages-femmes pour soutenir les patientes de la fistule, mais elles ne sont pas officiellement autorisées à travailler en tant que sages-femmes en raison de leur manque de formation formelle. Est-ce là quelque chose à explorer?

## CONCLUSIONS ET PROCHAINES ETAPES

Cette réunion a fourni un forum pour une première réunion des prestataires de la fistule soutenus par l'USAID, qui ont pu ensemble discuter de leurs besoins, problèmes, lacunes et réussites dans la réparation et les soins de la fistule.

Au cours des trois jours de réunion, les participants ont écouté des exposés sur l'organisation et les prestations de services de la fistule dans divers pays. Ils ont délibéré sur la définition des éléments essentiels d'une stratégie pour la qualité des soins de la fistule, discuté des besoins de formation, contribué à définir et affiner les indicateurs de suivi des programmes, et identifié des actions clés qui serviront à renforcer l'environnement d'appui pour la prévention et la réparation de la fistule ainsi que l'insertion des patientes de la fistule.

Au cours des prochains mois, l'équipe de Fistula Care se réunira avec les partenaires des pays pour affiner/élaborer des stratégies visant à renforcer la prévention de la fistule, utiliser les données pour prendre des décisions et améliorer la qualité, renforcer l'environnement des prestations de services de la fistule, et accroître la capacité des centres à offrir des réparations de fistules.

## Annexe A : Programme de la Réunion

Programme de la Réunion  
15-17 Avril, 2008  
Airport West Hotel, Accra

Mardi 15 Avril 2008

7 :45 a.m.	Inscriptions (suite de la veille au soir)
9 .00 a.m.	Bienvenue et Présentations Dr. Isaiah Ndong, Vice Président, EngenderHealth
9.15 a.m.	Ouverture officielle et discours programme L'Honorable Mr. Abraham Odoom, Vice Ministre de la Santé, au nom du Ministre de la Santé du Ghana
10.00 a.m.	Bienvenue aux participants au nom de l'USAID/ Afrique de l'Ouest Mr. Henderson Patrick, Directeur de la Mission
10.30 a.m.	Pause
11.00 a.m.	Où en sommes-nous? Un aperçu sur les réparations de la fistule appuyées par l'USAID 2004-2008 Ms. Mary Ellen Stanton, Conseillère Principale en Santé Reproductive, USAID et Ms. Patricia MacDonald, Conseillère Technique Principale, USAID
11.30 a.m.	Objectifs et Attentes de la réunion – Une feuille de route pour 2012 Karen Beattie, Directrice de Projet, Fistula Care, EngenderHealth
12 p.m.	Déjeuner
1 p.m.	Renforcer de la capacité des centres à fournir des services de qualité pour la réparation et les soins pour les femmes ayant des fistules obstétricales et traumatiques - Présentation de Panel <i>Les panélistes traiteront de l'organisation des services de qualité de la fistule et de différents modèles de prestation de services</i> Dr. Thierno Hamidou Barry, Guinée Dr. Hassan Wara, Nigeria Dr. Maura Lynch, Uganda Dr. Bizunesh Tesfaye Tamirat, Ethiopie Professeur Kalilou Ouattara et Dr. Traore Awa Marcelline, Mali
2.45 p.m.	Pause
3.15 p.m.	Groupes de travail <i>Les groupes de travail définiront les éléments essentiels d'une stratégie de soins de qualité de la fistule, y compris la prévention, la traitement et la réinsertion</i>
5.00 p.m.	Clôture des travaux de la journée



## Annexe A : Programme de la Réunion

5.30 p.m.	Réception de bienvenue
-----------	------------------------

### Mercredi 16 Avril 2008

8.30 a.m.	Résumé de la journée précédente
9.15 a.m.	Renforcement des capacités pour des services de qualité par la formation -- Présentation de Panel <i>Les panélistes traiteront de la stratégie de formation, des programmes de formation et de certification, de formation des formateurs, et de formation des chirurgiens et personnel auxiliaire, de formation aux soins pré et post-opératoire.</i>  Dr. Joseph Ruminjo, Kenya  Dr. Steven Arrowsmith, USA  Dr. John Kelly, Angleterre
10.15 a.m.	Questions et commentaires
10.30 a.m.	Pause
10.45 a.m.	Amélioration de la qualité et la performance par le biais des données - Présentation de panel <i>Les panélistes traiteront des travaux sur les données, indicateurs et la recherche du Groupe de travail de Fistula Care, les indicateurs de base utilisés dans les programmes et processus de l'USAID et des instruments de supervision et de contrôle de la qualité et de la performance.</i>  Dr. Florina Serbianescu, USA  Ms. Evelyn Landry, USA  Dr. Sita Millimono, Guinée
11.45 a.m.	Questions et commentaires
12.15 p.m.	Déjeuner
1.15 p.m.	Groupes de travail <i>Les groupes de travail vont répondre aux questions posées concernant les principaux indicateurs et les processus de suivi pour une stratégie de soins de qualité.</i>
3.15 p.m.	Pause
3.30 p.m.	Amélioration de la qualité et de la performance grâce à la recherche - Présentations et discussions <i>Les présentateurs examineront la recherche actuelle et les priorités de l'USAID pour les recherches futures</i>  Ms. Evelyn Landry, USA  Dr. John Yeh, USA
5 p.m.	Clôture des travaux de la journée

## Annexe A : Programme de la Réunion

### Jeudi 17 Avril 2008

8.30 a.m.	Résumé de la journée précédente
9 a.m.	Renforcement de l'environnement en appui à la prévention, la réparation et la réinsertion - Présentation et discussion <i>Le présentateur traitera des conditions nécessaires pour renforcer l'environnement des services de la fistule, en présentant une étude de cas de pays</i> Ms. Maggie Bangser, Tanzanie
9.40 a.m.	Groupes de travail Les groupes de travail seront organisés par pays et par questions spécifiques pour identifier les mesures qui peuvent être prises au niveau national et global pour la feuille de route de 2012
10.30 a.m.	Pause
10.45 a.m.	Continuation des Groupes de travail
12.00	Déjeuner
1 p.m.	Une feuille de route des soins de la fistule pour 2012 - Points saillants des recommandations formulées et contributions supplémentaires - Présentation et discussion <i>Les participants examineront les recommandations formulées au cours de la réunion et contribueront d'autres suggestions pour les priorités de Fistula care pour 2012</i>
2 p.m.	Séance de clôture
3 p.m.	Fin de la réunion