



Dépistage à base communautaire de la fistule obstétricale dans l'Etat d'Ebonyi au Nigéria

QU'EST CE QUE LA FISTULE ?

La fistule obstétricale est une blessure d'accouchement, se produisant habituellement lorsqu'une femme est en travail trop longtemps, ou lorsque l'accouchement est obstrué, et qu'elle n'a pas accès à une césarienne. Elle subit des blessures internes qui la rendent incontinente, libérant de l'urine et parfois de la matière fécale à travers le vagin.

Fistula Care a comme tâche d'empêcher la survenance de la fistule, mais aussi traite et soigne les femmes atteintes de la fistule, et les aide à se réadapter et se réinsérer dans la société. Pour de plus amples informations sur la fistule et le projet Fistula Care, visitez le site web suivant : www.fistulacare.org.

www.fistulacare.org

Contexte

La fistule obstétricale, l'une des morbidités de la santé maternelle les plus débilitantes, constitue un énorme fardeau sur le plan médical et psychologique. A cause de la stigmatisation associée à la maladie, il est encore difficile de déterminer sa prévalence et son incidence réelles.

Au Nigéria, les professionnels des soins de santé croyaient autrefois que la fistule obstétricale se produisait essentiellement dans le nord du pays. Cependant, l'expérience sur le terrain et les conclusions récentes de l'Enquête démographique et de Santé (EDS) ont démontré le contraire : au cours de l'EDS du Nigéria en 2008, le pourcentage des femmes rapportant avoir connu des symptômes en rapport avec la fistule obstétricale a varié en allant de 0,5% environ dans le nord à 0,3% dans les zones situées à l'ouest du pays (NPC & ICF Macro, 2009).

Si la cause la plus courante de la fistule obstétricale est le travail dystocique ou le travail prolongé, les facteurs sous-jacents tels que la pauvreté, le manque d'accoucheuses qualifiées, les comportements inappropriés par rapport à la recherche des soins de santé, les mauvais systèmes de référence, la médiocrité des réseaux de transport et les services de soins obstétricaux inadéquats contribuent à l'apparition de la fistule obstétricale. Ces défis ne constituent pas un problème d'une région unique du pays ou du Nigéria seulement. Ces mêmes maladies se rencontrent dans beaucoup de les parties du Nigéria et dans beaucoup de pays en Afrique subsaharienne et au-delà.

La fistule obstétricale dans l'état d'Ebonyi

Créé en 1996, l'Etat d'Ebonyi est situé dans le sud-est du Nigéria, avec une population estimée à environ 2,2 millions d'habitants (Africa Masterweb, pas de date). L'Etat est composé de 13 zones d'administration locale (LGA). Les conclusions suivantes concernant les femmes en âge de procréer dans l'Etat d'Ebonyi ont été rapportés par l'EDS du Nigéria en 2008 (NPC & ICF Macro, 2009) :

- Six pour cent utilisaient une méthode quelconque de planification familiale.
- Dix-sept pour cent ont reçu des soins prénatals pendant la dernière grossesse.
- Quarante pour cent ont accouché leur tout dernier enfant dans une structure sanitaire.
- Quarante-six pour cent ont été assistées par une accoucheuse qualifiée lors de leur dernier accouchement.
- L'âge médian des femmes au premier accouchement était de 21 ans.

En 2003, le Centre hospitalo-universitaire d'Ebonyi (EBUTH) a établi une unité de réparation de la fistule au sein du service d'obstétrique et de gynécologie. L'EBUTH se trouve à Abakaliki, la capitale de l'Etat d'Ebonyi. Entre 2003 et 2007, approximativement 120 femmes en provenance des différentes parties de l'Etat et des Etats environnants ont subi une chirurgie de réparation de la fistule dans cette unité.

En 2007, l'Initiative de soins maternels et infantiles (Mother and Child Care Initiative, ou MCCI) a été lancée dans l'Etat d'Ebonyi sous la direction et le soutien de l'épouse du gouverneur, l'Honorable Mme Josephine Elechi. Le but de la MCCI est de réduire la mortalité et la morbidité maternelles (se référer au schéma 1, page 2). Elle vise également à réduire les retards que les femmes accusent pour accéder aux services de santé. La MCCI met l'accent sur certains états pathologiques (tels que la fistule, le cancer du sein et du col de l'utérus, et le VIH/SIDA) et sur certaines populations (telles que les filles en milieu rural, les orphelins et les autres enfants vulnérables).

En 2008, un centre de la fistule obstétricale a été construit à côté d'EBUTH. Lorsqu'il a ouvert ses portes, le centre a été dénommé South East Regional VVF Centre, et des chirurgiens en provenance d'EBUTH ont été affectés à la nouvelle structure. En avril

Schéma 1. Eléments clé de la MCCI

- Etablissement des Comités de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles au niveau de l'Etat, des LGA, et des services hospitaliers pour faire des enquêtes confidentielles concernant la mortalité maternelle, apprécier le niveau des soins prénatals, recueillir les données statistiques et évaluer annuellement les progrès.
- Nécessité pour les femmes de se faire inscrire et de recevoir des soins prénatals et postnatals
- Etablissement de systèmes de référence aptes à orienter les femmes vers des soins appropriés lorsque le travail dure 10 heures de temps ou plus
- Nécessité d'enregistrer les décès qui surviennent pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ou pendant les six semaines qui suivent l'accouchement, à soumettre au comité de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles pour examen

2011, le Ministère fédéral de la Santé a pris la direction du centre qui a de nouveau pris le nom de Centre national de fistule obstétricale d'Abakaliki (National Obstetric Fistula Centre Abakaliki).

En 2008, avant la construction du centre de fistule, la MCCI utilisait les services d'une équipe médicale spécialisée pour faire le dépistage de la fistule obstétricale au niveau communautaire dans tous les LGA de l'Etat d'Ebonyi. Les objectifs étaient les suivants :

- Aider dans la planification des services de traitement de la fistule
- Evaluer la prévalence et l'incidence
- Déterminer l'ampleur du problème dans l'Etat
- Identifier autant de femmes vivant avec la fistule que possible
- Fournir des services de traitement gratuits

Planification du dépistage au niveau communautaire

Dans la planification de l'initiative pour le dépistage, MCCI et EBUTH ont étroitement collaboré avec les LGA, rassemblé une équipe médicale et rendu disponibles des équipements, fournitures et le transport.

Coordination avec les LGA

Environ trois mois avant le début du dépistage, la MCCI s'est mis en rapport avec les leaders et parties prenantes au niveau de toutes les 13 LGA pour expliquer les objectifs de l'initiative, demander du soutien, discuter du rôle des LGA et planifier les dates pour le dépistage. Les leaders des LGA ont aidé à identifier les hôpitaux et les structures sanitaires situés au centre où le dépistage pourrait être effectué.

Le rôle des LGA était de sensibiliser les personnes sur le déroulement du dépistage, identifier les femmes à soumettre au dépistage et les transporter aux lieux de dépistage. Pour atteindre les femmes, les LGA ont utilisé la radio, la télévision et organisé des réunions communautaires. Le principal message était que les femmes qui avaient des fuites d'urines devaient se présenter pour un dépistage et un traitement gratuits.

Mobilisation de l'équipe

Avec le soutien de la MCCI, EBUTH a sélectionné une équipe de neuf membres pour participer aux séances de dépistage. L'équipe était composée comme suit :

- 1 chirurgien de fistule
- 1 médecin
- 2 infirmières : 1 pour aider lors du dépistage, 1 pour stériliser les équipements
- 2 éducateurs sanitaires
- 2 chauffeurs
- 1 agent de maintenance pour le groupe électrogène

Les éducateurs sanitaires ont discuté de plusieurs aspects de la santé de la reproduction avec les femmes participant aux séances de dépistage.

Fourniture et équipements

L'équipe de dépistage était venue avec toutes les fournitures et tous les équipements nécessaires (schéma 2).

Deux véhicules ont transporté l'équipe et les équipements. Le programme de l'équipe était de visiter trois LGA par semaine en faisant des voyages aller-retour à partir d'Abakaliki tous les jours ; la LGA la plus éloignée était approximativement à deux heures de route de la capitale.

Résultats Dépistage

Entre le 9 juin et le 7 juillet 2008, l'équipe de dépistage s'est rendue au niveau de 12 des 13 LGA de l'Etat et a organisé 14 séances de dépistage. L'équipe n'a pas pu se rendre à l'une des LGA, mais les clientes de celle-ci étaient transportées à la LGA la plus proche pour se faire dépister.

39 femmes en moyenne ont cherché à bénéficier des services lors de chaque séance de dépistage. Dans deux LGA, plus de 50 femmes l'on fait ; dans ces LGA, l'équipe n'était pas en mesure de soumettre toutes les femmes au dépistage en une journée, elle était obligée de revenir le lendemain pour terminer le travail. Durant la période des quatre semaines, l'équipe a examiné un total de 559 femmes et diagnostiqué 306

cas (55%) de fistule obstétricale (Tableau 1). Diverses maladies, notamment le prolapsus utérin et le cancer du col de l'utérus ; ont été diagnostiquées chez des femmes qui ne souffraient pas de fistule. Celles-ci ont été orientées vers EBUTH ou vers le Centre médical fédéral d'Abakaliki pour subir un traitement et obtenir des soins.

Le dépistage consistait à faire un bref historique (âge, parité, antécédents d'une quelconque chirurgie) et un examen physique de l'abdomen et de la zone pelvienne. Lorsqu'une fistule n'est pas visible lors d'un examen pelvien, le chirurgien effectue un test de teinture pour déterminer l'origine de la fuite. Des calculs vésicaux ont été diagnostiqués chez certaines femmes, et le chirurgien serait en mesure de les enlever au cours de l'examen. Chaque examen physique prend environ 10 minutes. Une des infirmières ou le second médecin enregistre les résultats dans de petits carnets, un par cliente; et l'équipe est chargée de les garder.

Après chaque séance de dépistage, le chirurgien expliquait le diagnostic à la femme ; en cas de présence d'une fistule, on lui faisait savoir qu'un représentant de sa LGA la contacterait pour programmer une opération si toutefois elle le souhaitait et que les services seraient fournis gratuitement. Les membres de l'équipe ont dressé la liste et noté l'adresse des femmes chez lesquelles la fistule a été diagnostiquée ; la liste a été remise ensuite au président de la LGA qui est responsable du suivi et de la prise en charge du transport.

L'équipe d'évaluation recueille les informations démographiques de base concernant les femmes souffrant de fistule : l'âge, la parité et le nombre d'années vécues avec la fistule. Les données sur l'âge et sur le nombre d'années vécues avec la fistule étaient difficiles à obtenir, car la plupart des femmes ne pouvaient pas donner des informations exactes concernant ces questions. Parfois,

Schéma 2. Equipements et fournitures pour le dépistage au niveau de la communauté

- Table d'examen avec des étriers
- Speculums (20)
- Pince porte-éponge
- Sondes de Foley
- Sondes en métal
- Lampe ajustable
- Stérilisateur portable
- Groupe électrogène et carburant
- Gaze
- Glutaraldéhyde
- Savlon
- Antibiotiques
- Hoemacel
- Analgésique
- Seaux
- Carnet d'exercice ligné dans lequel sont enregistrés les résultats

Tableau 1. Nombre de femmes chez lesquelles la fistule obstétricale a été dépistée et diagnostiquée par la LGA, juin – juillet 2008

LGA	Nombre total soumis au dépistage	Nombre (%) de cas de fistule diagnostiqués
1	27	10 (37,0)
2	40	26 (65,0)
3	39	26 (66,7)
4	36	22 (61,1)
5	58	33 (56,9)
6	40	24 (60,0)
7	32	16 (50,0)
8	30	11 (36,7)
9	57	22 (38,6)
10	34	23 (67,6)
11	60	35 (58,3)
12	78	43 (55,1)
13	28	15 (53,6)
Total	559	306 (54,7)

l'équipe estimait ces données en demandant aux femmes la date de leur première grossesse ou en établissant une corrélation entre les repères et les événements majeurs, tels que la guerre civile au Nigéria. Il a été estimé que plus de la moitié des femmes chez lesquelles la fistule a été diagnostiquée avaient plus de 40 ans (Tableau 2). Environ 80% avaient vécu avec la fistule pendant plus de cinq ans. Plus des deux tiers avaient trois enfants vivants ou plus.

Services chirurgicaux

Pour la première étape de la chirurgie, le centre national de la fistule a opéré 81 clientes (la structure a un total de 90 lits). Le centre a sélectionné les femmes en provenance de chaque LGA en se basant sur deux critères :

- La proportion de femmes nécessitant une opération (i.e., un plus grand nombre de femmes avec un plus grand pourcentage ayant besoin d'une chirurgie ont été sélectionnées à partir des LGA)
- L'âge de la femme

La majorité des femmes souffrant de la fistule et identifiée lors du dépistage de 2008 a subi une réparation chirurgicale ; environ 25 femmes, toutes âgées de 70 ans ou plus ne sont pas revenues pour subir une réparation. L'on ne sait pas pourquoi, mais la crainte de la chirurgie pourrait constituer un facteur. Alors que beaucoup de femmes ayant participé aux séances de dépistage en 2008 étaient plus âgées, le centre reçoit à présent des femmes plus jeunes en provenance de la même communauté et qui sont en quête d'une réparation. L'on ne sait pas pourquoi ces femmes ne se sont pas présentées au dépistage de 2008 ; c'est peut-être parce qu'elles ont eu à discuter avec les femmes qui avaient subi une chirurgie de réparation qu'elles

viennent maintenant.

Le programme de dépistage a identifié 306 femmes ayant besoin de services de réparation ; avant le mois d'mai 2011, un total de 761 femmes avait subi une chirurgie, démontrant ainsi que beaucoup plus de femmes ont besoins des services de réparation comparativement à celles qui ont été identifiées à l'origine, et laissant planer l'idée qu'un nombre plus grand de femmes pourraient encore avoir besoin d'être identifiées.

Leçons apprises et recommandations

Planification participative : Etant donné que le processus de planification a inclus les parties prenantes en provenance des centres de réparation, de la MCCI, des LGA et des structures sanitaires, les efforts de mobilisation communautaire ont connu un succès. De la même manière, la fourniture d'équipements et de fournitures était excellente.

Les sites de dépistage : Bien que l'équipe ait essayé de choisir une zone centrale de dépistage pour chaque LGA, celle-ci peut toujours être trop éloignée pour certaines femmes, et le fait d'effectuer une seule séance de dépistage par LGA pourrait limiter l'accès des femmes qui n'ont pas été disponibles à ce moment-là. Si le centre de réparation devait conduire une autre séance de dépistage communautaire, il organiserait plus d'une séance par LGA pour accroître l'accès.

Tableau 2. Caractéristiques des femmes chez lesquelles la fistule a été diagnostiquée

	N	%
Age Moyenne = 45,5		
15-20	15	4,9
21-29	33	10,8
30-39	78	25,5
40-49	62	20,3
≥50	118	38,6
Total	306	100,0
Parité Moyenne = 4,3		
1	77	25,2
2	36	11,8
3	34	11,1
4	37	12,1
≥5	122	39,9
Total	306	100,0
Nombre d'années vécues avec la fistule Moyenne = 15,8 years		
≤1	16	5,2
1-5	50	16,3
6-10	60	19,6
11-15	34	11,1
16-20	47	15,4
21-25	39	12,7
26-30	32	10,5
>30	28	9,2
Total	306	100,0
Résultat de la grossesse à l'origine de la fistule		
Naissance vivante	103	33,7
Mort-né	188	61,4
Pas d'information	15	4,9
Total	306	100,0

Programmation des séances de dépistage :

Les séances de dépistage ont suscité une forte demande de services de réparation. Cependant, à cause de la capacité réduite du centre de réparation, le traitement de tous les cas en attente de réparation suscités par le dépistage a pris plus d'un an. (En 2008, le centre ne possédait qu'un seul chirurgien qualifié). Pour éviter l'accumulation de cas en souffrance, il serait utile de programmer des séances de dépistage s'étalant sur plusieurs mois, tout en continuant les services de routine de fourniture de soins de réparation chirurgicale, ou d'organiser les interventions sur la base desquelles des chirurgiens en provenance d'autres structures pourraient être appelés pour s'attaquer aux opérations chirurgicales en retards (connu au Nigéria sous le nom de conjugaison d'efforts [Fistula Care, 2010]).

Equipes de dépistage : La taille et la composition des équipes de dépistage étaient appropriées, vu le nombre de femmes en quête de services. Si le nombre de femmes à examiner excède la moyenne de 39 par LGA, la taille de l'équipe clinique devra être reconsidérée et éventuellement augmentée. L'on pourrait avoir besoin d'autres chirurgiens

NIGERIA



NIGÉRIA

Avec une population estimée à 162 millions d'habitants, le Nigéria est la nation la plus peuplée en Afrique (PRB, 2011). Bien que les Nigériens constituent les 2% de la population mondiale, ils représentent les 10% de tous les décès maternels (OMS, 2007). Quinze pour cent des femmes au Nigéria utilisent actuellement une forme ou une autre de contraception (PRB, 2011).

Fistula Care à EngenderHealth
440 Ninth Avenue, 13th Floor
New York, NY 10001
Tél: 212-561-8000

www.fistulacare.org



EngenderHealth
for a better life

de fistule ou des infirmières qualifiées pour soumettre les femmes au dépistage, et davantage d'infirmières pour aider dans le travail. Si une équipe plus large est requise, elle aura besoin d'équipements et de fournitures supplémentaires et un espace physique plus grand au niveau de la structure. Les prestataires qui ne font pas partie de l'équipe de réparation chirurgicale peuvent être formés pour le dépistage et le diagnostic de la fistule chez les femmes.

Tenue des dossiers : L'utilisation des carnets pour enregistrer les informations sur chaque femme avait bien marché et était pratique. Cependant, les infirmières n'avaient pas reçu une formation suffisante pour la collecte des données, il en a résulté certaines qui manquaient. Un registre comportant des colonnes où sont marquées les informations sur toutes les femmes soumises au dépistage constituait une solution de remplacement des carnets. Chaque site de dépistage posséderait ainsi son propre registre.

Intervalle entre le dépistage et la réparation : L'idéal serait que l'intervalle de temps entre le dépistage et la chirurgie de réparation soit courte, ne dépassant pas un mois. Étant donné que les équipes de dépistage font savoir aux femmes que le traitement est disponible, la qualité des soins requiert que la réparation soit faite aussi rapidement que possible. Des services de réparation rapides renforcent également la crédibilité des initiatives de réparation de la fistule ; si les femmes doivent attendre longtemps pour obtenir des services, elles pourraient ne plus avoir confiance au programme. Dans ce cas, le centre de réparation n'était pas prêt à faire une chirurgie au bout de quatre mois après le dépistage, et certaines femmes devaient même attendre pendant une période encore plus longue. Heureusement, le centre possède un bon système d'enregistrement, comportant des informations détaillées facilitant le contact avec les clientes potentielles.

Dépistage du prolapsus utérin : Le prolapsus utérin est une morbidité maternelle importante et débilitante. Durant les cinq premières séances de dépistage, l'équipe a enregistré 53 femmes souffrant de cette maladie. L'équipe de dépistage estime que presque un tiers des femmes soumises au dépistage avait le prolapsus. L'équipe a ensuite arrêté d'enregistrer les informations sur le prolapsus, étant donné que le centre d'intérêt du programme était la fistule obstétricale. Alors que l'équipe réfère effectivement les femmes souffrant de prolapsus pour des soins, l'on ne sait pas si elles ont cherché à avoir des soins. Avec du recul, il aurait été préférable de continuer de recueillir des informations sur le prolapsus, de comprendre davantage l'ampleur de ce problème. Tout effort de dépistage au niveau communautaire devra enregistrer et recueillir des informations sur le prolapsus et les autres morbidités maternelles découlant de l'incontinence.

Besoins non identifiés : Tandis que le programme de dépistage a identifié avec succès le nombre de femmes non encore traitées et nécessitant une chirurgie, les admissions actuelles suggèrent que beaucoup de femmes ne sont pas venues se prêter au dépistage. Rendre plus de sites de dépistage disponibles pourrait encourager la participation d'un plus grand nombre de femmes. Le fait aussi de demander aux femmes ayant déjà subi une chirurgie de réparation de servir de porte-parole peut être une stratégie efficace pour les encourager à se présenter pour le dépistage et le traitement.

Note

1. Le centre a accordé la priorité aux femmes plus jeunes tout en estimant que la réparation de leur fistule était susceptible de leur éviter plusieurs années de honte et de discrimination ; l'on croit que les femmes les plus âgées se sont adaptées d'une certaine manière à la maladie et à ses conséquences.

Références

- Africa Masterweb. 2011. Nigeria 2006 census figures. Tire a partir de : www.nigeriamasterweb.com/Nigeria06CensusFigs.html, 26 septembre 2011.
- Fistula Care. 2010. *A collaborative network to improve access to fistula treatment in Nigeria*. New York: EngenderHealth/Fistula Care. Tire a partir de : www.fistulacare.org/pages/pdf/technical-briefs/nigeria_brief_collaborative_effort_9.28.11.pdf.
- National Population Commission [Nigeria] (NPC) et ICF Macro. 2009. *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*. Abuja.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2007. *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Genève, p. 15.
- Population Reference Bureau (PRB). 2011. *2011 world population data sheet: The world at 7 billion*. Washington, DC. Tire a partir de : www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf.

Remerciements

Le présent document a été rédigé par Ileogben Sunday-Adeoye et Evelyn Landry, puis examiné et révisé par Pam Harper. Les auteurs reconnaissent le rôle joué par Mme Josephine Elechi dans son engagement et ses efforts pour alléger le fardeau de la fistule obstétricale au Nigéria. Le document a été édité par Michael Klitsch, traduit en français par Siga C. Hanne et édité en français par Mamadou K. Diallo. La présentation graphique a été effectuée par Nicole Hirschman.

La présente publication a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération GHS-A-00-07-00021-00. Les informations fournies dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions et positions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

© 2012 EngenderHealth Crédits photos: page 1, Sunday Elom/EngenderHealth