



REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DE LA PROTECTION SANITAIRE
PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION



ANALYSE DE LA SITUATION DES FISTULES OBSTETRIQUES EN MAURITANIE

JUIN 2004



FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION

AVEC LE SOUTIEN DU FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION EN MAURITANIE



UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population
Ilot K 159-161, B.P.620, Nouakchott,
Mauritanie
Tel. + (222) 525.84.39 / 48.08
Fax : + (222) 525.93.96
E-mail : mauritania@unfpa.mr / Site-web : www.unfpa.mr

CONSULTANTS CHARGES DE L'ÉTUDE

Dr Moustapha Ould Cheikh Abdallahi : Chirurgien/Urologue à HCZ
Madame Ba Khady Sy : Sage femme Consultante à UNFPA

MAQUETTE & RÉALISATION : MACOME : 631.20.16 - IMPRESSION : CRI : 525.98.23

PREFACE

La fistule obstétricale est un problème de santé publique majeur, qui touche surtout le continent africain. Elle est l'une des causes de morbidité la plus grave de par l'invalidité qu'elle occasionne.

Infirmité dévastatrice, évitable et traitable, liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement, elle affecte entre 50 000 à 100 000 femmes par an dans le monde.

La campagne mondiale d'élimination des fistules obstétricales entreprise par la communauté internationale depuis quelques années est une initiative hautement appréciable à laquelle adhère la Mauritanie.

La lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles constitue une priorité dans la politique sanitaire du Gouvernement Mauritanien. L'engagement politique dans ce domaine n'est plus à démontrer. La Semaine Nationale de la Santé de la Reproduction, qui prend en compte toute la problématique de la morbidité et mortalité maternelles en est une brillante illustration.

Dans ce contexte, le Ministère de la santé et des affaires sociales, avec l'appui de l'UNFPA et de l'OMS, a conduit en 2004 une étude sur le problème des fistules dans le pays afin d'en saisir la réalité en vue de prendre les décisions nécessaires à son éradication du pays.

Les résultats de cette étude ont confirmé que la Mauritanie n'échappe pas à ce fléau et que le système de santé n'est pas encore adéquatement préparé à le prendre en charge. Doter le pays des capacités techniques et humaines de prise en charge et de réparation des fistules devient donc une priorité pour mon département.

A cet effet, j'encourage vivement l'accélération du processus entamé par cette étude pour la mise en place d'un programme de lutte contre les fistules obstétricales en Mauritanie.

Je saisis cette occasion pour féliciter l'ensemble des professionnels, personnel d'encadrement et personnel de terrain, qui ont apporté leur concours et leur expertise à la bonne réalisation de cette importante étude.

Mohamed Lemine Ould Abdi Ould Jiyed
Secrétaire Général du Ministère de la
Santé et des Affaires Sociales



LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire
CS	Centres de santé
DPCS	Direction de la Planification et de la Coopération Sanitaire
DPS	Direction de la Protection Sanitaire
DRPSS	Direction Régionale de la Protection Sanitaire et des Affaires Sociales
EDS	Enquête démographique et de Santé
EDSM	Enquête démographique et de Santé de la Mauritanie
FVV	Fistule Vésico-vaginale
HCZ	Hôpital Cheikh Zayed
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PS	Postes de santé
SR	Santé de la Reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USB	Unités de santé de base

PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ETUDE

L'étude sur les fistules obstétricales a été menée sous l'égide du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales /DPCS/DPS/PNSR

Comité technique :

Dr Mohamed Nézhir Ould Hamed :	Directeur de la Planification, Coopération et des Statistiques
Pr Lô Baïdy :	Directeur Centre National d'Hygiène
Dr Boubacar Ould Abdel Aziz	Coordinateur Programme National SR
Dr Dahada Ould El Joud :	Chef de Service des Statistiques et du Suivi du Plan Directeur/ DPCS/MSAS
Dr Kane Amadou Racine :	Responsable du Projet Maternité sans Risque, OMS
Dr Thierno Coulibaly :	Chargé de Programme SR, UNFPA
Dr Diallo Aïssatou :	Médecin Chirurgien (Conakry, Guinée)

Consultants chargés de l'étude :

Dr Moustapha O.Cheikh Abdallahi :	Chirurgien/Urologue à HCZ
Madame Ba Khady Sy :	Sage femme Consultante à UNFPA

Superviseurs :

Madame Fatimettou Koné :	Sage femme PNSR
Madame Rougha Mint Amar Salem :	Sage femme PNSR
Monsieur Mohameden Ould Hally :	Technicien supérieur PNSR

Enquêteurs :

Madame Moussokoro Traoré :	Sage femme/ Point focal SR Guidimagha
Madame Sedi Camara :	Sage femme/ Point focal SR Assaba
Monsieur Ba Adama :	Technicien supérieur Point focal SR Hodh Echagui
Monsieur Med Mahmoud ould Kebir :	Infirmier d'état DRPSS Hodh Echagui

Personnes chargées du dépouillement et de la saisie :

Monsieur Mohamed Vall :	Traducteur
Madame Fatou N'Diaye :	Secrétaire
Madame Khadijetou Ly :	Secrétaire

SOMMAIRE

RESUME	7
I. INTRODUCTION	8
II. CONTEXTE	9
1. Général	9
2. National	9
III. OBJECTIFS	12
1. Objectif général	12
2. Objectifs spécifiques	12
IV. METHODOLOGIE	12
1. Type d'étude	12
2. Cadre d'étude	12
3. Population	12
4. Echantillonnage	13
5. Outils de collecte des données	13
6. Techniques de collecte des données	13
7. Techniques et outils d'analyse des résultats	13
8. Ethique	13
V RESULTATS	14
1. Questionnaire adressé aux professionnels de santé	15
2. Questionnaire adressé aux fistuleuses	17
3. Evaluation des capacités des structures de santé	19
VI ANALYSE ET DISCUSSIONS	22
1. Relatives au questionnaire adressé aux professionnels de santé	22
2. Relatives au questionnaire adressé aux fistuleuses	22
VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	24
1. Perception des professionnels de santé	25
2. Le parcours des fistuleuses	25
3. Causes	25
4. Recommandations	25
VIII BIBLIOGRAPHIE	27
IX ANNEXES	28

RESUME

Actuellement en Mauritanie les fistules obstétricales ne sont pas identifiées comme problème de santé; il n'apparaît pas dans les politiques de santé publique et ne bénéficie pas d'un programme de prise en charge spécifique. Les décideurs, la société civile et les ONG's n'ont pas de prise de conscience du problème. Aucune action de sensibilisation ou de prise en charge des fistuleuses n'est effectuée. Il n'y a pas de centres spécialisés dans la chirurgie des fistules; 2 hôpitaux de la capitale (Nouakchott) effectuent de temps en temps quelques tentatives de cures chirurgicales. Mais dans les pavillons, aucune section n'est réservée à cette pathologie.

Cette étude descriptive de type exploratoire sur les fistules en Mauritanie a couvert trois wilayas (régions) du pays (le Hodh Chargui, l'Assaba et le Guidimakha). Toutes les structures représentées dans la pyramide sanitaire ont été visitées, ainsi que des praticiens exerçant à domicile (accoucheuses traditionnelles, guérisseurs, etc.). Des interviews ont été menées par les enquêteurs constitués de sages femmes ou techniciens supérieurs de santé préalablement formés sur la définition, les causes, la symptomatologie, le traitement et la prise en charge psychosociale de la fistuleuse et sur l'utilisation des outils de collecte. L'enquête a été dirigée par une équipe de deux consultants dont un chirurgien spécialisé en urologie et une sage femme de santé publique.

L'enquête a touché 237 personnes impliquées dans l'assistance aux accouchements. Trois personnels de santé sur quatre ignorent tout de la pathologie fistuleuse. L'écrasante majorité des professionnels de santé ne savent pas ce qu'est une fistule obstétricale et partant ses causes et ses moyens de prévention et de prise en charge. Cette ignorance constitue un frein dans toute action visant à faire baisser les taux de prévalence des fistules.

Dans les trois régions visitées, une trentaine de fistuleuses ont été déclarée, et parmi celles-ci dix ont été retrouvées et interviewées. Les fistuleuses interrogées sont relativement jeunes (moyenne d'âge 27 ans) et les mariages ont été précoces chez elles, de même que la survenue des grossesses (les moyennes d'âge de ces événements sont respectivement de 12,8 ans et 18,3 ans). Dans 80% des cas, c'est au cours du premier accouchement (première grossesse) que la fistule est survenue. La moyenne de la durée du travail au cours de ces accouchements est de deux à trois jours et une seule a bénéficié d'une césarienne, toutes les autres ont accouché par voie basse dont 4 assistées par forceps. Les nouveaux nés issus de ces accouchements difficiles sont mort nés dans 80% des cas et il y a eu un seul survivant.

Avant la constitution de la fistule le parcours est marqué par un énorme retard dans l'accès à une structure offrant des soins obstétricaux essentiels. Ce retard est dû, aux pesanteurs sociales de toutes sortes et aux grandes distances à parcourir pour accéder aux structures de soins qualifiés. Après l'accouchement et l'installation de la perte involontaire et continue d'urines, environ un tiers des patientes a tenté de se traiter chirurgicalement. Les autres ont soit été mal orientées, soit n'avaient pas les moyens de se déplacer et de se faire opérer.

Il ressort de l'étude la nécessité de réfléchir à un programme de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales en Mauritanie. Un tel programme pourrait s'articuler autour des axes suivants : (i) Campagnes de Plaidoyer/Sensibilisation à plusieurs niveaux au profit des décideurs politiques et sanitaires, des prestataires de soins, et des leaders d'opinion et des communautés ; (ii) programme de formation et d'information des personnels de santé ; (iii) La formation spécialisée de certaines catégories professionnelles (chirurgiens, urologues, gynécologues/obstétriciens, sages femmes, infirmiers spécialisés et personnels sociaux) ; (iv) Mise en place d'une structure de référence nationale pour la prise en charge médico-chirurgicale des cas de fistules existantes et à venir ; (v) Mise en place de mécanismes de prise en charge psychosociale et juridique des cas de fistule et (vi) Mise en place de mécanismes de recueil de données pour le suivi du programme.

I. INTRODUCTION

La fistule obstétricale qui inclut les formes vésico-vaginales et recto-vaginales est une infirmité majeure. Elle constitue l'une des morbidités les plus sévères de l'accouchement dystocique.

Elle se définit comme une communication anormale acquise entre la vessie et le vagin (forme de loin la plus fréquente) ou entre le rectum et le vagin(1). Lors d'un travail qui dure, la tête du fœtus comprime la vessie contre le pubis, il s'ensuit une ischémie localisée allant jusqu'à la constitution d'un " trou ": la fistule.

Ses causes directes sont les grossesses précoces, l'accès limité aux soins obstétricaux d'urgences et la malnutrition. La pauvreté et le manque d'éducation jouent un rôle indirect en empêchant l'accès aux services qui auraient pu la prévenir. Elle se manifeste par une incontinence le plus souvent urinaire et parfois fécale entraînant le repli sur soi de ces patientes. Le désagrément ainsi causé empêche toute vie sociale.

Non traitée elle expose dans un premier temps, à l'exclusion sociale du fait des odeurs constantes liées à l'écoulement continu des urines. Les femmes qui en sont atteintes vivent alors un drame social ou se mêlent honte, bannissement et souffrance en silence. Dans un second temps, les infections urinaires à répétition mettent en danger la vie de ces patientes car pouvant entraîner une insuffisance rénale irréversible.

Le traitement est chirurgical et donne d'excellents résultats dans la majorité des cas (1 ,2, 3,5) mais un ensemble de facteurs empêchent l'accès à ce traitement. Beaucoup de fistuleuses ignorent que leur état peut être réparé ou alors elles n'ont pas les moyens de s'offrir ces soins (8). Une fois la réparation effectuée les fistuleuses ont besoin d'un soutien moral et matériel pour leur réinsertion dans la société.

Pour lutter contre ce fléau le UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population a lancé une campagne mondiale d'éradication des fistules obstétricales. Dans ce cadre un programme d'études d'analyse de situation a été initié dans certains pays africains. Cette étude en fait partie et doit aboutir à une planification et mise en œuvre d'un plan stratégique d'intervention.

II. CONTEXTE

1. GENERAL

L'organisation mondiale de la santé estime à 2 millions le nombre de fistuleuses dans le monde avec une incidence annuelle de 100.000 à 200.000 nouveaux cas (8). Ces chiffres sont probablement sous-estimés car basés sur les cas répertoriés dans les hôpitaux et cliniques. Alors que le défaut d'accès à ces structures est lui-même le déterminant dans la genèse de la fistule.

La fistule obstétricale était commune dans le monde entier mais a été éradiquée en Europe et en Amérique du Nord, grâce au développement et à l'amélioration des soins obstétricaux.

En Afrique, notamment au sud du Sahara et en Asie, elle reste très fréquente constituant un véritable problème de santé publique. La prise en compte de cet état dans les différentes politiques de santé est très insuffisante.

Il ressort des études déjà effectuées par l'UNFPA que les décideurs, les leaders d'opinion et les prestataires de service de santé sont très peu informés du phénomène des fistules et des dégâts qu'elle occasionne (2).

Dans un pays africain une infirmière considère l'opération permettant de réparer les fistules comme une intervention de luxe, étant donné, selon elle, que l'on ne meurt pas de la fistule (8).

Les stratégies proposées par EngenderHealth pour aborder les fistules obstétricales comprennent 3 axes :

- méthodes préventives :

- a. reculer l'âge du mariage et lutter contre les grossesses des jeunes filles.
- b. améliorer l'accès au planning familial et à l'éducation des filles et des garçons.
- c. améliorer l'accès aux soins médicaux de qualité à toute femme enceinte pouvant avoir des complications.

- méthodes curatives : réparation chirurgicale.

- méthodes de réhabilitation : soutien psychologique, aide à la réinsertion sociale par des formations ou stages professionnels.

Après deux réunions d'un groupe de travail en Juillet 2001 à Addis Ababa et en Octobre 2002 à Londres, une campagne mondiale d'éradication de la fistule obstétricale est lancée.

Le concept majeur qui sous tend cette campagne est que "la fistule obstétricale est un état que l'on peut prévenir et que l'on peut guérir, pour cela aucune femme ne doit en souffrir.

F., jeune femme de 37 ans, divorcée, a été donnée en mariage à l'âge de 7 ans (à la place de sa sœur décédée) ! Elle est fistuleuse depuis 27 ans à cause d'un accouchement difficile, non assisté, dont le travail a duré 4 jours. Transportée sur une charrette elle a été " soignée " par un guérisseur. Toujours fistuleuse elle vit à la charge de sa famille.

2. NATIONAL

La Mauritanie se caractérise par l'étendue de son territoire et la multiplicité des zones enclavées. Vaste pays de 1.030.700 km² dont les deux tiers sont désertiques, la Mauritanie est peuplée d'environ 2.600.000 habitants dont 44% sont âgés de moins de 18 ans. Cette population se trouve dans une situation de précarité, près de la moitié vivant en dessous du seuil de pauvreté, une pauvreté qui touche beaucoup plus le milieu rural que le milieu urbain. Cette situation est entretenue par une croissance démographique rapide (2,4% par an), liée notamment à une forte fécondité (indice synthétique de fécondité de 4,7 enfants par femme) et à un analphabétisme qui touche 40,8 % des hommes et 56,7% des femmes de

plus de 10 ans. La mortalité infantile est élevée (74‰) de même que la mortalité maternelle estimée à 747 pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2001).

Les données sanitaires font de la Mauritanie un pays à risque génésique important. Outre la mortalité maternelle élevée, l'utilisation des services de santé et de la santé de la reproduction (SR) est très faible (couverture des consultations prénatales à 60%, couverture des accouchements assistés à 40%, prévalence contraceptive à 5%). Bien que l'accessibilité géographique aux structures de santé, toutes catégories confondues, était estimée à environ 80% en 1998, le problème de l'offre et de la demande de services se pose de façon aiguë. Seulement, entre 35 et 40% des formations sanitaires sont en mesure d'offrir réellement des prestations en SR. L'insuffisance de personnel qualifié, l'insuffisance des équipements (souvent mal répartis) et l'absence d'information auprès des bénéficiaires sont généralement considérés comme étant à l'origine de cette situation.

Les services de santé de la Mauritanie se répartissent sous forme pyramidale en quatre niveaux (mises à part les cliniques et cabinets privés et les unités de santé de base (USB) qui ne sont pas gérées par l'Etat).

- Les postes de santé (PS) constituent le premier niveau de contact: tenus par des infirmiers, les soins pendant la grossesse et l'accouchement y sont assurés par les accoucheuses auxiliaires.

- Le deuxième niveau est constitué par les centres de santé (CS) des départements (au nombre de 53), gérés chacun par un médecin avec, en principe la présence d'une sage femme à la maternité.

- Les hôpitaux régionaux (au nombre de 10) sont des centres de référence régionaux et constituent le troisième niveau de contact. Ils disposent tous d'une maternité mais la plupart manquent toutefois de plateaux techniques complets (absence de bloc chirurgical, de banque de sang, laboratoire peu fonctionnel, etc). Cinq d'entre eux viennent de recevoir l'affectation de gynécologue/obstétricien.

- Au niveau national, 2 hôpitaux de référence à Nouakchott avec des maternités dirigées par des médecins gynéco/obstétriciens, où exercent des sages femmes constituent le niveau tertiaire. Ils sont dotés des services techniques essentiels, banque de sang, service de réanimation, mais leur capacité d'accueil est largement dépassée.

Les accouchements assistés sont estimés à 40% sur le plan national. Les régions qui ont été choisies pour une enquête de situation ont des taux plus faibles (Hodh Chargui : 36%, Assaba et Guidimagha : 24% chacune).

Les poches de pauvreté à l'intérieur du pays, l'éloignement des centres médicaux de référence et le déficit en soins obstétricaux d'urgence constituent le lit où se développent les fistules obstétricales. Ces critères ont été à la base du choix des régions.

L'enquête sur le terrain effectuée par le PNSR, en collaboration avec l'UNFPA et l'OMS a pour but de préciser l'état de prise en charge des fistuleuses, comment le phénomène fistule est appréhendé par les patientes, leur entourage et les personnels de santé.

G., 30 ans mariée d'abord à l'âge de 14 ans, elle est tombée enceinte. Evacuée, d'abord à Kankossa (35 km) où elle subit une épisiotomie après une longue épreuve de travail, on a dû la transférer à Kiffa (100 km). Sa grand-mère avait un veau qu'elle a vendu pour son transport et l'achat de quelques médicaments. Elle a accouché à Kiffa, par forceps, d'un enfant mort-né. Un accouchement difficile à la suite duquel elle est devenue fistuleuse. Huit mois après son accouchement, elle était toujours hospitalisée à Kiffa et perfusée pendant plusieurs jours. On l'a évacuée, par la suite, à Nouakchott (600km) et, faute de moyens de subsistance, elle a été contrainte de revenir vivre chez sa grande mère. Rejetée par ses voisins elle ne sort jamais de chez elle et son mari qui l'a divorcé a épousé une autre femme.

QUELQUES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES

Population :

Population totale (en millions)	2,6
Indice Synthétique de Fécondité (EDSM 2000-01)	4,7

Santé de la Reproduction :

Naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans	104
--	-----

Ratio de mortalité maternelle :

(décès pour 100 000 naissances vivantes)	747
Pourcentage de naissances avec l'aide de personnel qualifié (EDSM 2000-01)	57%

Age médian au premier mariage :

Hommes :	27 ans
Femmes :	17 ans
Age médian à la première naissance :	20,7 ans
Pourcentage de naissances avec l'aide de personnel qualifié	40%

Taux de prévalence contraceptifs :

Toutes méthodes	8%
Méthodes modernes	5%
Taux de prévalence des mutilations génitales féminines(excision)	71%
Taux de prévalence du gavage	22%
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	0,57%

Taux de scolarisation secondaire :

Filles :	19,8%
Garçons :	23%

Taux d'analphabétisme (10 ans et plus) :

Hommes :	40,8%
Femmes :	56,7%
Ensemble :	46,9%

** source rapport annuel 2003 UNFPA Mauritanie*

III. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Contribuer à l'éradication des fistules obstétricales en Mauritanie

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- a- Identifier les spécificités du " phénomène fistules obstétricales " dans le pays ;
- b- Evaluer les connaissances du personnel de santé, impliqué dans la prise en charge des grossesses et des accouchements, sur les fistules ;
- c- Analyser les retentissements de l'handicap sur les femmes fistuleuses et comment elles le vivent (situation économique et psychologique) ;
- d- Evaluer les capacités actuelles des structures de santé de prendre en charge les cas de fistules.

IV. METHODOLOGIE

Un comité technique à caractère consultatif formé de spécialistes (chirurgien, urologue, gynécologues, statisticiens, santé publique ...) a proposé l'exécution d'une enquête et mis au point un canevas d'étude. Ce comité sera informé de l'avancement du travail et ses remarques prises en compte dans le rapport, dont il aura en charge la validation.

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive de type exploratoire " need assessment ".

2. CADRE D'ETUDE :

L'enquête a couvert trois wilayas (régions) du pays (le Hodh Chargui, l'Assaba et le Guidimakha). Le choix de ces trois régions a été motivé par certains critères : (i) taille et densité de la population; (ii) déficit de la couverture en soins obstétricaux, (iii) existence de poches de pauvreté et (iv) éloignement des centres de référence médicale qualifiés.

Dans ces trois régions, toutes les structures représentées dans la pyramide sanitaire nationale ont été visitées, ainsi que des praticiens exerçant à domicile (accoucheuses traditionnelles, guérisseurs, etc.).

3. POPULATION

Elle est constituée par le personnel socio-sanitaire intervenant dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les femmes suspectes et/ou porteuses de fistules ainsi que leur entourage ont été également interrogées.

4. ECHANTILLONNAGE

Les structures de santé visitées au cours de cette enquête se répartissent comme suit : 3 hôpitaux régionaux, 14 centres de santé, 112 postes de santé et 53 autres structures (domicile).

Dans ces structures, il a été procédé à un échantillonnage de commodité: tous les personnels se trouvant dans les structures prenant en charge la grossesse et l'accouchement au moment du passage des enquêteurs ont été interrogés. Le recrutement a atteint 237 personnes. L'interrogatoire de ces personnes a permis de signaler l'existence de 31 femmes porteuses de fistules connues, mais seules 10 ont été retrouvées et interviewées.

5. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Pour le recueil des données deux types de questionnaires ont été utilisés:

Questionnaire I : qui s'adresse spécifiquement au personnel de santé assistant les accouchements, traitant les fistules ou occupant une position clé dans la communauté. Il renseigne sur leur expérience professionnelle, leur lieu d'exercice, leur statut professionnel et leur connaissance sur la fistule.

Questionnaire II : adressé à la fistuleuse et qui permet d'avoir les informations générales sur la personne, les circonstances de survenu de la fistule et comment elle vit sa fistule (soins et prise en charge, rapport avec sa famille et son entourage).

Questionnaire III : utilisé pour évaluer les capacités actuelles des structures de santé de prendre en charge les cas de fistules.

6. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

Des interviews ont été menées par les enquêteurs constitués de sages femmes ou technicien supérieur de santé (points focaux de la santé de la reproduction des Directions régionales de la promotion sanitaire et sociale), à raison d'un enquêteur par département. Ces enquêteurs ont été formés aux techniques de collecte d'informations. Des personnes ressources (accoucheuses traditionnelles, auxiliaires de santé, agents de santé communautaire, guérisseurs, membres de la famille de fistuleuses ...etc) ont été mises en contribution.

Cette collecte des données a été assurée sous la supervision de deux sages femmes et un technicien supérieur (superviseurs au Programme National de la Santé de la Reproduction). Ils ont bénéficié d'une formation théorique portant sur la définition, les causes, la symptomatologie, le traitement et la prise en charge psychosociale de la fistuleuse et pratique sur l'utilisation des outils de collecte. Au terme de cette formation, le questionnaire a été testé dans une Moughataa de Nouakchott ce qui a permis d'appréhender certaines difficultés et d'apporter les ajustements nécessaires.

L'enquête a été dirigée par une équipe de deux consultants dont un chirurgien spécialisé en urologie et une sage femme de santé publique.

L'interview a été complétée par une observation des structures visitées.

7. TECHNIQUES ET OUTILS D'ANALYSE DES RESULTATS

Pour le questionnaire II, une analyse qualitative du contenu a été réalisée après un dépouillement manuel des réponses. Pour l'enquête relative à la perception et la connaissance des personnels interrogés, les données ont été traitées avec le logiciel Epi Info 3.2 Sous Windows

8. ETHIQUE

L'objectif de l'étude a été clarifiée aussi bien aux malades atteintes, à leur entourage ainsi qu'aux personnels de santé enquêtés. La confidentialité a été assurée. Aucune personne n'a été contrainte à participer à l'enquête.

V. RESULTATS

1. QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Les résultats issus de l'exploitation du premier questionnaire sont les suivants :

L'enquête a touché 237 personnes impliquées dans l'assistance aux accouchements.

1.1. Caractéristiques socio-professionnelles des enquêtés

a. Répartition des personnes enquêtées par groupe d'âge :

L'âge moyen des enquêtés est de 40,5 ans avec un minima de 25 ans et un maxima de 73 ans.

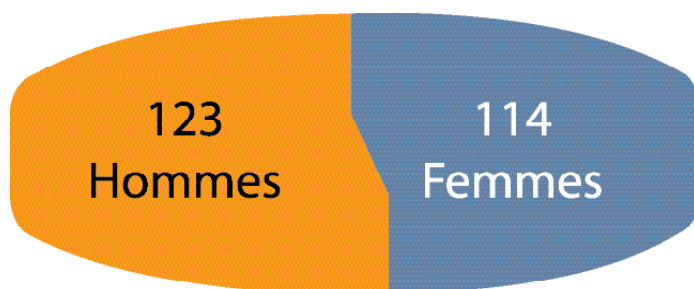
Plus de la moitié des enquêtées ont moins de 40 ans. Parmi les enquêtés 7 personnes n'ont pas donné leur âge.

Groupe d'âge	Fréquence	Pourcentage	Cumule
> 20 - 30	35	15,2%	15,2%
> 30 - 40	100	43,5%	58,7%
> 40 - 50	62	27,0%	85,7%
> 50	33	14,3%	100,0%
Total	230	100,0%	100,0%

b. Répartition des enquêtés par sexe :

Les enquêtés se répartissent en 48% de femmes et 52% d'hommes.

REPARTITION DES ENQUETES PAR SEXE



c. Répartition des enquêtés selon leur statut professionnel :

Statut professionnel	Nombre	Pourcentage
Ac. Aux.	47	19,8%
Ac. Trad/ ASC/Matrones/autres.	42	17,8%
Médecin généraliste	13	5,5%
Infirmier	123	51,9%
Sage femme	12	5,1%
Total	237	100,0%

La moitié des personnes enquêtées est constituée d'infirmiers (diplômés d'Etat et médico-sociaux). Les catégories les moins qualifiées (accoucheuses traditionnelles, auxiliaires, matrones et autres) représentent environ 38% des enquêtées.

d. Répartition des enquêtés selon leur lieu d'exercice :

Lieu d'exercice	Nombre	Pourcentage
Centre de santé	47	19,8%
Hôpital	23	9,7%
Poste de santé	114	48,1%
Domicile/USB/autres	53	22,3%
Total	237	100,0%

Un peu moins de la moitié des personnes exercent au niveau des postes de santé (48%), environ 20% d'entre eux sont au niveau des centres de santé. Toutefois, une proportion assez élevée des enquêtés (22%) exercent en dehors des structures de santé.

e. Répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'expérience :

Années d'expérience	Fréquence	Pourcentage	Cumul pourcentage
<=2	25	12,6%	12,6%
>2 - 12	72	36,4%	49,0%
>12 - 22	74	37,4%	86,4%
>22 - 32	24	12,1%	98,5%
>40	3	1,5%	100,0%
Total	198	100,0%	100,0%

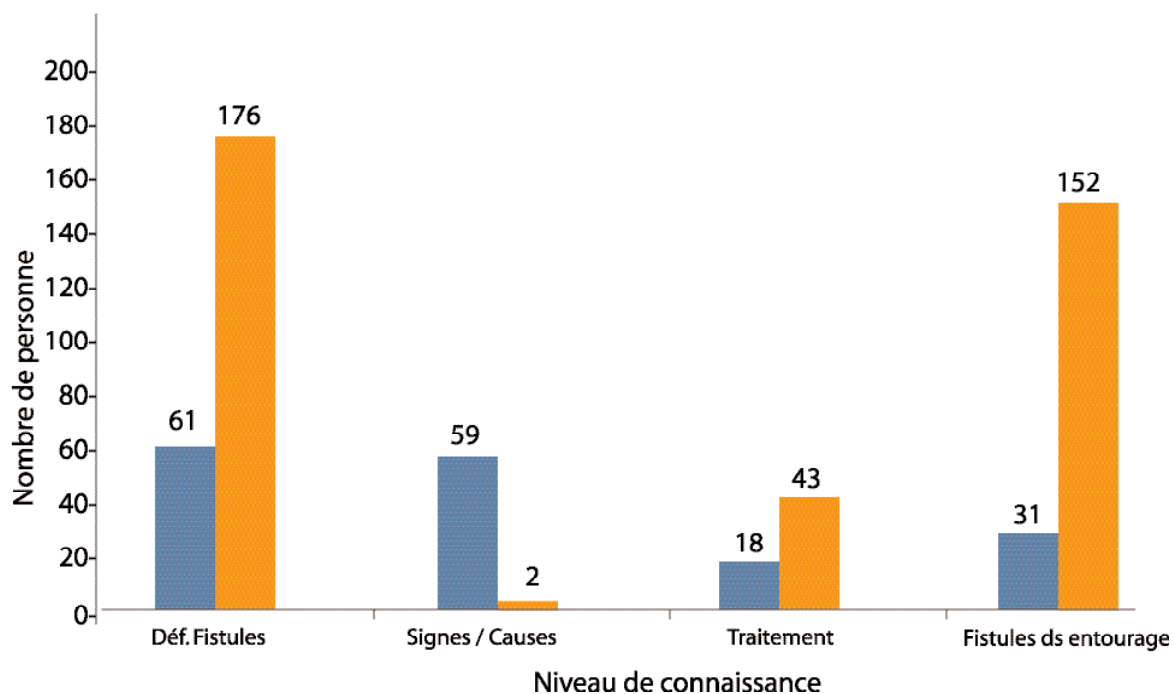
Sur les 198 réponses obtenues, la moyenne est de 13 ans d'expérience (2 mois minimum, 46 ans maximum) et plus de trois quart des enquêtés (86,4%) ont moins de 25 ans d'expérience. 39 personnes sur les 237 n'ont pas précisé leur durée d'exercice.

c. Connaissances techniques sur les fistules obstétricales

CONNAISSANCES	OUI		NON		NOMBRE
	Nbre	%	Nbre	%	
Définition de la Fistule	61	25,7%	176	74,3%	237
Signes/ causes	59	96,7%	2	3,3%	61
Traitement	18	29,5%	43	70,4%	61
Fistules dans entourage	31	16,9%	152	83,1%	183

Trois personnels assistant les accouchements sur quatre ignorent ainsi tout de la pathologie fistuleuse.

NIVEAU DE CONNAISSANCE DES FISTULES PAR LE PERSONNEL DE SANTE



Connaissance des fistules selon les années d'expérience professionnelle

Années d'expérience	Oui	Non	TOTAL
<=2	2	23	25
%	8,0	92,0	100,0
>2 - 12	15	57	72
%	20,8	79,2	100,0
>12 - 22	17	57	74
%	23,0	77,0	100,0
>22 - 32	10	14	24
%	41,7	58,3	100,0
>40	1	2	3
%	33,3	66,7	100,0
TOTAL	45	153	198
%	22,7	77,3	100,0

La connaissance en matière de fistules augmente avec le nombre d'années d'expérience professionnelle. Un fléchissement du taux de personnes qui connaissent apparaît au delà de 40 ans, probablement en rapport avec le statut de matrone et d'accoucheuse traditionnelle.

2 QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX FISTULEUSES

Dans les trois régions visitées, une trentaine de fistuleuses ont été déclarées, seules 10 ont été retrouvées et interviewées. Ce taux est relativement important comparativement aux taux retrouvés dans la littérature (1,2,6).

Caractéristiques d'âge	Moyenne	Minima	Maxima
Age actuel	27,1	16	44
Age au 1er mariage	12,8	7	17
Age au 1er accouchement	18,3	10	32

2.1. Caractéristiques d'âge des fistuleuses

Les fistuleuses interrogées sont relativement jeunes (moyenne d'âge 27 ans) et les mariages ont été précoces chez elles, de même que la survenue des grossesses (les moyennes d'âge de ces événements sont respectivement de 12,8 ans et 18,3 ans).

2.2. Etat de la grossesse au cours de laquelle la fistule est survenue

- Dans 80% des cas, c'est au cours du premier accouchement (première grossesse) que la fistule est survenue,
- Sur les 10 accouchements, 8 avaient été assistés par un personnel de la catégorie des agents dit qua-

lifiés.

- La moyenne de la durée du travail au cours de ces accouchements est de deux à trois jours
- Seule une seule femme a bénéficié d'une césarienne, toutes les autres ont accouché par voie basse dont 4 assistées par forceps.
- Les nouveaux nés issus de ces accouchements difficiles sont mort nés dans 80% des cas et il y a eu un seul survivant.

2.3. Niveau socio-économique des fistuleuses

- Les fistuleuses interviewées sont à majorité analphabètes (7/10)
- Leur source de revenu est à 70% assurée par leur famille (père, mère, autres parents proches) ; le mari et sa famille n'interviennent que dans deux cas et une seule se prend en charge entièrement.

2.4. Déplacement/transfert pour une prise en charge plus appropriée

Dans 70% des cas, les fistuleuses ont été transférées vers une structure de santé de plus haute catégorie pour une prise en charge appropriée de l'accouchement

- Elles ont eu à parcourir en moyenne 150 Km pour atteindre la structure de santé, avec une distance extrême de 680 Km pour certaines.
- Le transfert s'est effectué le plus souvent par des véhicules de transport en commun dont l'état laisse à désirer, sur des pistes en mauvais état (6 cas sur 10). L'ambulance n'a été utilisée comme moyen de transport qu'une seule fois, de même que l'avion ; d'autres moyens (chameau, charrette) ont été utilisés.

Les distances entre les domiciles des parturientes et les structures de santé les plus proches varient de 100 mètres à 30 Km pour le centre de santé (moyenne 10 Km) et de 500 mètres à 290 Km pour le bloc opératoire (moyenne 120 Km).

12 ans, 72 heures de travail! Transportée au Poste de Santé de Kewela à dos d'âne, puis évacuée après 12 heures à l'Hôpital régional de Kiffa dans une voiture de transport public, louée, Z. a accouché et a été hospitalisée pendant plusieurs jours.

Devenue fistuleuse, elle est systématiquement congédiée par ses employeurs dès qu'ils s'aperçoivent de son infirmité (elle travaille comme bonne).

A Kiffa où elle est venue se faire consulter à deux reprises on lui a demandé de payer 10.000 Ouguiyas (environ 38 \$ US, représentant trois mois de son salaire) une somme qu'elle ne possédait pas. Elle est donc repartie sans médicaments. Son mari s'en est séparé après son accouchement. Elle espère guérir de sa fistule pour pouvoir se remarier. Seule consolation : sa famille ne l'a pas rejetée.

2.5. La fistule et ses conséquences vécues par les victimes

- Presque toutes les fistuleuses ont fait au moins une tentative de traitement, soit médical non opératoire pour 6 cas, soit chirurgical pour 3 cas et traditionnel dans 2 cas. Sur les trois cures chirurgicales, une seule a pu réussir à la deuxième tentative.
- L'une des principales causes de la fistule citées par les fistuleuses est le gros bébé (3 cas). Deux autres causes sont citées à savoir la déchirure périnéale et le bain pendant la nuit.
- Quant aux causes des accouchements difficiles, les fistuleuses enquêtées évoquent le jeune âge dans 3 cas.

Des causes d'origine socioculturelle ont été citées (envie, annonce d'une mauvaise nouvelle,

- volonté divine).
- La majorité des fistuleuses n'utilisent rien pour leur protection (6/10), deux seulement utilisent au moins une garniture qu'elles relavent.
- Par rapport à leur état, 90% des fistuleuses sont assistées par leur famille, une seule (10%) rejetée. L'attitude du mari est un rejet dans 75% des cas (6 sur 8) ; deux fistuleuses ne sont pas mariées. Quant à celle de l'entourage elle est une assistance dans 5 cas sur 10, un rejet dans 3 cas et une indifférence dans deux cas.

3. EVALUATION DES CAPACITES DES STRUCTURES DE SANTE A PRENDRE EN CHARGE LES CAS DE FISTULES

Actuellement en Mauritanie les fistules obstétricales ne sont pas identifiées comme problème de santé; il n'apparaît pas dans les politiques de santé publique et ne bénéficie pas d'un programme de prise en charge spécifique.

Les décideurs, la société civile et les Ong n'ont pas de prise de conscience du problème. Aucune action de sensibilisation ou de prise en charge des fistuleuses n'est effectuée.

Il n'y a pas de centres spécialisés dans la chirurgie des fistules; 2 hôpitaux de la capitale (Nouakchott), le Hôpital Cheikh Zayed (HCZ) et le Centre Hospitalier National (CHN) effectuent de temps en temps quelques tentatives de cures chirurgicales. Mais dans les pavillons, aucune section n'est réservée à cette pathologie.

Après un travail prolongé qui a duré 46 heures à l'Hôpital régional de Kiffa, en l'absence de la gynécologue, K. a été évacuée à Nouakchott (600 km) où elle a accouché par forceps. Une semaine après, elle est revenue à Kiffa où elle a été hospitalisée pendant quelques jours. Après sa sortie, elle s'est rendue compte de sa fistule. Elle est repartie à Nouakchott pour une consultation en Urologie où elle souhaite avoir satisfaction. K. est fonctionnaire et profite de son congé de maternité pour tenter de se faire soigner.

Dans les années 1990, un Gynécologue expatrié a effectué une dizaine d'interventions. Par la suite, des urologues et des gynécologues nationaux ont pris en charge certaines patientes avec des taux de succès relativement bas (1 cas de succès sur trois patientes opérées, après la deuxième tentative). Il s'en suit une forte immigration sanitaire des fistuleuses dans les pays limitrophes: Sénégal, Mali et Maroc notamment.

Actuellement le pays dispose de 3 urologues exerçant tous à Nouakchott. Les gynécologues sont au nombre de 15 dont 10 exercent à Nouakchott. Aucun d'entre eux n'a reçu de formation spécifique sur les dernières techniques de cure des fistules.

Aucune formation de personnel paramédical dans le management post-opératoire des fistules n'a été effectuée. Ce sont des infirmiers de chirurgie générale qui suivent, le cas échéant, ces patientes opérées.

Les pérégrinations de A., mariée à 11 ans, ont commencé à Nara au Mali où elle a accouché, par césarienne à 14 ans. Mais le travail avant la césarienne était si difficile et long qu'elle en est devenue fistuleuse.

Soignée d'abord à Néma (mal, selon elle), elle a été par la suite, référée à Kiffa (490 km). Elle revient à Néma avec un traitement médical et une sonde à demeure.

Elle se trouve présentement à Nouakchott (1100 km) pour chercher des soins. Elle pense que ce qui lui est arrivé est dû à son jeune âge et au poids du bébé. Ses parents sont très affectés et se déclarent prêts à faire tout leur possible pour aider leur fille à retrouver une vie normale.

Les délais d'attente sont très importants: la capacité opératoire est occupée par les interventions dites urgentes ou semi-urgentes. Les fistules attendent souvent de longs mois avant d'être programmées. Une des fistuleuses interviewée au cours de cette enquête a été hospitalisée pendant 9 mois et est répartie sans être opérée.

Originaire de l'Azawad (au Mali) et résidant à Bassiknou (en Mauritanie), N. est affligée d'une fistule depuis son accouchement difficile en 1996. Transférée de Bassikounou à Néma (200 km) après 72 heures de travail, et après des tentatives d'extraction instrumentale, elle fut évacuée par le Haut Commissariat pour les Réfugiés à Nouakchott (1100 km), où le bébé a été extrait par manœuvres instrumentales. Par la suite, elle fut hospitalisée 9 mois au Centre Hospitalier National avec une sonde à demeure. Elle quitte l'hôpital en attendant d'être programmée pour l'intervention chirurgicale. De retour à Bassikounou, ne disposant pas de moyens financiers et abandonnée par son mari, elle attend l'opportunité d'aller se faire soigner. Entre-temps on lui a retiré la sonde qu'elle n'était pas en mesure de changer tous les quinze jours. Elle vit avec sa mère et ses enfants.

Une intervention dans le public coûte tous frais confondus une moyenne de 400 dollars US, dans le secteur privé la prestation est facturée entre 900 et 1200 dollars US. Le revenu moyen national par tête d'habitant et par an est de 370 dollars US.

Ces prix sont dissuasifs pour l'écrasante majorité des patientes car l'incidence de la pauvreté est élevée dans le pays : 46% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

Un centre de santé spécialisé en santé de la reproduction comprenant une maternité et deux blocs opératoires pourrait être mis à niveau pour la formation des personnels et le traitement des fistules. Ce centre dit centre de santé de Sebkha (quartier périphérique à forte densité de population) dispose du plus grand taux d'accouchements sur le plan national - dont un certain pourcentage de femmes évacuées de l'intérieur du pays - pourrait donc améliorer le recrutement de fistuleuses. Regrouper toutes les fistuleuses dans un seul centre permettra d'améliorer les résultats par un suivi assuré par une équipe de soignants spécialisés et une hospitalisation d'une durée suffisante pour éviter les complications post-opératoires.

Ce centre dispose pour son activité actuelle de fonds du gouvernement et de quelques organismes donateurs. Un système de recouvrement des coûts assure en grande partie le fonctionnement de la structure. Ces coûts sont relativement modérés comparativement aux autres centres hospitaliers de la capitale.

La capacité d'accueil et d'hospitalisation nécessite une extension en vue de la prise en charge de toutes les fistuleuses recrutées dans le pays.

Les consommables constituent un frein quotidien dans l'exercice de la chirurgie, un soutien financier permettra de sécuriser l'approvisionnement en fils, produits anesthésiques, antiseptiques, sondes, médicaments, etc.

Les chirurgiens, les infirmiers et les sages-femmes devront bénéficier d'une formation de mise à niveau pour optimiser les taux de succès de la cure des fistules.

Au niveau national les soins obstétricaux essentiels sont disponibles dans les structures de la capitale, dans les hôpitaux régionaux et les centres de santé.

Les césariennes et les manœuvres instrumentales ne sont effectuées que dans les hôpitaux de Nouakchott et quelques hôpitaux régionaux. Aucun centre de santé n'offre ces prestations.

Le taux de césariennes est de ce fait extrêmement bas (0,5% de l'ensemble des accouchements).

Les besoins de sensibilisation et d'information sont très grands au sein même du personnel médical et paramédical. L'enquête effectuée à l'intérieur du pays a révélé que 3 agents de santé sur 4 ne savait pas ce qu'est une fistule obstétricale (voir Page Connaissance Technique sur les fistules obstétricales et graphique suivante).

Au niveau de la population générale, le caractère tabou de l'appareil uro-génital et le faible niveau d'éducation sanitaire font que le sujet est totalement méconnu. Seules les fistuleuses et leur très proche entourage en sont conscients.

Donc une sensibilisation à grande échelle au profit des décideurs, professionnels de la santé, organisations non gouvernementales, et leaders religieux permettra d'aider à prévenir, à guérir et à plus long terme éliminer les fistules obstétricales dans le pays.

Une équipe formée d'un Urologue, un Gynécologue obstétricien, deux sages-femmes, deux infirmiers et une assistance sociale est disponible. Elle est disposée à former un noyau d'une unité spécialisée dans la prise en charge médicale et sociale des fistules obstétricales.

N. est venue des environs de Fassala Néré, (sur la frontière Mauritanienne avec le Mali) au centre de santé de Bassiknou où, après deux jours de travail, elle fut accouchée par voie basse après beaucoup de manœuvres manuelles (expressions utérines).

Référée à Nouakchott (1300km) avec un traitement médical et une sonde à demeure pendant 6 mois, elle a été opérée avec succès, de sa fistule, par un gynécologue. Elle déclare avoir vécu sa fistule comme un cauchemar, croyant qu'elle ne pourra plus se remarier, (son ex-mari l'a abandonnée) ni avoir des enfants. Ses parents ont tout fait pour la soutenir moralement et ils ont vendu beaucoup d'animaux pour pouvoir subvenir à ses soins. Son père reconnaît qu'il est en grande partie responsable du malheur qui a frappé sa fille, vu qu'il l'a donnée en mariage très jeune.

VI. ANALYSE ET DISCUSSIONS

1. RELATIVES AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Durant cette étude, toute la pyramide sanitaire régionale des trois régions visitées a été couverte. La pratique de l'accouchement à domicile est importante (22,3%) et cela a comme répercussion le retard de la prise en charge par un personnel qualifié des urgences obstétricales; la référence efficace se trouvant ainsi retardée.

44 ans, mariée, est porteuse d'une fistule depuis 8 ans suite à un accouchement à domicile où l'on a fait usage d'oxytocine. Elle vit à la charge de son mari au village.

Sur les 237 personnes enquêtées, 25,7% (61 personnes) savent ce que c'est la fistule, et 96,72% (59 personnes) de celles-ci connaissent les signes et causes de la fistule et 73% de ces dernières (43 personnes) en connaissent le traitement. Trois personnels de santé sur quatre ignorent ainsi tout de la pathologie fistuleuse.

Sur 183 qui ont répondu à la question "y'a t-il des FVV dans votre entourage?" 31 réponses sont positives. Sur les 31 fistuleuses signalées, 10 ont pu être physiquement identifiées et interviewées. Les autres étaient soit en transhumance (population nomade), soit à la recherche de traitement dans les pays limitrophes. Cette recherche de l'anonymat dans le traitement est retrouvée dans d'autres contrées (4,8). Elle est une conséquence psycho-sociale de cette affection considérée comme honteuse.

Les personnels interrogés se répartissent équitablement entre les deux sexes. Cette proportion relativement importante d'hommes dans un secteur où les tabous sont très présents pourrait être à l'origine d'un éventuel sous recrutement des fistuleuses.

Il apparaît que les jeunes professionnels de santé ont une connaissance très limitée de la fistule obstétricale et ses causes. L'exercice sur le terrain semble permettre une confrontation à cette réalité.

A. fistuleuse, habite dans une petite localité dans les environs de la ville de Kiffa ou elle travaille comme bonne. Très gênée par son état de fistuleuse, elle en parle difficilement. Elle estime que c'est la volonté de Dieu et pense être guérie et déclare ne plus avoir besoin de chiffons. Mise en confiance, elle a fini par accepter de se faire aider pour être soigné dans le plus grand secret.

2. RELATIVES AU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX FISTULEUSES

La première constatation issue de ces résultats est que nos patientes sont victimes du principal facteur favorisant des fistules obstétricales à savoir le mariage et la sexualité précoces(2,5, 8). L'âge moyen du mariage est de 12,8 ans, ce qui est extrêmement bas. Une jeune enfant a même été mariée à l'âge de 7 ans. Parmi les patientes deux ne sont pas mariées et ont déclaré que leurs grossesses n'étaient pas désirées.

L'âge du premier accouchement est lui aussi bas avec une moyenne de 18 ans. Agir pour faire baisser ces deux paramètres constitue un pan essentiel dans la prévention des fistules obstétricales(3,4). Il est à constater que la fistule s'est constituée le plus souvent lors de la première grossesse (8 cas sur 10).

Les patientes sont en majorité analphabètes et cela les expose à ne pas avoir accès à temps aux structures de soins obstétricaux d'urgence. Ce manque d'instruction les amène aussi à ne pas savoir - une fois la fistule constituée - comment la traiter.

Leur perception des causes de la fistule et des dystocies en général met au grand jour cette ignorance

B. âgée de 16 ans, non mariée, victime de grossesse non désirée, est porteuse de fistule depuis 3 mois, suite à un accouchement difficile avec manœuvre instrumentale (forceps) à l'hôpital de Sélibaby. Elle cumule les problèmes psychologiques et sociaux de la fistule et de l'opprobre de l'enfant né hors mariage, mais vit toujours à la charge de sa famille.

qui obère les chances d'une prise en charge rapide et efficace. A noter toutefois que 3 patientes citent déjà le jeune âge comme cause d'accouchement difficile.

Leur source actuelle de revenu est constituée essentiellement par leur propre famille: 7 cas sur 10. Par contre, elles sont abandonnées par leur mari. En effet, seule une patiente sur dix est encore prise en charge par son mari.

La durée du travail lors de l'accouchement responsable de la fistule a été en moyenne de 58 heures avec un maximum de 4 jours pour la doyenne du groupe. Il s'agit d'une patiente âgée actuellement de 37 ans, dont 27 passés en tant que fistuleuse. Mariée à 7 ans à la place de sa sœur décédée, elle accouche à 10 des mains d'un guérisseur. Depuis, sa vie est brisée, répudiée par son mari, elle s'égaré dans les thérapeutiques traditionnelles. Une fois, elle tente un traitement chirurgical qui échoue à la première tentative et par manque de moyens ne recherche plus à se soigner.

Le cas de cette patiente, dramatique et pathétique et où se mêlent pratiques sociales dangereuses, ignorance et pauvreté, résume à lui seul le cadre dans lequel naissent et évoluent les fistules obstétricales en Mauritanie. Cadre qui menace toute une vie : enfance, adolescence et âge adulte.

La durée du travail a été prolongée par les transferts vers des centres médicaux d'un niveau supérieur, transfert qui s'est fait dans des conditions presque toujours aléatoires: 1 fois seulement, il s'est effectué en ambulance. Les autres fois, la famille a transporté la parturiente dans les véhicules de transport en commun, en charrette et à dos de chameau. Ces trajets cahoteux pris par des patientes dystociques non sondées augmentent grandement le risque de fistule vésico-vaginale et même recto-vaginale.

La distance moyenne de ce transfert a été de 150 km avec un maximum à 680 km (de Kiffa à Nouakchott, car la seule gynécologue en poste était en congé). Sur tout le long de ce trajet, il existe 15 structures de santé (9 postes de santé, 2 centres de santé A, 3 centres de santé B, et 1 hôpital régional), mais aucune n'est en mesure de prendre en charge les urgences obstétricales.

Au bout de ce travail si long, l'issue est presque toujours la naissance d'un mort-né (8 cas sur 10). Sur les deux enfants nés vivants l'un est décédé à 24h et l'autre est actuellement âgé de 8 ans.

Les patientes sont en général proches d'un centre de santé (distance moyenne de 10 km), mais qui ne peut pas prendre en charge les soins obstétricaux essentiels. En effet, hormis une patiente qui a accouché à domicile, les autres ont toutes été transférées dans des structures de santé. Toutefois, ces transferts sont intervenus après une longue période d'attente à domicile avec une assistance d'un personnel non qualifié (accoucheuse traditionnelle, matrone, membre de la famille).

La tentative de traitement a été entreprise par presque toutes les fistuleuses interviewées. Ce traitement a été soit médical non opératoire (6 cas), soit chirurgical (3 cas), soit traditionnel (2 cas). Dans certains cas, il y a eu combinaison du traitement médical et traditionnel. Une seule patiente dit n'avoir tenté jusque là aucun traitement.

A la question de savoir comment elles se protègent de l'écoulement continu des urines 6 d'entre elles disent ne rien utiliser. Les autres mettent des garnitures ou des chiffons relavés. Ce manque d'hygiène corporelle est à mettre sur le compte, d'une part de l'ignorance des risques d'infection et de l'autre sur le laisser aller souvent présent chez ces patientes mises à l'écart de la société.

Les aspects psychosociaux de la fistule obstétricale sont au premier plan des conséquences sur la vie de ces jeunes patientes. Pour ces patientes, la réaction de leur famille est bonne avec presque toujours une assistance morale et matérielle (9 cas sur 10), l'autre est malheureusement rejetée par sa famille. Il s'agit de l'une des deux mères célibataires.

Pour les huit patientes mariées au moment de la constitution de la fistule, seules 2 reçoivent encore de l'assistance de leur mari dont une toujours en union. Les autres sont soit répudiées, soit abandonnées de leur mari. La vie familiale est ainsi brisée et les victimes finissent par se retrouver seules. L'entourage immédiat des fistuleuses (voisins) est partagé entre assistance (5/10), rejet (3/10) et indifférence (2/10).

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il ressort de cette enquête que notre pays, à l'instar des autres pays sub-sahariens est confronté au phénomène des fistules obstétricales. Le niveau de la couverture sanitaire, l'étendue du territoire et le contexte social en sont les principaux déterminants.

La courte durée de l'enquête a permis néanmoins:

- de toucher du doigt la perception qu'ont les professionnels de la santé de cette pathologie,
- de rencontrer des fistuleuses et de savoir leur parcours d'avant et d'après la fistule,
- d'identifier les causes ayant abouti à cette infirmité,
- de faire des recommandations pour trouver les meilleurs moyens d'améliorer la prise en charge globale - physique et morale - des femmes porteuses de fistules obstétricales et de faire baisser le taux d'incidence des fistules.

1. PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE:

L'écrasante majorité des professionnels de santé ne savent pas ce qu'est une fistule obstétricale et partant ses causes et ses moyens de prévention et de prise en charge. Cette ignorance constitue un frein dans toute action visant à faire baisser les taux de prévalence des fistules.

2. LE PARCOURS DES FISTULEUSES :

Avant la constitution de la fistule ce parcours est marqué par un énorme retard dans l'accès à une structure offrant des soins obstétricaux essentiels. Ce retard est dû, aux pesanteurs sociales de toutes sortes et aux grandes distances à parcourir pour accéder aux structures de soins qualifiés. Après l'accouchement et l'installation de la perte involontaire et continue d'urines, environ un tiers des patientes a tenté de se traiter chirurgicalement. Les autres ont soit été mal orientées, soit n'avaient pas les moyens de se déplacer et de se faire opérer.

3. CAUSES :

Les principales causes retrouvées sont la durée du travail, elle-même secondaire à l'insuffisance de la couverture en structures de santé pouvant proposer une prise en charge adéquate des soins obstétricaux

et le jeune âge à l'accouchement (accouchement à 10 ans).

La pauvreté aussi a joué un rôle dans le retard du transfert vers une structure de soins de plus haut niveau. L'une des patientes, déjà épisiotomisée, a attendu la vente au marché d'un veau pour pouvoir être évacuée, une autre a été évacuée à dos de chameau et une par charrette.

4. RECOMMANDATIONS :

Sur la base de constat, ci-après sont quelques pistes d'orientation en vue de proposition d'un programme d'intervention en matière de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales en Mauritanie.

4.1. Campagnes de Plaidoyer/Sensibilisation à plusieurs niveaux au profit des décideurs politiques et sanitaires, des prestataires de soins, et des leaders d'opinion et des communautés.

4.2. Travail profond de formation et d'information des personnels de santé. Il est primordial dans l'amélioration de la connaissance du phénomène des fistules obstétricales, ce qui permettra, en amont, d'accélérer les références en cas de dystocie et en aval, de conseiller efficacement les patientes pour leur prise en charge thérapeutique. " En effet l'adage le dit si bien : on ne trouve que ce que l'on cherche et on ne cherche que ce que l'on sait ".

4.3. La formation spécialisée de certaines catégories professionnelles (chirurgiens, urologues, gynécologues/obstétriciens, sages femmes, infirmiers spécialisés et personnels sociaux) permettra de prévenir de nouveaux et améliorer la prise en charge des cas existants. Un perfectionnement des chirurgiens aux techniques nouvelles de cure des fistules améliorera les taux de succès.

4.4. Mise en place d'une structure de référence nationale pour la prise en charge médico-chirurgicale des cas de fistules existantes et à venir

4.5. Mise en place de mécanismes de prise en charge psychosociale et juridique des cas de fistule.

4.6. Mise en place de mécanismes de recueil de données pour le suivi du programme.

VIII BIBLIOGRAPHIE

1. MOUDOUNI S. ET COLL.

Les fistules vésico-vaginales obstétricales. A propos de 114 cas
Progrès en Urologie (2001), 11, pages 103-108.

2. VANGEENDERHUYSEN C. & COLL.

Obstetric fistulae : incidence estimates for sub-Saharan Africa
Internat Journal of Gynecology & Obstetrics (2001), 73, pages 65-66.

3. GUIRASSY S. ET COLL.

Cure de fistule vésico-vaginale par voie basse en décubitus ventral (34) cas.
Progrès en Urologie (1994), 4, 561-562.

4. MENSAH A. ET COLL.

Les aspects neurologiques de la fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.
Progrès en Urologie(1996), 6, 398-402.

5. RANDRIAMANANJARA N. ET COLL.

Bilan d'une cure chirurgicale des grandes fistules vésico-urétro-vaginales post - obstétricales.
Médecine d'Afrique noire (2000), 47, 120-122.

6. QI LI YA ET COLL.

Traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati .
Médecine d'Afrique Noire (2000), 47, 165-168.

7. RICHARD F.

Fistules vésico-vaginales.
ConStat, 1995, 3, 19-22.

8. OBSTETRIC FISTULA:

Rapport évaluation des besoins. Conclusion de 9 pays africains :
Zambie, Tchad, Bénin, Ouganda, Nigeria, Niger, Mozambique, Mali & Malawi.
UNFPA 2003.

IX. ANNEXES

QUESTIONNAIRE 1

(Etat des structures de santé)

QUESTIONNAIRE/EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DES FISTULES OBSTETRIQUES

(Needs Assessment)

Introduction :

La fistule obstétricale (une perforation de la paroi du vagin qui le met en communication avec la vessie et/ou le rectum) est fréquente, sévère, débilante, et largement négligée dans le domaine de la santé de la reproduction (morbidity). L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'il existe actuellement au moins 2 millions de filles et femmes vivant avec une fistule, et que 50 à 100.000 nouvelles se créent chaque année. Pour la majorité de ces filles et femmes, les services pour réparer leur handicap (par ailleurs relativement simple techniquement dans la plupart des cas) sont hors de portée pour plusieurs raisons :

- Elles ne sont pas informées qu'une telle condition est réparable.
- La distance pour arriver à un centre de santé spécialisé pour soigner cette maladie
- La faible probabilité qu'un centre de santé accessible offre le traitement des fistules parmi son éventail de services.
- Le manque de chirurgiens adéquatement formés sur ces techniques particulières.
- L'accumulation de clientes dans les centres existants qui fournissent le traitement.

Objectif :

Pour mieux comprendre la meilleure façon d'aborder les interventions stratégiques (préventives, éducatives et thérapeutiques) possibles, il est important de voir quels sont les centres existants, comment ils opèrent, et s'ils sont bien placés pour améliorer et/ou accroître leurs services. L'objectif de cet exercice est alors de commencer à répondre à ces questions d'une manière rapide, avec l'aide d'une carte si possible (foyers de prévalence, origine des patients, emplacement des centres, zones de couverture).

Questions :

1. Décrivez brièvement l'état actuel de ce problème dans le pays sur le plan de l'information, données de prévalence, intérêt parmi les directeurs de santé publique, les associations professionnelles (sage-femmes, obstétriciens, urologues), les ONGs, les bailleurs en santé reproductive, etc. Notez si la fistule obstétricale est considérée comme un sujet important, et identifiez les types de ressources disponibles pour aborder le problème. Comme c'est un sujet assez délicat et mal connu, ce sondage initial nécessitera peut-être une série de conversations avec divers prestataires de services locaux, pour essayer de trouver ceux qui sont bien informés et acceptent de parler du problème. N'oubliez pas que la plupart des fistules sont le résultat d'un accouchement mal conduit... et souvent chez des femmes trop jeunes, trop pauvres, trop isolées/exclues

2. Y a-t'il des centres de santé spécialisés dans le traitement et la ré-éducation / réhabilitation des porteuses de fistule (en général des services d'urologie, mais pas uniquement)? Si oui, évaluez les éléments suivants pour chaque centre :

- centre autonome ou pavillon d'hôpital, public et privé (carte)
- nombre de traitements de fistules par année (pourcentage considéré "réussi" (définir "réussite"), complications, séquelles
- la provenance géographique des clientes
- nombre/formation/taux de "réussite" des chirurgiens. Nombre d'urologues, de CES de spécialité, de CES de chirurgie générale, d'obstétriciens capables ou désireux d'opérer les fistules
- nombre/formation des infirmiers(e)s participant aux opérations

- nombre/formation de tout personnel de soins post-opérateurs
- supervision du personnel des services cliniques par les superviseurs sur place (et aussi les spécialistes régionaux)
- disponibilité de traitement et délais d'attente
- prix d'une opération (y compris prise en charge, médicaments)
- possibilité d'amélioration, d'expansion des services (notez si le centre pourrait se positionner pour devenir un centre national/régional de formation)

3. Quels sont les sources actuelles de fonds pour ces centres de santé ? Sondez pour le soutien du secteur public (Ministère de la Santé), des institutions privées (fondations, ONGs), des bailleurs de la place, etc.

S'il y a des frais d'admission, de traitement, sondez pour voir si ces frais sont considérés raisonnables, accessibles aux plus pauvres, ou s'ils sont perçus comme dissuasifs par les clientes potentielles.

4. Pour tout centre, évaluez les points suivants :

- Infrastructure : disponibilité d'un bloc spécialisé
- hébergement pour les clientes pré- et post-opération
- équipement, petit matériel (sondes, etc)
- consommables chirurgicaux et médicaux
- besoins de formations pour les chirurgiens, infirmier(e)s, sage-femmes, prestataires de soins post-opérateurs
- questions administratives (salaires, coûts d'entretien, consommables, frais, contrôle d'infection...)
- le niveau de soins obstétricaux essentiels disponibles dans le pays, dans la capitale et dans les régions
- le nombre de césariennes par mois/année
- le nombre de naissances instrumentales (ventouse obstétricale ou forceps) et la proportion par rapport au nombre de naissances annuelles

5. Quels sont les besoins sociaux et communautaires existants et souhaités pour aider les femmes à être mieux informées des services qui les aideraient à se soigner et à se ré-insérer dans la société après traitement ? Sondez pour les besoins d'information et d'éducation sur la prévention dans la communauté, les services disponibles.

6. Si un nouveau centre s'établissait, décrivez brièvement les arguments, les avantages, et évaluez les coûts, les besoins. Voir questions 2 et 4 pour les sujets à analyser.

7. Quels sont les besoins sur le plan du plaidoyer auprès des responsables politiques, des prestataires chirurgicaux, des associations professionnelles, et du public en général (société civile : associations, médias, élus) ?

8. Pouvez-vous recommander 2-4 noms de spécialistes nationaux, du point de vue médico-chirurgical ainsi que socioculturel ? Sondez pour voir s'ils sont spécialisés, et disposés à intervenir sur le plan national/régional.

9. Identifiez les besoins de recherche sur le plan de la collecte et de l'enregistrement de données, sur les aspects socioculturels.

QUESTIONNAIRE 2

(Adressé aux personnels de santé assistant les accouchements, les médecins urologues et autres personnes clés de la communauté)

WILAYA :
MOUGHATAA :
LOCALITE :
ETAT CIVIL :

Nom : Prénom :
Age : Adresse :

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (nbre d'années d'exercice) :

STATUT :

Médecin généralistes Médecin gynéco/obstétriciens Médecin urologue
Chirurgien Sage femme Infirmière
Matrone Ac. Aux. Ac. Trad.
Agent de santé communautaire Autres (à préciser)

LIEU D'EXERCICE :

Poste de santé Centre de santé Hôpital Domicile USB

A PROPOS DE LA FISTULE OBSTETRICALE :

* Savez-vous ce qu'est une fistule obstétricale ? Oui Non

Si Oui, quels sont ses signes et sa cause ?

-Que connaissez-vous de la prise en charge et du traitement des cas de fistules ?

-Connaissez-vous des fistuleuses dans votre entourage ? Oui Non

* Si oui, quel est le nombre et les adresses des patientes.

QUESTIONNAIRE 3

(Adressé à la patiente)

WILAYA :
MOUGHATAA :
LOCALITE :
ETAT CIVIL :

- Nom : - Prénom :
- Age : - Profession :
- Ethnie : - Lieu de résidence :
- Parité : - Gestation :

- Niveau d'instruction :
Analphabète Primaire ou secondaire Supérieur

- Source de revenus

Mari Famille Elle-même Mendicité

Autres (à préciser) :

A PROPOS DE LA FISTULE :

- * Age au premier mariage :
- * Age au moment du 1er accouchement :
- * Ancienneté de la fistule (en années, mois, semaines) :
- * A quel rang de grossesse est survenue la fistule ?
- * Est-ce que la grossesse était désirée / planifiée ?
- * Quelle était la durée du travail (en heures) ?
- * L'accouchement était-il assisté : Oui Non
- * Lieu de l'accouchement :
- * Comment est-elle arrivée au lieu d'accouchement ?
- * A t-elle été transférée : Oui Non
- * Si oui, avec quel moyen ? et quelle distance ?
- * Nature de l'accouchement :
 - 1. voie basse
 - simple manœuvres manuelles
 - instrumentales
 - 2. césarienne :
- * Enfant : vivant mort-né
- * Distance entre la structure de santé la plus proche et le lieu de résidence :
- * Distance entre le bloc de chirurgie opérationnelle le plus proche et lieu de résidence :

COMMENT ELLE VIT SA FISTULE

- * Que pense t-elle être les causes des fistules ?
- * Que pense t-elle être les causes d'un travail (accouchement) difficile ?
- * A-t-elle tenté un traitement médical ou traditionnel ? Oui Non
- * Si Oui, lequel ?
- * A-t-elle été opérée ? Oui Non
- * Si Oui : Où ? Combien de fois ?
- * Quel est le résultat ?
- * Comment se protège-t-elle ?
 - garniture :
 - chiffon de fortune:
 - usage unique - relavé
 - pharmaceutiques
 - sonde à demeure - rien
- * Quelle est la réaction de sa famille devant son état ?
 - Mari : rejet assistance indifférence
 - Famille : rejet assistance indifférence
 - Entourage : rejet assistance indifférence
- * Sait-t-elle ce que c'est une fistule ?
- * Sait-t-elle que cela se soigne ?
- * Accepte-t-elle d'être opérée pour guérir ?
- * Quel est son souhait actuel ?

Date :

Signature de l'enquêteur :

WILAYAS (REGIONS) VISITEES DURANT L'ETUDE

WILAYA	Fréquence	Pourcentage
ASSABA	80	33,8%
GUIDIMAKHA	57	24,1%
HODH ELCHARGUI	100	42,2%
Total	237	100,0%

MOUGHATAAS (DEPARTEMENTS) VISITEES DURANT L'ETUDE

MOUGHATAA	Fréquence	Pourcentage
AMOURJ	25	10,5%
BARKEWOL	12	5,1%
BASSIKNOU	12	5,1%
BOUMDEID	4	1,7%
DJIGUENI	12	5,1%
GUERROU	5	2,1%
KANKOSSA	23	9,7%
KIFFA	36	15,2%
NEMA	28	11,8%
OUALATA	10	4,2%
OULD YENGE	14	5,9%
SELIBABY	43	18,1%
TIMBEDRA	13	5,5%
Total	237	100,0%