

ANNE-SOPHIE ROCHAT

Collège Claparède

403

ACCOUCHER EN BROUSSE : DU REVE AU CAUCHEMAR

Travail de maturité

Janvier 2013



Résumé

Ce travail de maturité porte sur l'accouchement non assisté en Afrique et est basé sur deux séjours humanitaires au Bénin. Il a pour but d'expliquer les conditions de vie des femmes africaines, ainsi que les conséquences qui peuvent subvenir après un accouchement effectué sans assistance médicale. L'apparition d'une fistule obstétricale étant la pire conséquence pour celles dont l'accouchement en brousse se passe mal.

L'étude porte sur ce qu'est une fistule obstétricale et sur l'exclusion qu'elle engendre. La souffrance des femmes victimes de ce fléau est contée dans ce travail afin de sensibiliser le lecteur à cette réalité méconnue. Les différentes aides et soutiens à cette cause sont également présentés dans le but d'illustrer le dévouement que certains portent à ces femmes.

Mon séjour à l'hôpital St. Jean de Dieu à Tanguéta, principal centre de santé traitant les fistules obstétricales au Bénin, m'a permis d'évaluer la gravité de la situation, de récolter divers témoignages et interviews. J'ai également eu la possibilité de prendre des photos, présentes dans ce travail, afin de permettre au lecteur de mieux s'imaginer la situation. La finalité de ce travail de maturité est de rendre aux femmes porteuses de fistules obstétricales la considération qu'elles méritent.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION

1.1. Présentation du travail

1.2. Situation de l'action

1.3. Origine des missions fistules à l'hôpital de Tanguiéta

1.4. La vie quotidienne d'une femme béninoise

2. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

2.1. Conditions d'accouchement non assisté

2.2. Problèmes liés à l'accouchement non assisté: naufrage d'une grossesse et naissance d'une fistule

2.3. Témoignage de Bakawo Kapouri, atteinte d'une fistule obstétricale

3. TRAITEMENT DE LA PROBLEMATIQUE

3.1. Peut-on guérir d'une fistule obstétricale ?

3.2. Interview du docteur Charles-Henry Rochat

3.3. Présentation du modèle de Tanguiéta

4. PREVENTION

4.1. Comment prévenir les complications dues à l'accouchement

5. SOUTIENS ET AIDES

5.1. Recrutement et suivi

5.2. Interview d'Estelle Siraud et de Rafiatou Bassobgui Zongo

5.3. UNFPA et GFMER

6. CONCLUSION

6.1. Bilan du travail

6.2. Avis personnel

7. REFERENCES

7.1. Bibliographie

7.2. Sitographie

7.3. Film documentaire

8. REMERCIEMENTS

1. INTRODUCTION

1.1. PRESENTATION DU TRAVAIL

Les accouchements non assistés en Afrique peuvent avoir des conséquences désastreuses: une affaire de souffrance, de honte et d'exclusion. Il s'agit d'un monde où seule une faible frontière sépare la vie de la mort, au sein de communautés extrêmement pauvres, isolées, la plupart du temps analphabètes et sans aide sanitaire. L'épouse est responsable du foyer familial, mais tenue à l'écart dans une société dirigée par les hommes omnipotents, et pour lesquels la polygamie et les mariages forcés sont généralement admis. La femme se voit promise au mariage dès son plus jeune âge et se retrouve enceinte, à peine la puberté entamée. Il est donc courant qu'une jeune fille de 13 ans tombe enceinte d'un homme de 70 ans. Cette domination masculine pousse de nombreuses femmes au suicide, lorsqu'elles prennent conscience de la vie qui les attend. Les accouchements qui se passent de façon traditionnelle, sans assistance médicale, peuvent tourner au drame chez ces femmes, trop jeunes et sans éducation. Si l'accouchement se déroule difficilement, la femme peut mourir dans son village, ou survivre plusieurs jours dans de grandes souffrances avant que le bébé ne puisse être extrait, d'une façon ou d'une autre. Les conséquences de tels accouchements entraînent non seulement la mort du bébé, mais aussi des destructions tissulaires au niveau de l'utérus et du vagin. Cela peut conduire à ce que l'on appelle la fistule obstétricale.



A quatorze ans, cette jeune fille venait de se faire opérer d'une fistule obstétricale

J'ai eu l'occasion d'accompagner à deux reprises, en 2010 et en 2012, une équipe médicale en mission à la frontière du Bénin et du Burkina Faso, à Tanguiéta. Cette mission chirurgicale avait pour but spécifique de venir au secours des femmes qui vivent ce drame physique et social.

J'ai donc eu la chance de suivre de près le travail de l'équipe, jour après jour, les accompagnants de la consultation au bloc, puis à la visite postopératoire. Cela m'a permis de mesurer l'ampleur de la souffrance qu'éprouvent ces femmes, mais aussi du courage avec lequel elles affrontent leur calvaire. Pas une seule fois je n'ai entendu de plainte ou de remarque, seulement l'immense gratitude qu'elles ont à l'égard des médecins.

La plupart d'entre elles n'a jamais mis les pieds dans un hôpital et certaines n'ont même jamais vu de personne blanche. Malgré leur peur, elles font confiance aux médecins car elles savent que c'est leur dernier espoir.

J'ai été profondément marquée par l'attitude des patientes car elles dorment à même le sol dans les couloirs de l'hôpital, souffrent terriblement et sont loin de chez elles alors que ça ne leur est jamais arrivé. Les femmes attendent des jours avant de se faire opérer, tant la liste d'attente est longue. Elles gardent cependant le sourire et sont toujours accueillantes et chaleureuses.

La barrière de la langue a rendu la communication difficile entre nous, mais toute leur gentillesse s'exprimait à travers des gestes. Sans le savoir, ces femmes m'ont énormément appris et enrichie. C'est pour cela qu'en retour, je leur consacre mon travail de maturité car cette problématique des pays en voie de développement est malheureusement méconnue dans les pays développés.

Des témoignages et des interviews filmés sur place appuieront ma présentation, mon carnet de voyage, afin de sensibiliser le lecteur à cette cause. Pour ce faire, je présenterai brièvement le cadre de l'action chirurgicale ainsi que le mode de vie d'une femme béninoise. Puis j'expliquerai les problèmes et les conséquences liés aux accouchements non assistés. Pour finir, je présenterai les aides extérieures dont les femmes bénéficient ainsi que les solutions à cette problématique.

1.2. SITUATION DE L'ACTION



Vue du village de Tanguiéta, aux limites de la brousse

Ces missions se sont déroulées au nord du Bénin, à l'hôpital des Frères hospitaliers de St. Jean de Dieu, à Tanguiéta. Cette congrégation s'est installée il y a près de 40 ans dans un petit village en zone rurale, au cœur d'une végétation aride et d'un relief fait de grandes plaines et de petites collines: l'Attacora. Au fil des ans, c'est une petite ville qui s'est développée autour de l'hôpital, dont la réputation pour ses soins de qualité s'est étendue bien au-delà de la zone sanitaire de Tanguiéta. Le Bénin est un pays d'une superficie semblable à la Suisse, qui compte environ 8 millions d'habitants. Il est situé entre un pays anglophone, le Nigéria, et trois pays francophones, le Togo, le Burkina Faso et le Niger. La capitale est Abomé, mais la capitale économique est Cotonou, dont le port représente une importante activité commerciale. Il s'agit d'une ancienne colonie française, le Dahomé, qui a fait place à la République du Bénin en 1991. Le système politique et juridique est resté calqué sur le modèle français. Le ministère de la santé administre 34 zones sanitaires et a intégré l'hôpital confessionnel de Tanguiéta dans sa carte sanitaire.

1.3. ORIGINE DES MISSIONS FISTULES A L'HOPITAL DE TANGUIETA

La première mission dédiée uniquement aux fistules obstétricales a eu lieu en 1996 à l'hôpital de Tanguiéta. Le programme a commencé sous l'initiative du Docteur Charles-Henry Rochat, de Genève. Ce médecin, qui avait déjà un engagement humanitaire de longue date, principalement dans des pays en guerre, a commencé en 1993 à aider le Frère Florent, médecin et chirurgien religieux de l'hôpital St. Jean de Dieu. Leur action s'est tout d'abord déroulée au Togo, puis au Bénin. C'est à cette occasion qu'il a pris conscience de l'ampleur de cette problématique et qu'il a décidé, avec le Frère Florent, actuellement directeur de l'hôpital, de mettre sur pied un centre de traitement et de formation pour une prise en charge globale des fistules obstétricales à Tanguiéta.



Bâtiment administratif à l'entrée de l'hôpital St. Jean de Dieu de Tanguiéta

1.4. LA VIE QUOTIDIENNE D'UNE FEMME BENINOISE

Le quotidien d'une femme béninoise vivant dans des villages reclus et éloignés des grandes villes se résume à être une bonne mère de famille et une bonne femme pour son mari. Cela n'implique ni reconnaissance ni gratitude. Pour la population, cela est normal et n'est pas sujet à discussion car il en a toujours été ainsi, de générations en générations.

La femme ne reçoit aucune aide et reste à la maison afin de subvenir aux moindres désirs des siens. Elle cuisine, pile les grains, va chercher de l'eau à des kilomètres, lave les vêtements, nettoie la case, s'occupe des enfants, effectue de longs trajets à pied afin de vendre les galettes de sésame ou le dolo (sorte de cidre) qu'elle a confectionné la journée. Elle est sans cesse réquisitionnée pour toutes sortes de travaux, souvent inadaptés et éreintants.

L'épouse n'a pas le droit de se plaindre, notamment lorsque son mari souhaite avoir un rapport sexuel sans son consentement. Celui-ci, bien souvent au chômage et plus préoccupé par l'alcool que par sa famille, est considéré comme indispensable au maintien de la famille, supérieur, alors qu'il est clair que le pilier de la famille est la femme. Elle mène la même routine, effectue toujours le même travail, tout au long de sa vie, également lorsqu'elle est enceinte.

En effet, pour les peuples isolés, attendre un enfant ne rime pas avec repos. Le rythme de vie de la femme enceinte reste le même, tout au long de la grossesse. Elle continue par exemple d'aller chercher l'eau qu'elle portera sur sa tête durant des kilomètres et de porter de lourds sacs de graines. De telles conditions de vie pourraient expliquer un certain nombre de mort-nés mais cette thèse n'est pas populaire au Bénin.

Certaines croyances expliquent en effet cela en accusant la femme d'avoir trompé son mari et d'être à présent punie par Dieu. Le mari et la belle-mère s'appliqueront à faire assimiler cela à la femme en l'insultant et en l'excluant totalement si elle accouche plus d'une fois d'un mort-né. La femme se retrouvera seule, sans famille, sans amis, et sans logement.

Dans le cas où en plus de l'enfant mort-né, elle développe une fistule obstétricale à la suite d'un accouchement difficile, sa situation devient encore plus difficile. Si personne ne lui vient en aide, la femme sera condamnée à passer tout sa vie retirée dans la brousse afin d'éviter le regard des autres qui la jugent et la rejettent à cause de sa malchance et de sa mauvaise odeur.

La femme se trouvera également rejetée si elle est stérile car enfanter est son seul rôle. Si elle ne peut pas avoir d'enfant, la famille aura le sentiment de nourrir cette femme pour rien car elle n'est pas capable d'accomplir sa tâche. Dans certains cas, la femme ne sera pas rejetée mais son mari prendra une autre femme, capable elle, de procréer.

2. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

2.1. LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT NON ASSISTE



C'est dans des villages reculés des villes comme celui-ci que les femmes accouchent

L'arrivée d'un enfant marque un jour très important et est fêté dans tout le village. Une cérémonie est organisée pour accueillir le nouvel arrivant et est, selon les villages, très protocolaire, tout comme les conditions dans lesquelles la femme accouche. Dans les villages peuls (peuple nomade) par exemple, la femme est tenue de se tenir aux traditions et d'accoucher dans la case où sont parqués les animaux car c'est là que se trouve l'esprit des ancêtres.

Un villageois pratiquant la médecine traditionnelle assiste à l'accouchement pour qu'il se passe dans les meilleures conditions possibles mais ses actions ont plutôt tendance à empirer la situation, du fait de sa méconnaissance de la médecine. Ces différents éléments impliquent de nombreuses complications qui se terminent fréquemment par la mort de la mère ou de l'enfant. Dans certains cas, le bébé reste bloqué dans le bassin de sa mère et meurt à l'intérieur de son corps.

Ces femmes sont dans une souffrance indescriptible et un long chemin les attend jusqu'à ce qu'elles puissent arriver dans un hôpital car elles habitent très loin, n'ont pas d'argent, ne savent pas où trouver de l'aide, ni comment se déplacer. Elles sont totalement démunies et isolées. La culture veut qu'une femme ne montre pas sa douleur et la pression qu'elle subit de ses proches l'oblige à attendre que la souffrance devienne insoutenable pour se décider à aller trouver de l'aide dans un centre de santé.

2.2. PROBLEMES LIES A L'ACCOUCHEMENT NON ASSISTE : NAUFRAGE D'UNE GROSSESSE ET NAISSANCE D'UNE FISTULE

A cause des conditions d'accouchement dans les villages, le travail dure souvent des heures et peut aboutir à la mort du bébé, si l'expulsion de l'enfant est entravée pour des raisons anatomiques. Même si les femmes finissent par se rendre à l'hôpital après avoir essayé d'accoucher pendant des heures, il est trop tard, l'enfant est mort et a déjà causé de nombreux dommages.

Le fait que le bébé ait été bloqué si longtemps a comprimé les tissus de l'utérus et du vagin contre les os du bassin et également contre la vessie, si elle n'a pas été vidée par un sondage. Le liquide étant incompressible, c'est la plupart du temps la vessie pleine qui contribue à l'écrasement tissulaire. Ces tissus vont se détruire et entraîner ensuite des trous entre le vagin et la vessie, parfois entraînant le rectum dans le même processus, en créant ce qu'on appelle une fistule obstétricale.

On les nomme aussi fistules africaines puisque ce sont dans les régions les plus pauvres et les plus reculées qu'on en recense le plus. Ces femmes qui ont survécu à un accouchement bloqué se retrouvent dans des conditions médicales et sociales épouvantables. Perdant les urines, et parfois les selles jour et nuit, elles sont honteuses, humiliées et exclues de la société.

Le côté le plus cynique de cette situation est qu'elles sont souvent affublées de malédictions. Une raison de plus pour les laisser pour compte. Des années durant, elles vont souffrir d'infections des urines, de lésions de la peau et d'une incontinence totale. Les tissus du vagin perdent toute leur élasticité, se rétrécissent et sont parfois le siège de calculs qui se forment à cause de l'urine infectée et concentrée car elles évitent naturellement de boire. Les conditions du milieu rural les empêchent de se laver régulièrement et elles s'enrobert de tissus pour se protéger, tout en sachant que partout où elles s'assièrent, elles laisseront une trace, en plus de l'odeur nauséabonde qu'elles dégagent.

Cette vie est un calvaire car il n'y a rien de plus humiliant pour une femme et toute dignité est réduite à néant. Comme si la tragédie de perdre un enfant n'était pas assez éprouvante, il faut également que la femme surmonte le dégoût que les autres ont à son égard et apprenne à vivre dans l'embarras et la honte.

2.3. TEMOIGNAGE KAPOURI BAKAWO, ATTEINTE D'UNE FISTULE OBSTETRICALE



Kapouri Bakawo, porte-parole pour encourager les femmes cachées et désespérées

"J'ai eu mon premier bébé à l'âge de dix-huit ans. J'ai essayé pendant deux jours d'accoucher au village mais ça n'allait pas, alors on m'a emmené jusqu'à Ouagadougou. Là-bas, on m'a dit qu'il fallait enlever l'enfant et ils l'ont fait pendant que je dormais, en le tirant dehors. Le matin, j'ai demandé où était mon enfant et on m'a dit qu'il était mort. J'ai demandé pourquoi et on m'a expliqué que c'était parce qu'il était trop gros.

La semaine qui a suivi mon accouchement, je ne pouvais même pas me lever ou marcher. Je ne pouvais pas uriner, les selles et les urines étaient mélangées et sortaient par mon vagin. Je pleurais beaucoup et le docteur m'a dit de me reposer et de revenir dans deux mois. J'ai attendu mais c'était toujours pareil. Après, j'ai entendu qu'à Tanguéta, au Bénin, une mission des blancs allait venir pour soigner cette maladie. Augustin, qui travaillait pour le diocèse, m'a dit qu'il m'emmènerait là-bas. Je suis donc venue à Tanguéta pour la première fois en l'an 2000, mais l'opération était très difficile, j'ai beaucoup souffert.

Malgré l'opération, les urines et les selles continuaient à beaucoup sortir par mon vagin, même quand je dormais. Je sentais toujours mauvais et j'avais honte. Je n'osais pas sortir de chez moi. Ensuite, on m'a fait un trou provisoire à travers le ventre pour dériver mes selles afin de pouvoir mieux réparer mes fistules. On m'a dit que ce serait des opérations en plusieurs étapes.

Chaque année j'attendais le retour de la mission fistules pour me réopérer parce que je ne voulais pas être suivie par quelqu'un d'autre et je gardais l'espoir. On avait fermé ma fistule urinaire, puis enfin ma fistule avec les selles, mais en 2007, j'ai du retourner à Tanguiéta pour enlever un calcul qui s'était formé dans ma vessie. Après cette opération, les urines se sont mises à couler à nouveau par mon vagin. Il a fallu me réopérer encore plusieurs fois. J'ai subi une dernière opération en 2010, ça faisait plus de 10 opérations, mais maintenant je suis guérie.

Quand je suis retournée au village et que j'ai essayé de sensibiliser les autres à cette maladie, on m'a demandé comment j'avais trouvé la guérison et j'ai répondu que l'hôpital était très loin mais qu'on pouvait s'y faire accompagner, même si on n'a pas d'argent. Au début, les autres ne me croyaient pas quand je leur racontais mon histoire et leur disais qu'à présent j'étais guérie. Je leur ai montré alors que je ne portais plus de "couche", que j'étais sèche et là, elles m'ont crue. Maintenant, elles ne veulent venir qu'à Tanguiéta parce qu'elles savent qu'il y a de bons résultats. Il y avait une vieille femme au village qui souffrait de cette maladie depuis 30 ans, alors j'en ai parlé au gens de la mission fistules et ils m'ont dit de l'amener à l'hôpital et qu'ils m'aideraient pour l'argent.

Aujourd'hui, je suis ici à l'hôpital avec elle pour la soutenir et lui faire à manger. J'ai encore amené deux autres femmes qui attendent au campement, près de l'hôpital, avant d'être opérées. Je fais ça parce qu'une fois, en sortant de l'Eglise, j'ai discuté avec plusieurs femmes qui étaient également guéries alors on s'est demandé ce qu'on pourrait faire pour aider les autres femmes.

Nous avons créé un groupe de solidarité pour amener des femmes avec des fistules à l'hôpital pour qu'elles aient la même chance que nous. Je gagne un peu d'argent en faisant de la coiffure et dans notre groupe, nous tentons aussi de trouver un peu de moyens en récupérant des sacs en plastique avec lesquels nous fabriquons des pochettes et des sacs-à-main. Je suis contente d'aider ces autres femmes car nous vivons dans un village très reculé et isolé au Burkina et personne ne nous vient en aide quand on a ce problème."

Kapouri est l'illustration de l'innocence et du courage de ces femmes. Désseparées face à ce qu'il leur arrive, inconscientes de la réalité qui les affecte, les femmes ne comprennent pas ce qui se passe car elles n'ont que très peu d'éducation. Malgré la tragédie qu'elles traversent, elles gardent toujours l'espoir d'une guérison prochaine et prennent leur mal en patience.

3. TRAITEMENT DE LA PROBLEMATIQUE

3.1. PEUT-ON GUERIR D'UNE FISTULE OBSTETRICALE ?

La fistule obstétricale est la conséquence d'une mauvaise vascularisation des tissus due à la compression de la tête de l'enfant à l'intérieur du bassin de la maman. Une des solutions pour permettre la guérison des tissus après l'extraction de l'enfant, qui est presque toujours décédé (par césarienne ou par extraction par voie naturelle), est de laisser une sonde urinaire pendant un mois, en espérant qu'en gardant la vessie vide, les tissus abîmés vont pouvoir cicatriser sans constituer une fistule permanente. Cela n'est valable que pour des lésions qui ne sont pas trop importantes.

Malheureusement, dans plupart des cas, la souffrance des tissus a été telle que la fistule est irrémédiable et va nécessiter une approche chirurgicale. Il existe des fistules simples, qui sont par exemple une complication de la césarienne et celles qui se situent dans une zone de la vessie éloignée de l'urètre. Dans cette situation, si l'urètre n'est pas touché, les chances qu'une réparation permette à la femme de retrouver son intégrité sont bonnes.

Ces fistules simples sont définies par des tissus souples, un orifice de fistule de moins de deux centimètres, bien visible et accessible. Dans ces conditions, une réparation qui consiste à fermer le trou de la vessie ainsi que le trou dans le vagin a toutes les chances de réussir. Des médecins avec une formation appropriée peuvent guérir ces patientes dans des hôpitaux de périphérie, non spécialisés dans la chirurgie des fistules. Ces fistules dites simples ne correspondent qu'à 30 % des cas.

Pour la majorité des femmes, la fistule est apparue à la jonction entre la vessie et l'urètre parce que c'est là que la tête de l'enfant comprime le plus la vessie contre l'os du pubis, qui peut faire l'effet d'une guillotine. C'est à cette jonction que se trouvent les fibres musculaires du sphincter qui contrôle le mécanisme de l'ouverture et de fermeture de la vessie. Ces fistules sont réparables mais demandent une formation très spécifique, et rares sont les centres en Afrique où on trouve des médecins suffisamment formés et équipés pour prendre en charge ces cas difficiles. Ces opérations se font par le bas, par voie vaginale, et requièrent des techniques de chirurgie reconstructive.

Un problème surajouté est que ça n'est pas parce que la fistule est fermée que la patiente sera guérie. Comme la zone malade touche le mécanisme de la continence, les femmes peuvent continuer de perdre les urines, non plus par la fistule mais par l'urètre, qui a perdu ses capacités de fermeture et d'étanchéité. Le trou est fermé, mais les femmes perdent les urines par un urètre déficient, et ceci représente un défi technique supplémentaire. C'est ainsi qu'il arrive que les patientes doivent être opérées plusieurs fois jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat satisfaisant.

3.2. INTERVIEW DU DOCTEUR CHARLES-HENRY ROCHAT, (PROFESSEUR ASSOCIE EN UROLOGIE A LA FACULTE DES SCIENCES ET DE LA SANTE DU BENIN)



Le sourire de la patiente, à présent guérie, exprime son soulagement et sa gratitude envers les médecins qui lui ont permis de prendre un nouveau départ

-Quel est le but de votre mission chirurgicale à Tanguiéta ?

« -Depuis plus de quinze ans, nous organisons des missions spécifiques pour opérer les femmes qui souffrent de fistules obstétricales. Non seulement il s'agit pour nous de soigner des malades, mais surtout de transmettre les techniques à nos collègues africains. Traitement et formation sont indissociables pour une action humanitaire à long terme. Nous cherchons ainsi à former les futurs formateurs. Cela fonctionne, mais à condition de donner à nos collègues les moyens de mettre en application ce qu'ils ont appris en les soutenant en matériel et en assurant un soutien financier à leur action sur le terrain. Ces patientes souffrant de fistules sont toujours parmi les plus pauvres, et ni les hôpitaux locaux, ni le personnel soignant ne peuvent les prendre en charge sans une aide pécuniaire extérieure. »

-Comment définissez-vous une fistule ?

« -Ces femmes souffrent de quelque chose d'assez particulier que nous ne trouvons plus dans les pays développés. Ce sont des "trous" ou des communications entre le vagin et la vessie dus à des accouchements qui se sont mal passés. En d'autres termes, ces femmes auraient du avoir une césarienne parce que l'enfant n'arrivait pas à sortir mais ne pouvant pas être prises en charge dans des délais raisonnables, elles ont longtemps traîné avant d'arriver dans une maternité. Beaucoup sont

mortes durant ces accouchements difficiles, et celles qui ont survécu arrivent à l'hôpital avec des enfants généralement décédés parce qu'ils ont été comprimés et asphyxiés dans le bassin. Ces femmes ont donc recours à des césariennes tardives ou à des extractions par voie basse. On se rend compte à ce moment-là que les tissus de la vessie et du vagin ont été tellement comprimés qu'ils se nécrosent, et cette mort des tissus se traduit par des trous qui peuvent être importants. Voilà que ces femmes vont perdre jour et nuit les urines, et parfois même les selles, si la fistule concerne le rectum. »

-Donc ces fistules sont dues à un accouchement qui a commencé sans assistance médicale ?

« -Oui, absolument. Ces femmes accouchent par leurs propres moyens en brousse, dans des conditions extrêmement précaires, sans notion réelle de ce qu'est une grossesse et de comment doit se dérouler un accouchement. »

-Dans quelles mesures votre action améliore la qualité de vie des patientes ?

« -Nous essayons de "fermer" le trou, de réparer ces femmes de façon à ce qu'elles ne perdent plus les urines par la fistule. Mais on sait qu'un pourcentage relativement important, parfois au-delà de 20% de ces femmes qui ont été opérées avec succès de la fistule, continuent de perdre les urines par une incontinence d'effort. C'est-à-dire que lorsque la vessie est pleine, tout le système musculaire sphinctérien du canal urinaire ayant été abimé, elles perdent quand même leurs urines. Leur qualité de vie n'est pas vraiment améliorée, bien que la fistule ait été fermée.

Nous continuons de prendre en charge les femmes qui ont une incontinence secondaire après la réparation de la fistule, de façon à les rendre définitivement sèches. C'est à ce moment-là que nous pourrions considérer qu'elles auront retrouvé leur dignité parce qu'elles ne seront plus exclues à cause des mauvaises odeurs, à cause des taches qu'elles laissaient partout où elles s'asseyaient. Pour nous, il est extrêmement important de nous assurer du bon résultat de la prise en charge sur le plan fonctionnel. C'est donc pour cela que nous suivons les femmes jusqu'à un an après l'opération, pour savoir si la fistule est bien fermée, s'il n'y a pas d'incontinence d'effort, et si elles ont pu reprendre une activité sexuelle. Nous suivons également les aspects de réintégration sociale et professionnelle. Pour ce faire, nous avons créé en 2005 une base de données qui est alimentée par les informations recueillies dans les villages par nos deux ONG partenaires du "modèle de Tanguiéta", Sentinelles et Essor. »

-Est-ce que votre action est bénévole ?

« -Oui, nous sommes tous bénévoles lors des missions organisées par GFMER et plusieurs membres de nos équipes viennent sur leur temps de vacances. GFMER prend en charge les billets d'avion et l'hébergement. A nos débuts, on le faisait de notre poche, puis l'action

s'est développée et est devenue professionnelle. Nous cherchons actuellement à établir des conventions avec des hôpitaux, notamment les HUG, pour que nos jeunes collègues obtiennent des congés humanitaires lorsqu'ils participent à nos missions. Notre action ne concerne pas que Tanguiéta, nous collaborons avec plusieurs autres pays d'Afrique, avec différents partenaires. Dans certains cas, les collaborateurs sont rémunérés par des ONG car ils sont sous contrat à plus longue durée. En revanche, nous essayons d'aider financièrement les collègues africains qui se joignent à nous. Pour eux, c'est presque une question de survie car un jour sans travail rémunéré rime parfois à un jour sans manger pour la famille. »

-Par qui êtes-vous accompagné lors de vos missions ?

« -Nos missions ont pris de l'ampleur au cours des années, si bien que devant traiter de plus en plus de patientes, nous avons dû augmenter les effectifs. Cette année, nous sommes plusieurs chirurgiens. Deux collègues viennent des Etats-Unis, un collègue suisse m'accompagne, ainsi que deux anesthésistes et une instrumentiste. Nous travaillons bien sûr également avec des collègues locaux afin de les former, car le but d'une mission comme celle-ci n'est pas seulement d'opérer ces femmes qu'on peut compter certainement par centaines de milliers, voire par millions, mais de former des médecins africains pour prendre le relais. Nous cherchons à identifier de futurs formateurs, et c'est ces personnes-là qu'on va soutenir tout au long des prochaines années, de façon à ce qu'ils puissent faire les opérations eux-mêmes, transmettre leur savoir et participer à notre programme de sensibilisation et de prévention. Il ne suffit pas d'opérer les patientes, il faut également faire en sorte de s'assurer que ces problèmes ne se reproduisent pas, ou du moins, en diminuer l'incidence. »

-Qu'en est-il de votre aide en matériel ?

« -Ces missions fistules demandent un matériel spécifique, notamment en ce qui concerne les fils chirurgicaux. Ces derniers sont coûteux et doivent être appropriés pour ne pas compromettre le résultat des interventions. Nous apportons donc tout le matériel de suture nécessaire, et nous nous assurons que l'hôpital en soit pourvu tout au long de l'année car des opérations de fistules se font également en dehors de nos périodes de missions. Il en va de même pour les lampes frontales nécessaires à un bon éclairage du champ opératoire, ainsi que des ciseaux qui doivent avoir une forme particulière. »

-Comment se fait-il que la fistule soit une maladie si méconnue ?

« -Il y a deux éléments de réponse. Tout d'abord, les fistules obstétricales dues à des accouchements qui ont traîné n'existent plus dans les pays développés parce que les femmes vont rapidement dans un centre de santé lorsqu'elles sont sur le point d'accoucher. Cette maladie est également méconnue car les femmes en Afrique porteuses de fistules ne se montrent pas. D'une part, elles ne savent pas que des médecins peuvent les aider, ni où trouver de l'aide, et d'autre part, elles

ignorent qu'elles ont la possibilité d'être prises en charge sans barrière financière. »

Il est remarquable de constater l'effort physique global, moral et financier que ces personnes effectuent afin de venir en aide à ces femmes. Ces spécialistes prennent de leur temps pour soigner des femmes désespérées car ils sont conscients de l'espoir qu'elles investissent en eux. Sur place, ils effectuent un travail acharné, opérant jusqu'à 8 patientes par jour, sans s'arrêter pour se reposer. Cette implication n'est malheureusement pas suffisamment reconnue car comme l'a dit le Docteur Rochat, les établissements hospitaliers en Suisse et ailleurs peinent à laisser partir les soignants en mission en dehors de leurs vacances officielles.



Les membres de la mission, collaborant avec les chirurgiens locaux en pleine action au bloc opératoire

3.3. PRESENTATION DU MODELE DE TANGUIETA

La prise en charge des fistules obstétricales doit tenir compte de tous les aspects inhérents à ce fléau. La volonté d'une prise en charge globale est à l'origine de la création du "modèle de Tanguieta". Ce dernier comporte plusieurs volets qui sont :

- Le recrutement, le suivi et la réintégration sociale
- Le traitement et la formation
- La prévention, la sensibilisation et la recherche

Ce modèle, qui a été présenté à plusieurs reprises lors de congrès de médecine et qui a fait l'objet de thèses et de publications, est appliqué

dans d'autres pays tels que le Cameroun et la Guinée-Conakry, où travaillent des collaborateurs de GFMER.

4. PREVENTION

4.1. COMMENT PREVENIR LES COMPLICATIONS DES ACCOUCHEMENTS

La clé de la prévention des complications des accouchements est l'éducation et l'accès à la césarienne. Au niveau national, en prenant la situation du Bénin, la gratuité de la césarienne pour tous a été décrétée en 2006 par le président de la République, Yayi Boni. Au niveau local, une des pistes est illustrée par l'initiative « femme pour femme » créée à l'hôpital de St. Jean de Dieu, à Tanguiéta. Elle consiste à proposer aux futures mamans une assurance pour 200 FCFA, (équivalents à 50 centimes suisses), qui leur donne droit à la gratuité du transport en cas d'urgence obstétricale, à une prise en charge en cas de problème durant la grossesse ainsi qu'à 50 % de réduction sur l'ensemble des frais hospitaliers. Même si la somme est modique, le fait que la patiente doive payer quelque chose la sensibilise au problème potentiel de l'accouchement, et l'information qu'elle reçoit sera pour sûr répercutée au sein de son entourage.

Cette initiative est un vecteur d'éducation et contribue grandement à éviter les conséquences désastreuses d'un accouchement non assisté. En ce qui concerne la zone sanitaire de Tanguiéta, 90 % des femmes qui sont vues dans les 14 dispensaires gérés par l'hôpital prennent cette assurance. Ceci prouve bien qu'en expliquant le déroulement et les risques d'une grossesse, tout en offrant des solutions pratiques en cas de problème, on arrive à diminuer le taux de complication lié à l'accouchement. L'OMS a jugé prioritaire l'accès aux secours obstétricaux d'urgence et l'initiative "femme pour femme" est un moyen simple et efficace pour atteindre ce but. Cependant, cela demande un effort financier considérable à l'hôpital et aux collectivités publiques car une assurance de ce type ne peut être bénéficiaire aux vues de la somme très modique, voire symbolique de la contribution des patientes.

5. SOUTIENS ET AIDES

5.1. RECRUTEMENT ET SUIVI

Tout projet de santé publique implique un dépistage et un suivi des patients ou des patientes porteurs de l'affection que l'on cherche à traiter ou à analyser. Dans le cas spécifique des conséquences d'un accouchement qui a mal tourné, notamment pour les femmes qui ont développé une fistule obstétricale, se pose le problème de la honte, du rejet et de la notion de fatalité qu'elles ressentent.

Il est essentiel de pouvoir identifier ces patientes, de leur expliquer qu'il peut y avoir une solution à leur problème en passant par une prise en charge médicale qui est possible, même si elles n'ont pas de ressources

financières. C'est pour cela qu'une collaboration avec des organismes qui vont s'occuper du recrutement est essentielle. Ces mêmes organismes ont un rôle important à jouer, également dans le suivi et la réintégration sociale. Dans le « modèle de Tanguiéta », deux ONG remplissent ce rôle: Sentinelles, fondation suisse créée par Edmond Kaiser en 1980 qui intervient pour les patientes venant du Burkina Faso, et en ce qui concerne les patientes du Bénin, c'est l'organisme Essor qui a été créé à Tanguiéta en 2005 qui les prend en charge selon le même modèle que Sentinelles.

5.2. INTERVIEW D'ESTELLE SIRAUD ET DE RAFIATOU BASSOBGUI ZONGO

Estelle Siraud est la déléguée de Sentinelles à Fada n'Gourma au Burkina Faso.

Rafiatou Bassobgui Zongo est le responsable d'Essor à Natitingou au Bénin.

-Comment l'organisation Sentinelles s'est-elle mise en place ?

-Estelle Siraud : « Sentinelles est une organisation créée il y a 30 ans qui a des actions à travers le monde, aussi bien en Amérique du Sud qu'en Afrique. Au Burkina Faso, il y a deux programmes, un qui s'occupe des enfants du Noma, à Ouagadougou (la capitale), et un autre qui se trouve à Fada n' Gourma qui aide les femmes fistuleuses. »

-En quoi consiste votre travail exactement ?

-Estelle Siraud : « Je suis la déléguée au programme et mon contrat dure deux ans. Je suis chargée de coordonner les différentes actions sur le terrain et au bureau, je m'occupe de la comptabilité, des suivis des dossiers, etc. Mon travail est d'organiser et d'accompagner les missions, comme celle où nous nous trouvons aujourd'hui, à l'hôpital de Tanguiéta, afin de soutenir les patientes. »

-Rafiatou Bassobgui Zongo. : « Nous faisons des séances de dépistage sur le terrain, on va dans les localités, les villages, les hameaux et nous rassemblons les femmes afin de leur parler de la fistule obstétricale, un fléau qu'elles ignorent. Nous nous occupons aussi de la prise en charge des patientes, de leur suivi médical et de leur réinsertion dans la société. »

-A quoi ressemble l'une de vos journées ?

-Estelle Siraud : « Le programme à Fada n'Gourma est conduit par deux infirmiers et une déléguée. Nous, nous chargeons de suivre les femmes. Cela consiste en premier lieu à les amener à l'hôpital lorsqu'il y a une mission organisée, de les accompagner au quotidien, de les écouter, de parler avec elles, de les rassurer et ensuite, lorsqu'elles sont rentrées chez elles, de faire des suivis à domicile. Un premier suivi s'effectue un mois après le retour d'hospitalisation, puis à trois, six et douze mois. Les femmes sont généralement interrogées par un agent de santé qui

pose les questions appropriées, afin de savoir si la femme est guérie ou si elle présente encore des problèmes. »

-Comment financez-vous vos actions ?

-Estelle Siraud : « Les actions de ce programme-là ainsi que toutes les actions de Sentinelles sont financées uniquement par des dons privés, venant principalement de suisses, de petites ou grandes sommes. Il n'y a aucune aide étatique ou extérieure. »

-Rafiatou Bassobgui Zongo : « En ce qui concerne les traitements des patientes, nous sommes en partenariat avec l'hôpital St. Jean de Dieu à Tanguiéta, la fondation GFMER et avec l'UNFPA mais nous bénéficions aussi de dons privés. »

-Pensez-vous que les conditions d'accouchement sont en progrès ?

Rafiatou Bassobgui Zongo : « Oui, car depuis que nos programmes ont été mis en place et que nous effectuons des actions de sensibilisation, il y a une prise de conscience au sein des populations. Malheureusement, cette prise de conscience n'est pas encore présente partout car dans certains villages isolés, la sensibilisation ne peut pas s'effectuer car les messages que nous faisons passer à la radio ne sont pas entendus et nous ne pouvons pas nous y rendre, car souvent aucune route n'y mène. Etant donné que ces villages ne communiquent pas avec le monde extérieur, ils ignorent les problèmes liés aux accouchements non assistés. Tant qu'il n'y aura pas 100% des accouchements qui seront effectués dans des centres de santé, nous auront encore beaucoup de travail ! »

-Est-ce que les patientes doivent participer aux frais ?

-Estelle Siraud : « Non, mais par contre on leur demande d'être accompagnées d'un proche qui fera office de garde-malade, et qui devra apporter un peu d'argent de poche ainsi que de la nourriture pour subvenir à leurs besoins à l'hôpital durant la première semaine d'hospitalisation. Sentinelles s'occupe par contre des frais alimentaires durant la suite du programme, ainsi que des frais de transport pour le retour de la femme chez elle. Le retour est très important car il faut les réintégrer et faire de la sensibilisation auprès de la famille, du mari, de la coépouse et des habitants du village. L'encadrement du retour permet également de protéger la cicatrisation car elles habitent en brousse, dans des villages isolés. Les routes qui y mènent sont difficiles d'accès et mal entretenues, même inexistantes dans certains cas, donc si on ne fait pas attention avec les secousses, la cicatrisation peut mal se faire, allant même jusqu'à l'ouverture de la cicatrice. Voilà pourquoi on tient à les raccompagner jusqu'à chez elles. »

-En quoi consiste la sensibilisation exactement ?

-Estelle Siraud : « La sensibilisation comprend deux volets. Le premier volet est lorsqu'on rencontre toutes les femmes dans un village pour les sensibiliser sur la fistule, donc qu'est-ce qu'une fistule, comment elle

s'attrape, quelles en sont les conséquences et comment l'éviter. Ce type de sensibilisation s'effectue devant une assemblée de femmes, et nous leur expliquons qu'à présent la femme est guérie, sèche, mais qu'elle devra respecter certaines consignes très précises durant un an. Ces consignes sont de ne pas porter de charges lourdes, de ne pas aller puiser l'eau, de ne pas ramasser de bois, de ne pas faire de vélo, de ne pas piler, de ne pas avoir de rapports sexuels pendant au minimum trois mois et d'effectuer le prochain accouchement par césarienne. Nous sommes obligés d'insister lourdement auprès de la famille car ces consignes sont extrêmement dures à faire respecter, vu que les tâches interdites sont le travail quotidien des femmes, celles qui définissent leur statut et leur rôle dans la famille et dans la société. Nous leur demandons de ne plus rien faire du tout, ce qui est compliqué à assimiler pour elles, mais très important pour garantir une bonne guérison. »

-Avez-vous certains critères de sélection pour choisir les femmes que vous allez aider ?

-Estelle Siraud et Rafiatou Bassobgui Zongo : « Nous avons qu'un seul critère, celui de perdre les urines ! »

Hormis les phases de recrutement et de suivi, ces deux ONG entourent les patientes au quotidien durant leur séjour à Tanguiéta. En effet, à cause du manque de places à l'hôpital, les patientes sont logées dans une "Maison des femmes", située à quelques kilomètres de là, avant et après l'opération. Dans cette maison, les femmes disposent de lits, de matériel pour cuisiner, car elles se font à manger elles-mêmes, ainsi que de visites d'infirmières des ONG, qui viennent s'assurer que tout va bien.



Cette patiente attend à la « maison des femmes » de se faire opérer à l'hôpital de Tanguiéta.

Quelques jours avant l'opération, les patientes sont amenées à l'hôpital par le véhicule d'une des ONG et une fois sur place, les délégués ou les infirmières d'Essor et de Sentinelles restent avec les patientes durant toute la durée de l'hospitalisation. Ils sont auprès d'elles pour les rassurer et les soutenir, n'hésitant pas à dormir à même le sol à côté du lit des patientes. Cet encadrement est très précieux pour les femmes, souvent impressionnées et effrayées par ce nouvel environnement.

Le partenariat avec Sentinelles et Essor fait de Tanguiéta un centre de traitement des fistules unique en son genre car chaque patiente opérée a bénéficié d'une information et d'un consentement pour les soins effectués, auxquels s'ajoute un suivi pendant une année. Ainsi, elles peuvent à nouveau être référées à l'hôpital en cas de problème résiduel, mais surtout, leur évolution médicale et sociale est consignée dans une base de données qui permet d'évaluer la qualité des résultats des opérations. Depuis trois ans, une kinésithérapie menée par le Professeur Yves Castille s'est mise en place à l'hôpital afin d'assurer une évaluation préopératoire et une rééducation postopératoire. Une étude sur l'efficacité de ce programme est actuellement en cours de publication.



Photo prise à « la maison des femmes », où les patientes attendent d'être opérées ou de rentrer chez elles. En chemise blanche et orange, Rafiatou Bassobgui Zongo

5.3 UNFPA & GFMER

En 2003, l'UNFPA (fond des nations unies pour l'aide aux populations), en partenariat avec l'OMS a lancé une campagne mondiale en vue d'éradiquer la fistule obstétricale. L'idée de départ a été de créer au moins un centre de traitement des fistules au sein de plus de vingt pays concernés et répertoriés. De son côté, la GFMER (Geneva Foundation For Medical Education and Research), fondée en 2002, avait repris le

programme fistules commencé en 1996 à Tanguiéta. Par son expertise sur le terrain, la fondation s'est retrouvée partenaire lors du lancement de la campagne mondiale. De nombreux gouvernements, institutions ou ONG sont impliqués dans ce programme, tant du côté anglophone que francophone. GFMER a développé une base de données en ligne qui permet de retranscrire les problèmes sociaux-économiques et médicaux des patientes, ainsi que le détail des interventions qu'elles ont subit et leurs résultats. En 2010, GFMER a été à l'origine d'un site internet intitulé www.fistulagroup.org, dont le but est de mettre en contact les différents acteurs œuvrant dans le domaine des fistules obstétricales.

Ce site comporte une médiathèque, ainsi qu'une cartographie des centres où GFMER intervient, soit directement, soit en partenariat. Les fonds récoltés par GFMER viennent de la ville de Genève, de communes genevoises, et des personnes privées. Ce soutien financier est principalement affecté à Tanguiéta, mais aussi sur d'autres pays où des actions similaires se conduisent (Guinée Conakry, Cameroun, Burkina Faso, Madagascar et Mali). Au niveau du Bénin, l'UNFPA appuie également l'hôpital de Tanguiéta, mais à moyen terme, GFMER souhaiterait une implication plus importante du bureau UNFPA BENIN en vue d'aboutir à l'africanisation du projet.

6. CONCLUSION

6.1. BILAN

Depuis quelques années, diverses personnes et ONG soutiennent les femmes fistuleuses de la région de Tanguiéta, ce qui a permis d'améliorer leur situation et de mettre en place une organisation permanente pour les soigner, mais cela n'est pas suffisant. Des centaines de femmes sont encore cachées dans la brousse, souffrant de fistules. Le mouvement qui s'est mis en place doit encore se développer pour éradiquer complètement les fistules obstétricales, mais le manque de fonds freine considérablement le processus.

6.2. AVIS PERSONNEL

Ce travail a été très enrichissant car il m'a permis de découvrir une réalité qui m'était inconnue, un monde que je n'aurais même pas pu imaginer. Il m'a fait mûrir car après avoir vu une telle pauvreté et tant de douleur, je ne peux que reconsidérer ma vision du monde et réaliser la chance que j'ai d'être née dans un pays où chaque jour n'est pas une affaire de survie.

Ces femmes n'ont pas la possibilité d'exprimer leur souffrance, j'ai donc eu l'opportunité d'être leur porte-parole à travers ce travail, qui j'espère, pourra éveiller la conscience des lecteurs. Je tiens néanmoins à m'impliquer davantage à leur cause en effectuant diverses récoltes de fonds pour leur venir en aide. Je souhaiterais également retourner au Bénin pour rendre visite à ces femmes, car elles demandent simplement de la considération, de l'écoute et du soutien. J'espère que mon travail

et cette étude, que je perçois plutôt comme un carnet de voyage, aura su vous toucher et vous donner un aperçu du calvaire de ces femmes, avec qui vous avez à présent créé un lien en lisant ce texte.

7. REFERENCES

7.1. BIBLIOGRAPHIE

- “Fistule obstétricale : Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes“, Lewis Gwyneth, de Bernis, Luc, OMS 2009
- “Obstetric fistulae in West Africa: patient perspectives“, Nathan LM, Rochat CH, Grigorescu B, Banks E, journal américain d’obstétrique et de gynécologie, décembre 2008
- “After a devastating Birth Injury, Hope“, Denise Grady, New York Times, 24 février 2009
- Thèse d’Anne-Caroline Benski sur les fistules obstétricales d’après le modèle de Tanguiéta (2008)

7.2. SITOGRAFIE

- www.fistulagroup.org
- www.memoireonline.com
- www.sentinelles.org
- www.gfmer.ch
- www.allafrica.com
- www.indexmundi.com
- www.capod.com

7.3. FILM DOCUMENTAIRE

Le documentaire qui accompagne ce travail a été tourné en 2002 par Marie-Laure Jodry lors d’une mission fistules à Tanguiéta. Cette approche visuelle de la problématique permet de mieux se représenter la situation désastreuse des femmes atteintes de fistules obstétricales.

8. REMERCIEMENTS



Je tiens à remercier les personnes suivantes, sans qui je n'aurais pu réaliser ce travail :

- Mon père, Charles-Henry Rochat, médecin urologue, qui m'a fait découvrir l'Afrique et m'a beaucoup aidée à réaliser ce travail en me faisant part de ses connaissances
- Frère Florent, médecin chef et directeur de l'hôpital de Tanguiéta, qui m'a accordé de son temps précieux pour me raconter l'histoire de ces femmes
- Dieudonné Zaongo, médecin gynécologue en charge de la maternité de Tanguiéta
- Bakawo Kapouri, ancienne patiente et accompagnatrice de nouvelles patientes
- Estelle Siraud, responsable de Sentinelles à Fada n'Gourma
- Rafiatou Bassobgui Zongo, directrice de l'Essor
- Aissa-Tou Zongo, infirmière de Sentinelles

- Véronique, infirmière d'Essor
- Angela Cherubini, enseignante au collège Claparède et directrice de ce travail, pour son écoute, son intérêt et son aide
- Tout le personnel de l'hôpital St. Jean de Dieu, pour son hospitalité et sa gentillesse

