

Fistule obstétricale : quand les femmes n'ont pas accès aux soins d'urgence

Autor(en): **Slinger, Gillian**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 1

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949643>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Fistule obstétricale

Quand les femmes n'ont pas accès aux soins d'urgence

«Dans un monde d'inégalités, la pire des inégalités est celle des femmes et des jeunes filles devant vivre avec une fistule obstétricale» souligne Gillian Slinger. Dans le monde occidental, on ne sait plus vraiment ce qu'est cette affection aux conséquences dramatiques tant sur le plan physique, psychologique que social. Dans de nombreuses régions du monde, y compris souvent celles qui sont ravagées par la guerre, des milliers de femmes vivent cette condition dégradante. Il existe pourtant des solutions à la fois pour prévenir ou pour guérir des fistules obstétricales.

Gillian Slinger

Résultant de problèmes sérieux lors des accouchements vécus dans des conditions de bas revenus, une fistule obstétricale est une lésion entraînant une communication anormale entre la vessie et le vagin et/ou entre le rectum et le vagin, qui provoque une incontinence urinaire et/ou fécale continue et chronique.

Avec une incidence totale située entre 50 000 et 100 000 femmes chaque année et une prévalence estimée entre 2 et 3,5 millions de cas de par le monde, la fistule obstétricale est directement liée à un travail prolongé et bloqué du fait d'une disproportion céphalopelvienne ou d'une mauvaise présentation. Autrefois, les cas de fistules obstétricales existaient partout dans le monde, mais avec le développe-

ment de l'accompagnement compétent durant le travail et d'hôpitaux fournissant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité¹, notamment grâce à la césarienne, elles ont complètement disparu dans l'hémisphère Nord.

Dans de nombreuses régions d'Afrique et d'Asie, la situation est en revanche dramatiquement différente. Dans ces régions du monde, en raison de situations

socio-économiques, culturelles et géographiques, les femmes ont peu – ou pas du tout – accès aux hôpitaux disposant des services CEmONC. Cette situation tragique conduit à des taux de mortalité maternelle élevés comme à une incidence importante de morbidité maternelle, comprenant entre autres les fistules obstétricales. Dans ces circonstances, on compte aussi de forts taux d'enfants mort-nés, de morts néonatales ainsi que toute une série de morbidités néonatales/pédiatriques comme l'épilepsie, les handicaps moteurs et mentaux, qui sont la conséquence d'une détresse fœtale due à un travail interminable.

Guerres et accès aux soins

Dans les pays comme le Soudan, le Tchad, la Somalie, le Pakistan et l'Afghanistan, où les femmes n'ont virtuellement pas accès aux centres CEmONC en dehors de ceux situés dans leur capitale respective, les problèmes d'accès aux services médicaux permettant de sauver des vies sont encore aggravés par la guerre. Dans de tels contextes, les conflits en cours non seulement ne permettent pas un transfert vers les services de santé (en raison des mesures de sécurité imposées pour empêcher tout mouvement de population), mais ils provoquent aussi une déperdition complète de l'infrastructure de soins existante, une majeure partie des fonds vitaux étant transférée du système de soins vers les activités militaires.

En Afrique subsaharienne, les femmes sont particulièrement atteintes, du fait entre autres, de l'état de guerre qui sévit dans de nombreux pays de cette région. En plus, pour corser le problème, le mariage précoce des filles (parfois dès 9 ou 10 ans) est souvent la norme culturelle. Par conséquent, beaucoup de grossesses ont lieu à un jeune âge, si bien que ce «cocktail» potentiellement léthal de hauts facteurs de risques donne une idée du nombre significativement élevé de cas de décès maternel et de fistule obstétricale.

Accouchements interminables

Alors que la fistule obstétricale peut affecter des femmes de tous les âges, quelle que soit leur parité, les primipares adolescentes sont bien plus exposées au risque de cette infirmité qui est largement négligée. En tant qu'adolescentes, elles sont généralement capables de

concevoir et de mener une grossesse sans grand problème. En revanche, des difficultés majeures apparaissent durant le travail, quand il est souvent mécaniquement impossible de faire passer un fœtus de taille normale à travers un pelvis immature de mère adolescente.

Eloignée de toute aide médicale, et sans le recours à une césarienne d'urgence permettant de résoudre un blocage du travail, après des journées de contractions sans fin, beaucoup de ces jeunes filles meurent d'une rupture d'utérus. Celles qui survivent à cette terrible épreuve perdent leur enfant. Pour intensifier cette souffrance, beaucoup d'entre elles se retrouvent aussi avec une fistule obstétricale du fait d'une compression constante (et d'une nécrose) des tissus maternels par la tête du fœtus pendant le travail.

Handicaps multipliés

Les femmes et les jeunes filles ayant une fistule obstétricale connaissent ainsi de grands handicaps physiques et psychologiques causant une détresse importante. Elles souffrent non seulement d'incontinence et d'infections répétées, en plus, dues aux lésions du nerf pelvien durant le travail traumatique, elles se retrouvent en situation de «steppage» (anomalie de la marche) conduisant à la paralysie d'une ou des deux jambes.

Et, pour couronner le tout, en raison de leur «incapacité» à engendrer un enfant vivant et de leurs pertes constantes d'urine et/ou d'excréments associées à une odeur incommodante, beaucoup de femmes ayant une fistule obstétricale sont rejetées par leur conjoint. En outre, elles sont fréquemment traitées comme de véritables parias par leur propre communauté et même persécutées à cause de leur condition. Dans ces circonstances épouvantables, elles sont nombreuses à devoir mendier leur nourriture, certaines même à se tourner vers la prostitution pour pouvoir survivre. Il n'est pas rare pour elles de voir le suicide comme seule issue à cette souffrance et à cette solitude. Les femmes et les jeunes filles souffrant de fistule obstétricale vivent en effet une existence véritablement misérable; elles en souffrent dès leur jeune âge et pour une vie entière.

Prévention des fistules obstétricales

On peut prévenir les fistules obstétricales par un bon fonctionnement du système de santé, incluant l'accès aux services CEmONC, un bon système de transfert et un accompagnement compétent à

l'accouchement. La sensibilisation de la communauté est aussi un élément clé, comprenant l'intégration du mari, de la belle-mère (de la patiente) et des accoucheuses traditionnelles² qui constituent souvent les principales sources de décision en ce qui concerne la santé de la mère et la gestion de l'accouchement.

Réparations possibles

Pour une femme qui vient de subir un accouchement traumatique prolongé ou pour une femme ayant une fistule vésicovaginale récente (c'est-à-dire une fistule entre la vessie et le vagin provoquant une incontinence urinaire dans les 6–8 semaines après l'accouchement), on peut éviter la formation d'une fistule permanente dans 20–50% des cas simples en posant une sonde Foley dans la vessie pour un temps variable (jusqu'à 6 semaines). Tout en laissant la vessie vide, on permet une guérison spontanée des petites lésions nécrosées. A nouveau, cela n'est possible que si la femme a accès à une structure de soins et si l'équipe sanitaire est bien formée pour ce type de procédure.

Les fistules obstétricales peuvent aussi être réparées par la chirurgie. Réalisée par un chirurgien spécialisé, l'opération



¹ En anglais: «hospitals providing quality comprehensive emergency obstetric and neonatal care» CEmONC.

² En anglais: Traditional Birth Attendants TBAs.

Abéché, Tchad

Le Projet Papillon

Après avoir travaillé plusieurs années comme sage-femme en Europe, j'avais entendu parler de fistule obstétricale, mais ni moi ni mes collègues sages-femmes nous n'avions vu un seul cas. Ce n'est que lorsque j'ai débuté dans l'action humanitaire comme sage-femme que j'ai été exposée pour la première fois à ce problème. La vue de ma première fistule obstétricale en Afrique a littéralement changé ma vie. J'ai pris alors conscience du degré de dégradation de vie et de désespérance de ces femmes et ces jeunes filles, cela m'a tellement choquée et j'ai senti tant de compassion pour elles que, des années durant, je suis devenue une «activiste» militant pour la prévention et la réparation des fistules obstétricales.



En 2007, nouvellement nommée au poste de «Référénte Médicale pour la Santé Reproductive» pour MSF Suisse, j'ai aidé une équipe à mettre en place un projet fistule connu sous le joli nom de «Projet Papillon» à Abéché, au Tchad. Avec 300 à 400 nouvelles femmes souffrant de fistules dans le pays chaque année, plus celles atteintes de fistule dans les années précédentes, et avec une liste d'attente de plus de 100 femmes à l'hôpital local, l'équipe doit relever un défi difficile. De plus, les conditions de sécurité dans le pays rendent difficile le travail de l'équipe qui doit s'effectuer en proximité des populations vulnérables qui ont peu d'accès aux services CEmonc.

Depuis 2007, j'ai spécialement pris à cœur ce Projet Papillon en assurant un suivi et un conseil technique en continu. En août 2009, j'y suis retournée. Le moment fort de ma visite fut un événement particulier le 14 août. On a fêté ce jour-là la 100^e réparation chirurgicale de fistule de l'année 2009. L'événement a réuni des dignitaires locaux, des partenaires et le personnel de l'hôpital et de MSF ainsi que, bien sûr, les patientes souffrant de fistule elles-mêmes.

Je travaille inlassablement sur les fistules obstétricales, y compris pour la pré-

vention et pour la réparation chirurgicale, à la fois pour MSF mais aussi en dehors de MSF, en faisant des formations, en rédigeant des articles, en faisant des exposés lors de conférences internationales, en accordant des interviews dans les médias. J'ajoute que ces activités (visites aux patientes durant leur hospitalisation, accompagnement des chirurgiens dans leurs projets sur le terrain) ont lieu durant mes propres vacances. Je suis également active lors des rencontres internationales sur les fistules obstétricales.

Après avoir survécu à un accouchement traumatique, une mort fœtale et ensuite les conséquences dramatiques d'une fistule obstétricale – durant des mois, parfois des décades – c'est un moment émouvant de voir cette joie fantastique que vit la patiente qui réalise qu'elle n'est plus incontinente. C'est pour cette raison que je travaille intensément pour la prévention aussi bien qu'à la réhabilitation des femmes souffrant de fistules obstétricales, avec l'espoir de voir un jour cette condition totalement éradiquée à l'échelle mondiale.

Pour avoir plus d'informations en anglais, français et en allemand et pour voir la galerie de photos de cet événement: www.msf.ch > Actualités > Articles > 15.09.09 «Tchad – Abéché – 100 femmes opérées depuis le début de l'année pour des fistules obstétricales».

Cet article est dédié à mes sœurs souffrant de fistule obstétricale dans beaucoup de pays du monde et aussi à toutes les personnes qui, avec constance et compétence, travaillent inlassablement à aider les nombreuses femmes et jeunes filles dont les vies sont détruites par cette condition des plus dégradantes.

se fait presque toujours par voie vaginale mais, pour les cas plus difficiles, il faut intervenir par la voie abdominale. L'intervention dure approximativement une heure pour les cas simples, jusqu'à plusieurs heures (et de nombreuses opérations subséquentes) pour les cas plus complexes. Avec un chirurgien spécialisé en réparation de fistule et avec un suivi postopératoire méticuleux, on peut espérer un taux de succès de 90%.

Vers une nouvelle existence

Durant l'hospitalisation, la physiothérapie est capitale pour encourager la patiente, par des exercices, d'abord à corriger les problèmes moteurs comme le «steppage», et ensuite à entraîner le contrôle urinaire après la réfection chirurgicale. Simultanément, un soutien psychologique fait partie du processus de réhabilitation et les patientes sont encouragées à découvrir de nouvelles compétences, telles que la vannerie ou le crochet, dans l'espoir que cela leur donnera à l'avenir davantage d'autonomie et une source de petits revenus.

Pour les 10% des femmes qui ne peuvent connaître une réhabilitation du premier coup, une nouvelle chirurgie est souvent tentée. Pour certaines toutefois, cela n'est pas possible, parce que les dommages internes sont trop importants.

Après une réparation chirurgicale réussie, certaines femmes sont à nouveau acceptées par leur conjoint, tandis que d'autres se remarient. Toutes – sans exception – retrouvent leur dignité et une existence normale. En échange, la patiente reçoit un conseil essentiel sur la contraception. On lui explique en outre qu'il faudra éviter les rapports sexuels durant 3–6 mois et une grossesse au moins pour l'année suivante, elle reçoit des instructions strictes incluant des consultations anténatales et une césarienne électorale pour tous les accouchements à venir. En aucun cas, elle ne peut compter sur un futur accouchement par voie vaginale. Accoucher par voie basse, mettra non seulement la réparation fistule sous pression, il mettra aussi la vie de la mère et celle du fœtus en danger, et mettra la maman à haut risque en situation de développer une nouvelle fistule obstétricale.

Après être sortie de l'hôpital, la patiente est suivie – quand c'est possible – à 3, 6 et 12 mois pour un soutien et un conseil, lui garantissant une réhabilitation chirurgicale, mais aussi une réinsertion sociale dans sa propre société. ◀