

Le Dr Charles-Henry Rochat, urologue, Genève

Fistules obstétricales: « La souffrance des femmes n'a pas de frontières »

GENÈVE – Le Dr Charles-Henry Rochat dirige le programme « fistules » au sein de la Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales (GFMER). Depuis plus de 15 ans, il se rend régulièrement au Bénin pour opérer des femmes meurtries par un fléau qui totalise plus de deux millions de cas en Afrique et en Asie.

La fistule obstétricale survient après un accouchement difficile, sans assistance médicale où l'enfant meurt faute d'accès à temps à une césarienne. Les lésions dévastatrices qui se produisent entraînent, pour les survivantes, une incontinence urinaire totale. Ces femmes, souvent très jeunes, sont alors rejetées, stigmatisées et se retrouvent seules face à leur souffrance. On estime que 50 000 nouveaux cas surviennent chaque année.

Rapportée par le Dr Luc de Bernis, conseiller en santé maternelle à la FNUAP-Genève (Fonds des Nations Unies pour la population), l'histoire de Nafissatou est exemplaire. Après avoir grandi dans un petit village du Bénin, à deux jours de marche de la route la plus proche, elle est la plus jeune de six enfants et ses parents ne peuvent se permettre de l'envoyer à l'école. Mariée à 13 ans aussitôt après la puberté, elle tombe enceinte à 14 ans. Ses amies et sa famille lui ayant toujours dit que le destin d'une femme était de souffrir durant l'accouchement, elle s'est montrée brave et patiente. Le soleil s'est levé trois fois et elle n'avait toujours pas mis au monde son bébé, un petit garçon finalement mort-né. Nafissatou a culpabilisé d'avoir déçu son mari et sa famille, mais elle était soulagée d'avoir cessé de souffrir le martyr. Malheureusement, elle est atteinte d'une fistule, elle ne contrôle plus sa vessie et se croit l'objet d'une malédiction. Elle dort les jambes ramenées contre son corps pour arrêter l'écoulement de l'urine. Après six semaines, toujours humide, son mari la ramène à sa famille. Il ne veut pas d'une femme « abîmée ». Il faudra que sa famille économise suffisamment d'argent pour l'amener auprès d'un dispensaire où un médecin est capable de « guérir les femmes qui fuient ». L'histoire se finit bien, contrairement à tant d'autres pour qui c'est un enfer où « la souffrance n'a pas de frontière », selon l'expression de Luc de Bernis.

Une maladie de la pauvreté

Pratiquement disparue du monde développé, la fistule obstétricale est un signe d'échec des systèmes de santé publique à répondre aux soins obstétricaux d'urgence et une tragédie sur le plan des droits humains, assure l'association *Global Alliance against Female Genital Mutilation*



Bien que des efforts importants soient consentis pour former des chirurgiens à la chirurgie des fistules obstétricales, la relève reste insuffisante

(GA-FGM) basée à Genève. Ce fléau peut être une conséquence des mutilations génitales féminines (MGF), ou des viols utilisés comme arme de guerre, mais c'est surtout un mal de la pauvreté. La fistule pourrait être totalement éradiquée si un certain nombre de conditions étaient réunies sous forme de trois piliers : la prévention, le traitement et le suivi médical. Lors d'une conférence de presse tenue au Club suisse de la presse, à Genève, le Dr Charles-Henry Rochat a présenté un modèle de prise en charge globale de la fistule qu'il a développé en 1996 sur le terrain, modèle aujourd'hui reconnu sur le plan international :

TM: De quels médecins avez-vous besoin en Afrique ?

Dr Ch.-H. Rochat : La fistule touche à la fois l'urologie et la gynécologie. En Afrique, on trouve 20 à 30 fois plus de gynécologues que d'urologues. Ce sont ces collègues-là que nous formons en priorité. Pour le Bénin, nous avons créé un diplôme de chirurgie vaginale et de la fistule avec la Faculté de médecine de Cotonou. Le programme est géré par les Béninois qui nous envoient à chaque mission entre quatre et huit spécialistes. Ils doivent venir au moins quatre fois avant d'être certifiés. Nous les formons à la chirurgie simple des fistules. Nous cherchons à identifier les plus doués pour qu'ils deviennent de futurs formateurs et qui vont rester avec nous à long terme. En 15 ans, nous avons formé plus de 100 médecins, mais seulement six sont devenus des formateurs à l'échelon supérieur.

Pourquoi seulement six sur cent ?

C'est une chirurgie difficile. Il faut être doué. Il faut avoir la chirurgie au bout des doigts.

On est assez loin du robot chirurgical dont vous êtes le pionnier à Genève ?

A Genève, j'opère aussi des fistules avec l'aide du robot Da Vinci, mais elles se présentent bien différemment. Elles apparaissent après une césarienne ou une hystérectomie lorsque la vessie a été prise dans la suture. Les fistules dites africaines se trouvent plus bas et ne sont pas accessibles au moyen du robot. C'est un mode de développement différent. Ce sont des tissus qui ont été abîmés et écrasés contre la symphyse pubienne. En Afrique, c'est une chirurgie difficile qui concerne des femmes très pauvres.

Donc il va y avoir un problème: qui paie l'opération ?

Ce n'est pas une chirurgie d'urgence. Les femmes qu'on opère en souffrent parfois depuis des années. Et lorsqu'on les prend en charge, le chirurgien se trouve confronté au résultat. Pas question de tricher. Dans beaucoup d'opérations, il peut y avoir une légère amélioration. Or une fistule est fermée ou ne l'est pas. Vous pouvez passer d'un grand trou à un petit trou, l'urine coule toujours. C'est une chirurgie difficile, raison peut-être pour laquelle les chirurgiens africains sont peu enclins à se lancer dans cette voie.

Pourquoi si peu de formateurs? Les meilleurs partent-ils en Europe ?

Non, mais il faut entretenir les formateurs. Les fondations doivent rémunérer les médecins africains qui travaillent comme formateurs et qui sont envoyés dans différents pays pour des missions chirurgicales. Ils ne vont pas pour s'enrichir, mais pour permettre à leur famille de vivre et manger.

Combien coûte une opération en Afrique ?

Elle coûte 500 francs, cela correspond à 200 000 francs CFA. La somme couvre les frais d'hospitalisation, mais pas les indemnités de déplacement pour les médecins. Au final, cela coûte le double, environ 1000 francs. Avec plus de 100 fistules par an, un budget de 100 000 francs est nécessaire: moitié pour l'hôpital et moitié pour les frais de mission.

Et le matériel ?

Une bonne chirurgie de la fistule, c'est une bonne lumière, des bons fils et une table d'opération qui permet de bien incliner la tête vers le bas. Des moyens simples, sauf pour les fils qui sont coûteux.

Combien de personnes avez-vous opérées jusque-là ?

Au Bénin, depuis le début du programme nous avons opéré quelque 800 femmes. A titre personnel, j'en opère environ 25 par année. J'y vais une à deux fois par an, mais nous avons trois ou quatre missions par

année que je coordonne. Près de la moitié sont conduites par des formateurs africains. Il s'agit d'africaniser de plus en plus nos missions pour que nous puissions ensuite ouvrir d'autres programmes ailleurs. L'opération dure en moyenne deux heures et demie.

Comment sélectionnez-vous vos patientes ?

La force de notre projet, c'est de pouvoir compter sur deux organismes, l'une pour le Bénin, l'autre au Burkina Faso. Au Burkina, c'est Sentinelles, de Lausanne, qui effectue pour la fistule le même genre de travail que pour le noma. Elle va dans les villages identifier les patientes. Elle ne nous amène que des patientes dont on peut avoir la garantie qu'elles seront suivies pendant un an après l'opération. D'autres patientes sont les malades qui viennent tout au long de l'année à l'hôpital de Tanguiéta, au nord Bénin. Les cas simples sont opérés par les gynécologues formés sur place, les plus compliqués ou les récidives nous sont réservés pour les missions spécialisées, trois ou quatre fois par an.

Quelle est votre meilleure récompense dans ce type d'opérations ?

Bien sûr, on s'attache beaucoup à nos patientes et aux résultats qu'on cherche à obtenir en leur redonnant une belle qualité de vie. Mais ma plus belle récompense, c'est d'avoir africanisé des missions avec leur propre financement et leurs propres équipes qui font un travail remarquable.

La plus grande déception ?

C'est que, sur le nombre de médecins passés entre nos mains, il n'y en ait pas davantage à avoir pris le relais. Il faut continuer de motiver les troupes en allant sur place, en encadrant nos collègues et en les aidant financièrement pour qu'ils puissent continuer de vivre et d'exercer.

Propos recueillis par
Olivier Grivat



Le Dr Charles-Henry Rochat opère environ 25 patientes africaines par année