

FISTULE OBSTÉTRICALE ET AUTRES FORMES DE FISTULES GÉNITALES FÉMININES

Principes directeurs
pour la gestion clinique et
l'élaboration des programmes



FISTULE OBSTÉTRICALE

ET AUTRES FORMES DE FISTULES GÉNITALES FÉMININES

Principes directeurs

pour la gestion clinique
et l'élaboration des programmes



**Dédié à la
mémoire de
Yusuf Omenda,
gentil géant de la
lutte contre la fistule
au Kenya**

ainsi qu'à toutes les femmes et les filles qui vivent avec une fistule ou la surmontent, et à tous ceux qui cherchent à les servir.

TABLE DE MATIÈRES

Acronymes	7
Remerciements	8
Introduction	10
CHAPITRE : 1 PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA FISTULE	13
1.1 Évaluation.....	13
1.2 Accès aux programmes de lutte contre la fistule	14
1.3 Fistule iatrogène : un nouveau défi à relever	15
1.4 Sensibilisation et identification des clientes.....	16
1.5 Déploiement des ressources	18
CHAPITRE : 2 PRÉVENTION DE LA FISTULE	21
2.1 Prévention de la fistule obstétricale : la voie à suivre	21
2.1.1 Promotion et renforcement du personnel de santé qualifié fournissant des soins pendant l'accouchement	22
2.1.2 Ressources humaines – personnel de santé qualifié prodiguant des soins pendant l'accouchement.....	22
2.1.3 Le rôle des sages-femmes dans la prévention et la détection des fistules obstétricales.....	23
2.2 Reconnaître et diagnostiquer une dystocie	24
2.2.1 Utilisation du partogramme	24
2.2.2 Examen vaginal.....	25
2.2.3 Soins de la vessie	25
2.2.4 Évaluation des signes cliniques de dystocie.....	26
2.2.5 Anneau de Bandl	26
2.2.6 Autres facteurs de risque de dystocie	26
2.3 Prise en charge de la dystocie	28
2.3.1 Traitement du choc.....	28
2.3.2 Vidange de la vessie.....	29
2.3.3 Orientation vers un établissement de niveau supérieur	29
2.4 Diagnostic/examen postnatal	29
2.5 Prévention de la fistule iatrogène	30
2.6 Formation des chirurgiens de la fistule.....	32
2.7 Élimination des fistules	35
2.8 Durabilité.....	36
Financement et ressources	36
Bibliographie	38
CHAPITRE : 3 TRAITEMENT DES FISTULES	41
3.1 Avant l'intervention chirurgicale	41
3.1.1 Dépistage de la fistule.....	41
3.1.2 Classification des fistules.....	42
3.1.3 Ensemble des lésions liées à la dystocie	44
3.1.4 Consentement éclairé	48
3.2 Application des principes d'une chirurgie sans risque	49
3.2.1 Est-ce la bonne patiente et pratiquons-nous l'opération prévue du bon côté ?	49
3.2.2 Sommes-nous prêts pour la procédure prévue ?	50

3.3	Après l'intervention chirurgicale	50
3.3.1	Prophylaxie antibiotique	51
3.3.2	Réparation de la fistule	51
3.3.3	Prise en charge postopératoire.....	53
3.3.4	Gestion du cathéter après réparation	53
3.3.5	Complications postopératoires possibles	53
3.4	Cas particuliers.....	55
3.4.1	Perte ou dommage urétral.....	55
3.4.2	Fistule urétérale	55
3.4.3	La « fistule incurable »	56
3.5	Résultats	59
	Bibliographie	62
CHAPITRE : 4 PROGRAMMES ET STRATÉGIES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA FISTULE		67
4.1	Programme de lutte contre la fistule.....	68
4.1.1	Un programme national de lutte contre la fistule.....	69
4.1.2	L'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle d'une stratégie nationale chiffrée sur la fistule	69
4.1.3	Composantes essentielles d'une stratégie nationale de lutte contre la fistule.....	70
4.2	Leadership national et redevabilité	72
4.3	Stratégies en matière de prévention de la fistule	73
4.4	Stratégies de traitement	73
4.5	Réinsertion sociale et réadaptation	74
4.6	Plaidoyer et mobilisation des ressources	75
4.7	Autonomisation et participation de la communauté.....	76
4.8	Suivi et évaluation d'un programme national	76
4.8.1	Disponibilité des données sur la fistule	76
4.8.2	Audit et recherche cliniques.....	77
4.8.3	Indicateurs de performance	77
	Bibliographie	81
CHAPITRE : 5 PRINCIPES DE SOINS INFIRMIERS		85
5.1	Le passé et le présent	85
5.2	Principes fondamentaux.....	86
5.3	Une nouvelle approche : les chemins cliniques.....	89
	Bibliographie	91
CHAPITRE : 6 PHYSIOTHÉRAPIE.....		93
6.1	La physiothérapie dans le contexte de la santé des femmes	93
6.2	Physiothérapie péri-opératoire pour les femmes souffrant de fistules.....	94
6.2.1	Incontinence.....	94
6.2.2	Douleur pelvienne	95
6.2.3	Fonction sexuelle	95
6.2.4	Problèmes musculo-squelettiques	95
6.3	Un outil international visant à orienter la physiothérapie des femmes souffrant de fistules.....	95
	Bibliographie	100

CHAPITRE : 7 PRINCIPES DE RÉINSERTION SOCIALE ET DE RÉADAPTATION APRÈS UNE RÉPARATION DE FISTULE OBSTÉTRICALE	105
7.1 Contexte	105
7.2 Les limites des informations actuelles concernant les stratégies de réinsertion.....	106
7.3 Principes relatifs aux programmes de réinsertion.....	108
7.3.1 Conception du programme : les filles et les femmes atteintes d’une fistule sont différentes les unes des autres	108
7.3.2 Formation professionnelle pour la génération de revenus.....	109
7.3.3 Conseil.....	110
7.3.4 Réinsertion familiale	111
7.3.5 La communauté dans son ensemble	111
7.3.6 Financement de la réinsertion	112
7.3.7 Recherche.....	112
7.4 Littérature générale recommandée sur la réinsertion	112
Références	114
CHAPITRE : 8 ANNEXES	117
Annexe 1 Outil d’examen communautaire de la fistule obstétricale	117
Annexe 2 Liste de contrôle pour la sécurité chirurgicale	120
Annexe 3 Liste de contrôle pour les stratégies nationales visant à éliminer les fistules obstétricales (et iatrogènes).....	121
Annexe 4 Chemin clinique des infirmières.....	127

ACRONYMES

RDC	République démocratique du Congo
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
EUO	Orifice externe de l'urètre
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
GI	Gastro-intestinal
Hb	Hémoglobine
ICM	Confédération Internationale des sages-femmes
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
IV	Intraveineux
ISOFS	Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale
JHPIEGO	Programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie et obstétrique
MSF	Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders
ONG	Organisation non gouvernementale
RVF	Fistule rectovaginale
ODD	Objectifs de développement durable
ONU	Nations unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VVF	Fistule vésicovaginale
WADADIA	Women and Development Against Distress in Africa
OMS	Organisation mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier et féliciter plusieurs personnes pour leurs efforts qui ont rendu la production de ce manuel possible.

La version 2006 du manuel en a constitué une base essentielle. Les efforts des auteurs principaux, Gwyneth Lewis et le Dr Luc de Bernis, perdurent à travers le présent document.

Pour cette deuxième édition, nous adressons nos sincères remerciements à :

Auteur principal

Dr Steven Arrowsmith

L'UNFPA/Leadership et contributions clés dans le cadre de la campagne pour l'élimination de la fistule

Erin Anastasi
Bridget Asiamah
Véronique Lozano

Ainsi qu'aux cadres et personnels de l'UNFPA suivants pour leur appui

Benoit Kalasa
Anneka Ternald Knutsson
Geeta Lal
Dr Willibald Zeck
Dr Muna Abdullah
Dr Shible Sahbani
Dr Animesh Biswas
Anna von Hörsten
Prof Joseph Vyankandondera

Rédacteur en chef

Words for the World/Gretchen Luchsinger

Concepteur

Élément manquant

Nos examinateurs, qui ont généreusement consacré leur temps précieux et leur sagesse.

Programme de lutte contre la fistule

Karen Beattie
Dr Sathyanarayanan Doraiswamy
Dr Lauri Romanzi
Dr Iftikher Mahmood
Dr Alexandré Delamou
Dr Nadira Sultana
Celia Pett

Traitement :

Dr Andrew Browning
Dr Sunday Lengmang
Dr Itengré Ouedraogo
Dr Ganesh Gangal

Soins infirmiers :

Stephanie Fiduk
Nicole DeFillipe
Maggie Schrenck
Lindsay Burner

Sensibilisation/réintégration :

Habiba Corodhia Mohamed
Maggie Bangser
Musa Isa

Physiothérapie (co-auteurs) :

Laura Keyser
Jessica McKinney



**LE MONDE EST REMPLI À
LA FOIS DE SOUFFRANCE
ET DE VICTOIRES SUR LA
SOUFFRANCE**

Helen Keller

INTRODUCTION

Le présent document a été publié pour la première fois en 2006 (Lewis et de Bernis, 2006). Il est vraiment remarquable de le lire aujourd'hui¹ et de constater à quel point la situation de la fistule a changé. En 2006, ce travail original et novateur a mis en évidence la fistule obstétricale en tant que problème urgent de santé publique et a permis d'élaborer les premiers conseils pratiques pour les personnes impliquées dans les soins aux femmes souffrant de cette affection. En 2018, la communauté internationale a appelé à l'élimination de la fistule obstétricale dans un délai de dix ans, s'inscrivant ainsi en droite ligne avec l'Agenda 2030 pour le développement durable et ses 17 objectifs mondiaux.

À bien des égards, l'ensemble unique de défis relatifs à la fistule a été un catalyseur de changement dans le domaine du développement. La réponse à la fistule a été, avec les réponses au VIH et au SIDA, à la tuberculose et à d'autres maladies, un exemple précoce de creuset entre la santé publique et la médecine clinique. La fistule a favorisé cette interface par le biais d'interventions de santé publique communautaire et de soins chirurgicaux liés à des institutions. Une réflexion sur la fistule et des programmes pour la traiter et prévenir s'avéraient nécessaires. Ceux-ci étaient basés non pas sur la vaccination ou les groupes de discussion, mais sur la chirurgie liée aux institutions. En tant que problème chirurgical, il existe des obstacles majeurs à surmonter, car la réparation de fistules transcende inopportunistement les limites traditionnelles de la formation en chirurgie pelvienne. La réparation implique un mélange de techniques propres à la gynécologie, l'urologie, la chirurgie générale et la chirurgie plastique. Elle exige un renforcement important des capacités pour mener à bien des procédures très complexes dans certaines des régions les plus pauvres en ressources du monde.

En 2006, le nombre de femmes touchées par une fistule était inconnu. Bien que cette constatation soit encore vraie dans une certaine mesure, d'importants progrès sont réalisés. À l'époque, il n'existait pratiquement aucune donnée sur laquelle fonder des soins cliniques et des programmes rationnels. Aujourd'hui, il existe une évolution notable vers des soins fondés sur des preuves. À l'époque, un petit nombre de programmes individuels luttait contre ce problème de manière isolée. Aujourd'hui, la prise en charge de la fistule est présente dans l'enseignement et l'étude de la chirurgie reconstructive, du développement et des sciences sociales. La mise en réseau et l'émergence d'une communauté professionnelle ont, grâce à des efforts concertés, commencé à remplacer l'isolement.

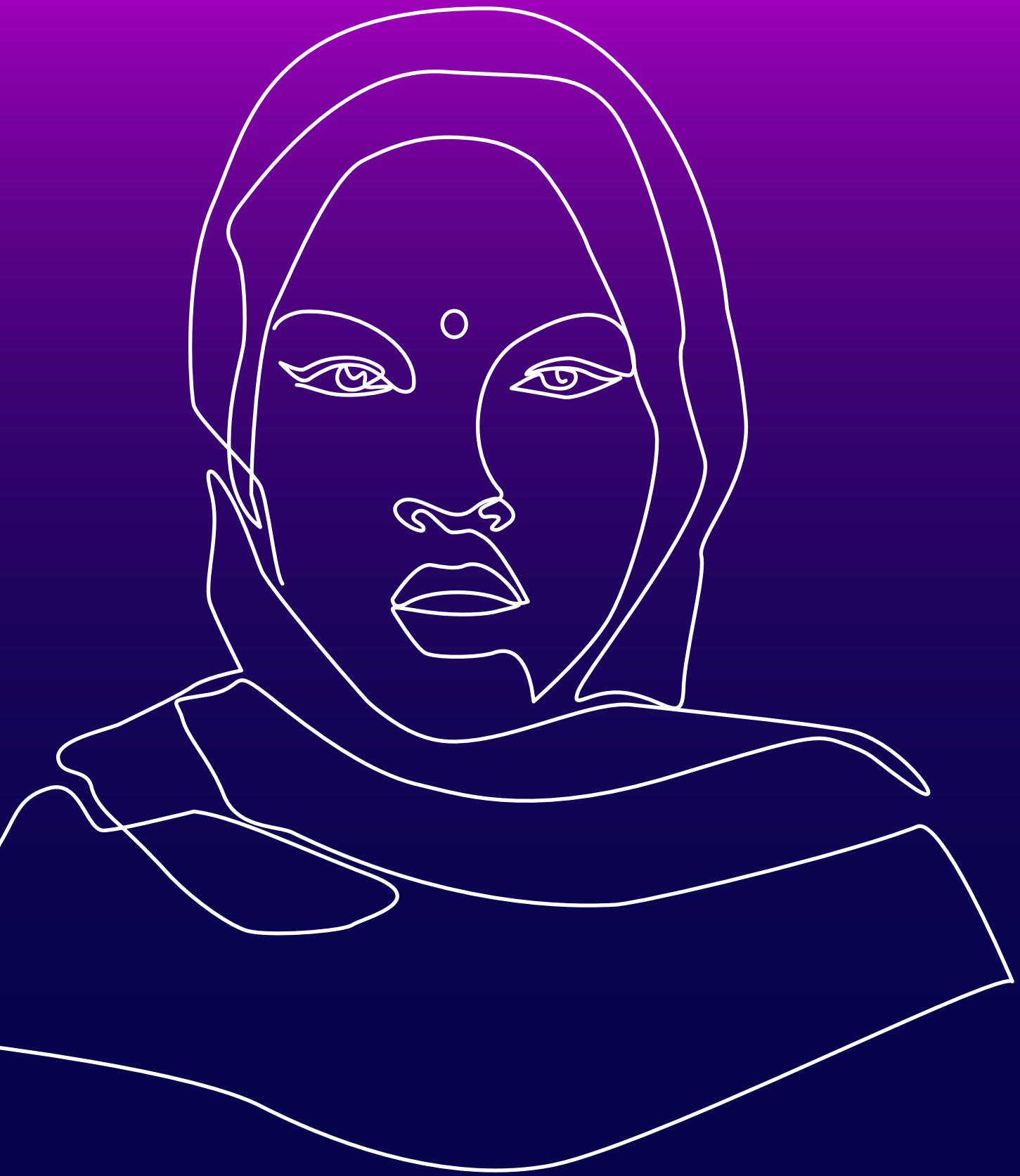
Dans le passé, la plupart des programmes existaient grâce à un soutien extérieur. Aujourd'hui, si le soutien des organisations internationales reste essentiel, on constate une participation grandissante des gouvernements nationaux et des organismes professionnels. À l'époque, la gestion des soins cliniques de la fistule était l'apanage des chirurgiens internationaux. Aujourd'hui, le personnel médical africain et asiatique a pris les rênes. À l'époque, le terme « fistule » était synonyme de fistule obstétricale. Aujourd'hui, si la fistule obstétricale demeure un problème, la fistule iatrogène s'est rapidement imposée comme une préoccupation importante. À l'époque, la prévention de la fistule consistait à traiter la fistule obstétricale en réduisant la morbidité maternelle. Aujourd'hui, la fistule iatrogène exige des approches entièrement nouvelles. Ce ne sont là que quelques-uns des changements majeurs survenus au cours de ces dernières années, qui ont motivé la seconde édition du présent manuel.

¹ La fistule obstétricale est une ouverture anormale entre le vagin et le rectum ou la vessie qui est causée par une dystocie ou un travail prolongé non soulagé, entraînant une incontinence urinaire ou fécale ou les deux chez la femme.

Il ne s'agit pas d'un manuel exhaustif sur les soins de la fistule, mais plutôt d'un « manuel », visant à donner une vue d'ensemble de la question et des instructions pratiques sur le programme de lutte contre la fistule et le traitement y relatif. Le manuel ne traite pas spécifiquement de la réparation de la fistule, de l'épidémiologie, du programme de lutte, de la prévention ou des soins infirmiers, mais aborde brièvement tous ces sujets et plus encore.

Bibliographie

Lewis, G., et L. de Bernis, eds. 2006. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.



PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA FISTULE

1.1 ÉVALUATION

EN CE QUI CONCERNE LA FISTULE, LE MANQUE DE DONNÉES DE QUALITÉ N'EST NULLE PART AUSSI CRIARD QUE DANS L'ÉPIDÉMIOLOGIE. À CE JOUR, NOUS NE DISPOSONS TOUJOURS PAS D'INFORMATIONS UNIVERSELLEMENT RECONNUES SUR L'INCIDENCE ET LA PRÉVALENCE DES FISTULES. LES CHIFFRES REPOSENT PLUS SUR DES CONJECTURES QUE SUR DES FAITS (Stanton et autres, 2007)

D'un point de vue pratique, les femmes souffrant de la fistule ont tendance à faire face à presque tous les obstacles imaginables à un recensement facile. Elles résident souvent dans des zones rurales de pays où les routes sont en mauvais état ou inexistantes. Nombreuses se trouvent dans des zones de conflit où tout déplacement est dangereux. Nombreuses sont celles qui vivent dans des milieux culturels qui les isolent de l'espace public. Les femmes atteintes de fistules peuvent être désespérément pauvres, isolées et peu susceptibles de recevoir les demandes envoyées par les médias électroniques. La stigmatisation a un poids tellement écrasant sur beaucoup d'entre elles qu'elles préféreraient ne pas être recensées. De nombreuses femmes atteintes de fistules étant peu ou pas éduquées, elles n'ont naturellement guère de voix dans les affaires de leur communauté locale. Certaines ont une mobilité réduite en raison de comorbidités dues à une dystocie et ne peuvent pas se présenter pour être recensées. Ces facteurs signifient que l'épidémiologie de la fistule doit toujours être spéculative dans une certaine mesure. De nouvelles techniques de modélisation statistique, cependant, laissent espérer des estimations plus précises de la population de femmes atteintes de fistules.

L'épidémiologie de la fistule est confrontée à d'autres défis techniques. L'étude des conditions à l'échelle nationale nécessite de grands ensembles de données qui ne sont pour la plupart pas disponibles. En particulier, le manque d'intégration de la fistule dans les systèmes nationaux d'information sur la gestion de la santé constitue une occasion manquée.

L'attention accordée à la fistule est rare par rapport à celle d'autres problèmes de santé publique. Elle pourrait être assimilée à une maladie rare. La rareté des cas complique la détection. En outre, de nombreuses estimations sont basées sur le nombre de femmes qui se présentent pour recevoir des soins, compte tenu du coût des enquêtes basées sur la population.

Bien que les solutions épidémiologiques ne soient pas faciles et que les ressources globales allouées à la lutte contre la fistule soient limitées, des estimations précises de l'incidence et de la prévalence sont vitales. Il est particulièrement difficile de planifier des interventions à grande échelle liées aux fistules en l'absence d'une idée précise de l'ampleur du problème. En outre, il n'est pas possible de prouver les avantages des programmes sans chiffres avant et après raisonnables pour en évaluer l'efficacité.

Deux études de la London School of Hygiene and Tropical Medicine se sont efforcées très tôt d'appliquer des méthodes statistiques modernes pour interpréter les données disponibles et de

- Les femmes
- souffrant d'une
- fistule ont tendance
- à vivre dans un
- environnement
- où presque tous
- les obstacles
- imaginables à un
- recensement facile

parvenir à des estimations avec une base objective (Adler, Ronsmans et autres, 2013; Adler, Fox et autres, 2013). Cependant, les auteurs ont librement admis que même leurs meilleurs efforts étaient, dans une certaine mesure, contrecarrés par des ensembles de données incomplets. En particulier, ils ont exprimé des doutes sur le fait que leur conclusion sur l'incidence reflétait vraiment l'ampleur réelle des nouveaux cas chaque année. Alors que nous plaidons en faveur de l'apport de données factuelles comme fondement de l'action contre la fistule, tout le monde doit être prêt à accepter ce que disent les preuves, même si les résultats sont inattendus.

L'impact de la méthode d'échantillonnage est perceptible au Bangladesh. En 2003, une analyse situationnelle qui comprenait des entretiens ayant abouti à la déclaration des symptômes par les participants, à des observations de la pratique clinique et à des examens des dossiers cliniques a estimé la prévalence à 70 000 femmes en attente de traitement (EngenderHealth Bangladesh Country Office, sd). En 2017, une deuxième enquête, comprenant aussi un examen de confirmation pour les femmes suspectées d'avoir une fistule, a abouti à une estimation de 19 755 femmes (Measure Evaluation et autres, 2018). Le Bangladesh a réalisé des progrès considérables dans la réduction de la mortalité maternelle, principalement en réduisant les taux de fécondité résultant de l'amélioration de l'accès à la planification familiale moderne et à l'avortement sécurisé. Certains ont affirmé que cette réduction spectaculaire de la prévalence était une réalisation majeure dans les programmes de santé maternelle. Toutefois, au cours de ce même intervalle de 14 ans, au plus 7 000 à 8 000 réparations de fistules ont été effectuées. Ainsi, le besoin d'outils de mesure de plus en plus perfectionnés reste permanent et extrêmement important.

Les femmes atteintes de fistule obstétricale sont généralement jeunes, pauvres, sans éducation, souvent mariées trop tôt et contraintes de vivre une grossesse avec peu ou pas de soutien médical

1.2 ACCÈS AUX PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA FISTULE

Sensibilisation

Il est facile de présenter la fistule au public tant son histoire est assez saisissante et sans équivoque sur le plan moral. Le profil type d'une femme atteinte de fistule obstétricale est le suivant : elle est généralement jeune, pauvre, sans éducation, souvent mariée trop tôt et contrainte de vivre une grossesse avec peu ou pas d'assistance médicale. Elle endure ensuite des jours de douleur atroce due à une dystocie prolongée, suivis de la mort de son premier (et probablement seul) enfant (Nations Unies, 2018). Il en résulte une incontinence qui entraîne sa stigmatisation et sa mise à l'écart ; par ailleurs, elle passe des années à chercher désespérément où trouver de l'aide.

Il existe également un deuxième scénario qui décrit la fistule. Dans cette version, la femme en question pourrait avoir la trentaine, être mère de deux ou trois enfants, peut-être une diplômée universitaire qui mène sa propre carrière. Elle se rend chez son médecin par suite de douleurs abdominales diffuses ou peut-être des règles irrégulières, et on lui fait savoir qu'elle doit se faire retirer l'utérus. Après cette opération, elle se retrouve soudainement dans l'incapacité de contrôler le flux d'urine provenant constamment de son vagin. Elle retourne voir son médecin qui l'oriente immédiatement pour une autre opération afin de réparer le trou laissé lors de sa chirurgie pelvienne. Il s'agit d'une fistule iatrogène.

Bien que l'histoire initiale de patients souffrant d'une fistule obstétricale soit celle toujours vécue par de nombreuses femmes et filles à la recherche de soins pour la fistule, la deuxième histoire est de plus en plus répandue. D'un point de vue clinique, il existe des différences subtiles entre les deux affections. Toutefois, les deux histoires sont si différentes d'un point de vue personnel et social que l'augmentation des cas de fistules iatrogènes appelle à repenser la manière de présenter la fistule au grand public.

Il existe bien entendu un chevauchement. Les femmes pauvres et rurales subissent une intervention chirurgicale tout comme les femmes plus riches, et les femmes pauvres ayant les mêmes caractéristiques démographiques que celles observées pour la fistule obstétricale peuvent également présenter une fistule iatrogène. Bien que les données se font encore attendre, il y a des raisons de penser que la fistule iatrogène touche de manière significative les femmes pauvres. Les femmes les plus pauvres se tournent souvent vers des chirurgiens mal formés (voire des charlatans) pour subir une opération. Les morbidités sont plus inconfortables pour les travailleuses pauvres qui souhaitent avoir des remèdes rapides et permanents pour pouvoir aller travailler. Cependant, pour dire la vérité sur la cause qui nous tient tous à cœur, il est peut-être temps de revoir la description de la fistule.

1.3 FISTULE IATROGÈNE : UN NOUVEAU DÉFI À RELEVER

L'un des changements les plus marquants depuis la publication de la première édition du présent manuel a été l'augmentation de la fistule iatrogène. « Iatrogène » est un terme médical qui signifie induit par un médecin ou par un traitement médical. Alors que les causes de la fistule obstétricale sont complexes, la façon dont la fistule iatrogène se forme est tout à fait simple. Au cours d'une chirurgie pelvienne, une coupure ou une incision par inadvertance au mauvais endroit, une blessure par écrasement par une pince placée dans une zone délicate, la brûlure des tissus en essayant d'arrêter le saignement par électrocoagulation ou le placement malencontreux d'une suture au mauvais endroit peuvent tous conduire à la perte d'une petite zone de tissu et à une connexion entre la vessie et le vagin.

Toute chirurgie pelvienne peut entraîner une fistule iatrogène, mais la cause la plus fréquente est la chirurgie gynécologique. La procédure la plus courante qui en est à l'origine est une hystérectomie abdominale, la césarienne venant en deuxième lieu. L'uretère (le tube entre la vessie et le rein) peut être blessé chirurgicalement, tout comme l'urètre, mais ces blessures sont moins fréquentes. En général, la fistule iatrogène est connue depuis longtemps comme une complication rare de la chirurgie pelvienne chez les femmes et les hommes. L'attention dont bénéficie actuellement ce sujet a commencé avec la revue de Raassen (Raassen et al., 2014). Nous manquons actuellement de données probantes sur ce problème dans l'ensemble des pays où la fistule est courante, mais la combinaison des deux types de fistule est clairement en constante évolution.

Étant donné que l'examen de la fistule iatrogène n'en est qu'à ses débuts, des définitions strictes de la maladie doivent encore être convenues. Le diagnostic est simple à poser lorsqu'une femme est continente, subit une hystérectomie puis devient totalement incontinente après une intervention chirurgicale. Le scénario après une césarienne est plus difficile. Si la femme commence à avoir des fuites urinaires après la chirurgie, est-ce la résultante d'un accident lié à la chirurgie ? Ou la femme n'a-t-elle pas subi une césarienne à temps pour éviter l'apparition d'une fistule obstétricale ? Pour l'instant, il n'y a pas de directives strictes permettant de faire la distinction entre ces deux scénarios.

Nous n'avons pas de suivi à long terme des femmes après réparation d'une fistule iatrogène. Toutefois, il est théoriquement logique que l'incontinence après la chirurgie soit beaucoup moins fréquente, car les blessures n'auraient pas tendance à apparaître principalement dans les zones critiques pour le contrôle urinaire comme c'est le cas dans la fistule obstétricale. Les lésions de la fistule iatrogène ont tendance à être « élevées », se produisant dans le segment utérin inférieur où le col de l'utérus et le vagin se rencontrent. Les défauts de la fistule obstétricale peuvent être graves, entraînant un large champ de lésions ischémiques et laissant

- Iatrogène est un
- terme médical
- qui signifie
- induit par un
- médecin ou par
- un traitement
- médical

des zones de cicatrices autour du défaut de la fistule. Les fistules iatrogènes ont tendance à être petites, la blessure étant circonscrite ou limitée à la petite zone où une suture a été mal placée ou une coupure accidentelle a été faite. Chacune de ces distinctions techniques a potentiellement une incidence sur la façon dont les femmes se comporteront après la réparation.

Pendant de nombreuses décennies, les urologues des pays riches ont réparé la fistule iatrogène. Dans la mesure où elle est habituellement localisée près du col de l'utérus, il peut être plus facile de réparer par voie abdominale. Cette approche peut contribuer à alimenter la perception selon laquelle les urologues réparent les fistules par voie abdominale tandis que les gynécologues ont tendance à le faire par voie vaginale. L'implication des gynécologues dans la réparation de la fistule est devenue beaucoup plus fréquente pour la fistule obstétricale, ce qui n'arrive presque jamais dans les pays riches.

La distinction technique fondamentale entre une fistule obstétricale générique et une fistule iatrogène générique réside dans la différence de leur localisation. Étant donné que les chirurgiens ont été formés à la réparation de la fistule obstétricale, l'approche vaginale est devenue plus courante. À mesure que la fistule iatrogène gagne du terrain, il est possible qu'il y ait un retour vers la réparation abdominale, car cette approche de gestion des lésions de la fistule iatrogène peut être un peu moins difficile dans certains cas. Les cas par voie abdominale nécessitent un ensemble d'instruments légèrement différent, peuvent nécessiter un recours plus fréquent à l'anesthésie générale et impliquent probablement un temps de récupération plus long par rapport à la chirurgie vaginale. Chacun de ces facteurs a des implications pour les programmes de lutte contre la fistule.

Un élément clé consiste à sensibiliser les professionnels de la santé à tous les niveaux de leur formation. Les écoles de médecine, d'infirmières et de sages-femmes devraient disposer de programmes proposant des discussions importantes sur la fistule, le traitement, la prévention et la réadaptation, et abordant à la fois la fistule obstétricale et la fistule iatrogène.

La sensibilisation est importante pour tout centre de traitement de la fistule. Il s'agit en effet de la première étape du « continuum de soins », de l'identification de la patiente à son orientation en passant par son traitement, son rétablissement, son suivi et son retour/réinsertion dans la société

1.4 SENSIBILISATION ET IDENTIFICATION DES CLIENTES

À l'ère où la fistule est considérée comme une « épidémie cachée », peu ou pas de réflexion était accordée à l'identification de nouvelles clientes en quête de soins. Auparavant, les centres de traitement de la fistule opérationnels étaient débordés de travail. Or, de nos jours, la plupart des centres ont besoin d'adopter de nouvelles stratégies pour identifier et mobiliser les clientes. Est-ce parce que les femmes atteintes de fistule n'ont pas entendu parler des centres, n'ont pas les moyens de s'y rendre, ont peur de s'y rendre ou ne sont pas autorisées à s'y rendre, ont fait la paix avec leurs blessures ou ont eu vent d'histoires désagréables à propos du traitement ? Ou est-ce à cause d'autres raisons ?

Quelle que soit la raison, la sensibilisation est importante pour tout centre de traitement de fistule. Il s'agit en effet de la première étape du « continuum de soins », de l'identification du patient à son orientation en passant par son traitement, son rétablissement, son suivi et son retour/réinsertion dans la société. De nombreuses approches ont été utilisées pour faire savoir que de l'aide est disponible, des crieurs publics aux journaux, en passant par la radio et la télévision, les agents de santé communautaires et maintenant, les téléphones portables et les réseaux sociaux.

Cependant, la première forme de sensibilisation, et la plus efficace, a toujours été le bouche-à-oreille. La communication verbale au sein de cette communauté invisible de femmes ingénieuses a une portée et une efficacité étonnantes. Il arrive souvent qu'une survivante

heureuse ramène de nombreuses autres femmes de sa région d'origine, même après que les efforts de mobilisation formels au même endroit n'ont donné aucun résultat. Bien avant que les commentaires sur une page Web ne deviennent un outil puissant, les femmes atteintes de fistule « évaluaient » la qualité des soins et communiquaient efficacement à ce sujet.

Les médias modernes ont le potentiel de toucher une plus grande partie de la population d'une zone donnée, en particulier où les téléphones portables sont devenus omniprésents. Les « explosions » de messages texte ciblés se sont avérées efficaces pour localiser de nouvelles clientes. La capacité à faciliter le transport de nouvelles clientes via des transferts de fonds par téléphone mobile a été particulièrement encourageante (Fiander et al., 2013).

Comme c'est le cas dans tant d'autres aspects de la réponse à la fistule, la sensibilisation semble mieux fonctionner lorsqu'elle est adaptée à différents contextes géographiques et culturels. Malgré la ruée vers les nouveaux médias, il existe encore des zones où la radio semble fonctionner le mieux, tandis que dans des endroits comme le Kenya, la télévision a fourni un élan extraordinaire à la sensibilisation. Dans d'autres endroits, des supports imprimés tels que des affiches et des dépliants placés à des endroits bien en vue ont été utilisés avec un effet comparable. La clé semble être de véhiculer des informations locales sur les médias les plus populaires dans une région donnée.

Les services d'approche et les services cliniques sont évidemment séparés les uns des autres. Depuis toujours, tous les efforts déployés en vue d'inciter les femmes atteintes de fistule à se rendre dans un lieu de traitement ont abouti à la découverte d'autres affections. Si celles-ci ne peuvent pas être résolues, il se pose des défis éthiques qui ne peuvent être entièrement résolus sans mettre fin au financement « en silos » pour des affections médicales spécifiques. Le fait de transporter une femme d'un endroit éloigné vers un centre de traitement de la fistule pour découvrir qu'elle n'a pas de fistule peut représenter une perte de ressources considérable. Quelle est alors l'obligation du centre de traitement ?

L'une des principales raisons pour lesquelles les organisations non gouvernementales (ONG) ont été en mesure d'apporter des réponses efficaces à la fistule est qu'elles se concentrent sur les interventions avec des ressources adaptées. Il devient donc essentiel de déployer tous les moyens pour diagnostiquer avec précision la fistule avant l'orientation. Les outils de dépistage aident les agents de santé communautaires, les acteurs impliqués dans la lutte contre la fistule ou toute autre personne chargée d'interagir avec les femmes dans une communauté à identifier la fistule, même si un examen clinique de confirmation peut ne pas être possible. Ces outils peuvent également aider les agents de dépistage à répondre aux appels sur les « lignes directes » de la fistule en réponse à d'autres activités de sensibilisation. Des outils validés existent, tels que l'outil d'évaluation communautaire de la fistule obstétricale (voir Annexe 1). Ces outils doivent être suffisamment simples à utiliser pour le personnel non médical, suffisamment brefs pour pouvoir être appliqués efficacement et suffisamment précis pour identifier avec certitude les femmes atteintes de fistule sans oublier une personne.

Les téléphones portables se sont avérés précieux en permettant aux travailleurs et aux bénévoles sur le terrain de communiquer facilement avec un « centre de commandement » central qui peut servir de passerelle vers le centre de traitement. Un effort exemplaire est le système d'orientation au Kenya appelé le réseau Action on Fistula. Les centres de traitement s'associent à des organisations de terrain telles que Women and Development Against Distress in Africa (WADADIA). D'innombrables agents de terrain reçoivent une formation de sensibilisation de base sur la fistule et une petite allocation pour effectuer des actions de sensibilisation au sein des communautés. Ils ont alors un contact régulier par téléphone portable avec le bureau de

● **La sensibilisation**
● **semble**
● **fonctionner au**
● **mieux lorsqu'elle**
● **est adaptée**
● **aux différents**
● **contextes**
● **géographiques et**
● **culturels.**

WADADIA, qui organise le transport et l'orientation vers des centres de traitement comme le Gynocare Fistula Center à Eldoret. En cas de difficultés, le personnel de WADADIA se rend directement sur le terrain pour régler les problèmes. La communication directe avec le personnel clinique permet de répondre à toutes les questions sur la pertinence de l'orientation avant que la femme ne soit envoyée à l'établissement de traitement. Une autre innovation majeure est que ce même réseau est ensuite utilisé après le retour de la femme à la maison, de sorte que si elle a des inquiétudes concernant toute éventualité de complications tardives, d'échec tardif du traitement ou d'autres problèmes, elle puisse être renvoyée à l'établissement de traitement pour obtenir des conseils d'experts et boucler la boucle dans le continuum des soins.

Une approche de sensibilisation a consisté à fournir des incitations financières aux travailleurs chargés d'identifier et d'orienter les nouvelles clientes atteintes de la fistule. Cette approche a suscité des préoccupations éthiques avec des conflits d'intérêts potentiels inhérents. Toutefois, les incitations basées sur les performances peuvent potentiellement être bénéfiques pour la santé publique (Patel, 2016), en particulier compte tenu d'un examen attentif et d'une surveillance pour garantir la responsabilité et éviter les violations éthiques. Le programme de lutte contre la fistule devrait toujours impliquer des agences spécialisées qui comprennent les patientes et leur maladie. Alors qu'un nombre croissant de pays disposent de régimes nationaux d'assurance maladie qui devraient améliorer l'accès aux soins de la fistule, les services doivent en fin de compte être accessibles et utiles aux femmes et aux filles. Cela englobe la prestation par le biais d'une certaine forme d'assurance sociale à grande échelle, ou par le biais d'une assurance privée sans contraintes telles que la classification de la fistule comme un trouble « préexistant ».

Les activités de sensibilisation doivent disposer de données permettant d'évaluer l'efficacité et l'efficience relatives du large éventail d'approches différentes



Les activités mentionnées jusqu'à présent concernent la fistule obstétricale, principalement parmi les femmes rurales pauvres et marginalisées. Pour celles-ci, en matière de fistule iatrogène, la différence dans les défis à l'identification et à l'orientation des patientes devrait être minime. Mais qu'en est-il des femmes potentiellement instruites et plus autonomes, qui souffrent de fistule après une chirurgie pelvienne ?

Les activités de sensibilisation doivent disposer de données permettant d'évaluer l'efficacité et l'efficience relatives du large éventail d'approches différentes. Lorsque les planificateurs sont armés de données concrètes, ils peuvent opérer des choix difficiles concernant l'épidémiologie, le traitement et le suivi, la sensibilisation et la réintégration. Le coût de la sensibilisation reste un défi pour la durabilité du programme de lutte contre la fistule.

1.5 DÉPLOIEMENT DES RESSOURCES

Le nombre décroissant de femmes/filles atteintes de fistule nécessite de repenser les stratégies dans de nombreux domaines du programme de lutte contre la fistule. La réponse à cette réalité changeante est un thème récurrent tout au long du présent manuel. L'un des défis à relever consiste à déployer de manière rationnelle des ressources consacrées à la fistule. Nous discuterons dans une autre section de l'équilibre entre le financement du traitement et de la prévention en tant qu'impératifs moraux doubles. De manière générale, à l'échelle nationale et régionale, une réflexion approfondie doit être menée pour définir les meilleures façons de distribuer les outils de lutte contre la fistule. Pourquoi choisir entre le financement de l'épidémiologie et d'autres programmes de fistule ? La prévention favorise la survie et la santé de la mère et du nouveau-né. Tous les efforts déployés pour prévenir la mortalité maternelle contribueront à la prévention de la fistule.

Le traitement de la fistule doit disposer de ressources suffisantes, car mettre fin à la fistule est essentiel pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies. Étant donné que certains pays qui ont été des sites de programmation de la fistule dans

le passé sont en passe d'accéder au statut de pays à revenu intermédiaire, les ressources locales devraient être de plus en plus disponibles. Même 20 000 réparations à 1 000 dollars chacune s'élèvent à 20 millions de dollars, ce qui devrait être abordable pour les économies émergentes. Augmenter les budgets nationaux et mobiliser les ressources nationales pour la santé, veiller à ce que des fonds suffisants soient alloués pour prévenir la fistule obstétricale et traiter les cas existants, et renforcer la capacité des systèmes de santé à fournir des services essentiels contribueront à mettre fin à la fistule d'ici une décennie.

Plus tôt dans la lutte contre la fistule, il existait un vaste consensus sur l'offre de services de réparation de la fistule dans de nombreux petits hôpitaux régionaux et de district. L'idée est née du principe que les femmes atteintes de fistule ne devraient pas avoir à parcourir de longues distances pour recevoir de l'aide concernant leur état. À présent que moins de femmes se présentent pour des soins, le temps de cette approche est peut-être révolu. Ce serait merveilleux si un nombre suffisant de chirurgiens et de personnel hautement qualifiés, compétents et expérimentés se rendaient dans un nombre croissant d'hôpitaux. Cependant, la formation des chirurgiens est coûteuse et ceux formés sont malheureusement peu susceptibles de rester dans les zones d'endémie de la fistule pour pratiquer et la réparation de la fistule est difficile et nécessite une pratique fréquente pour maintenir la compétence. Des organisations comme le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la Campagne pour l'élimination de la fistule, EngenderHealth, la Fistula Foundation et la Fédération Internationale d'Obstétrique et de Gynécologie (FIGO) ont déployé des efforts louables pour appuyer la formation des chirurgiens. Toutefois, les défis étant nombreux, nous ne pouvons pas continuer en mode expansion. La période actuelle appelle au renforcement et à la consolidation des ressources, avec un accent sur la qualité des soins et le principe fondamental de la médecine « d'abord ne pas nuire ».

Compte tenu de la diminution du nombre de femmes atteintes de fistule réparties sur un réseau croissant de sites de traitement, une conséquence involontaire est qu'il est de plus en plus difficile pour un chirurgien individuel d'acquérir une vaste expérience en réparation. Le nombre de chirurgiens de la fistule ayant arrêté la formation à un niveau de compétence limité à des réparations « simples » est problématique, laissant présager une crise imminente. Les meilleurs chirurgiens de la fistule au monde, qui sont appelés à maintes reprises dans les camps de réparation de la fistule, vieillissent. La plupart sont âgés entre 60 et 70 ans. Plusieurs des plus grands sont morts au cours des dernières années, notamment John Kelly, Maura Lynch et Sr Ann Ward. Ceux qui restent approchent de la retraite. Bien qu'il existe des exceptions, il ne semble pas y avoir de groupe évident de chirurgiens d'âge moyen/de jeunes prêts à assumer ces rôles. En l'absence de formation pour intégrer de nouveaux chirurgiens, d'où viendra l'expérience pour équiper la nouvelle génération de maîtres formateurs et de chirurgiens capables de réparer les fistules aux plus hauts niveaux de difficulté ?

L'achat de consommables et d'équipements pour les centres de traitement de fistule peut être difficile et nécessiter beaucoup de ressources. La mise en œuvre de programmes efficaces pour l'identification et l'orientation des patientes est un défi, et au regard de la baisse du nombre de clientes, cette capacité est devenue essentielle à la survie des centres de traitement individuels. Offrir un éventail complet de services sociaux aux femmes après chirurgie réparatrice nécessite un investissement dans des programmes de réintégration. La baisse du financement et du nombre de clientes souligne à nouveau la nécessité de consolider les capacités (et de les lier aux programmes existants de santé, de protection sociale, de développement communautaire et d'autonomisation des femmes) plutôt que de les dupliquer sur un nombre de plus en plus grand de sites individuels.

- Offrir un éventail complet de services sociaux aux femmes après réparation nécessite un investissement dans des programmes de réinsertion



PRÉVENTION DE LA FISTULE



La première édition du présent manuel définissait trois catégories de prévention :

Prévention primaire (mesures sociales)

- Promotion de la santé (programmes, politiques)
- Grossesses planifiées
- Espacement des naissances
- Contraception
- Sensibilisation de la communauté

Prévention secondaire (soins obstétricaux de base)

- Soins prénatal
- Personnel de santé qualifié pour les soins obstétricaux à l'accouchement
- Utilisation du partogramme
- Identification des signes et symptômes de dystocie
- Orientation immédiate
- Soins de la vessie et/ou cathétérisme pendant le travail, si nécessaire

Prévention tertiaire (soins obstétricaux plus avancés)

- Accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en pratiquant une césarienne rapide, sûre et de qualité par un chirurgien formé/compétent
- Utilisation d'un cathéter à demeure (c'est-à-dire un cathéter de Foley) pour refermer de petites fistules fraîches

Ces catégories continuent de guider la prévention de la fistule aujourd'hui.

2.1 PRÉVENTION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE : LA VOIE À SUIVRE

Dans certaines des régions les plus pauvres et les plus isolées d'Afrique, d'Asie et des pays en développement, l'ampleur relative des morbidités maternelles, telles que la fistule, semble persister malgré des décennies d'efforts. Dans d'autres domaines, les progrès réalisés ont été spectaculaires. Le Bangladesh en est un excellent exemple. Le pays a obtenu un succès étonnant dans la réduction de la mortalité maternelle dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement. L'enquête de 2016 sur la mortalité maternelle et les soins de santé au Bangladesh a révélé que le taux de mortalité maternelle est passé de 574 à 196 pour 100 000 naissances vivantes de 1990 à 2016. L'incidence de la fistule a toujours manqué de données concrètes, mais la plupart conviendraient que les taux de morbidité et de mortalité maternelles évoluent approximativement les uns avec les autres au fil du temps.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRÉVENTION



Fistule obstétricale :

- Améliorer la qualité des soins maternels/ néonataux et des SONU.
- Améliorer l'accessibilité aux soins maternels et néonataux et aux soins SONU.
- Mesure de l'impact
- Planning familial
- Éducation et autonomisation des femmes et des filles

Il est maintenant tout à fait pratique d'envisager l'éradication de la fistule au Bangladesh. Son succès est le fruit d'efforts déployés par les communautés pour améliorer les soins prénatals, de meilleures liaisons avec les établissements capables de pratiquer des césariennes et d'un système remarquablement robuste de transmission en temps réel des données sur la santé maternelle aux responsables du ministère de la Santé à Dhaka, qui sont à leur tour en contact au moins une fois par semaine par téléconférence avec les établissements de soins périphériques. Dans le même temps, la mortalité maternelle n'a apparemment pas enregistré une nouvelle baisse entre 2010 et 2016. Peut-on supposer que l'incidence de la fistule obstétricale est également restée la même ?

Si la fistule obstétricale se stabilise mais que la fistule iatrogène augmente, l'incidence nette de la fistule devrait augmenter. Il est nécessaire de déterminer le taux des deux, ce qui est plus facile à dire qu'à faire, mais essentiel pour adapter les stratégies nationales au véritable niveau de charge de la fistule. Les programmes dans un pays présentant un nombre élevé de nouveaux cas doivent différer de ceux dans les zones où l'éradication de la fistule semble faisable.

2.1.1 Promotion et renforcement du personnel de santé qualifié fournissant des soins pendant l'accouchement

L'intervention la plus importante pour réduire le nombre de décès et d'incapacités maternelles est de permettre à toutes les femmes d'accéder à des services de qualité et en temps opportun fournis par un personnel de santé qualifié (professionnels de la santé maternelle et néonatale compétents, y compris les sages-femmes, les infirmières, les obstétriciens, les médecins et les anesthésistes) au moment de l'accouchement. Une partie importante de tout programme de sensibilisation sur la fistule ou à la santé maternelle est de promouvoir l'utilisation de ces services en impliquant et en éduquant la communauté (hommes, femmes et jeunes) sur l'importance d'obtenir des soins qualifiés à chaque accouchement. Les femmes doivent être encouragées à se rendre au centre de santé pour obtenir des conseils, des soins prénatals et d'obstétrique. Conformément aux recommandations de l'OMS, les interventions comprenant la préparation à l'accouchement et la préparation aux complications, la participation des hommes et la mobilisation communautaire par le biais d'un apprentissage participatif facilité et de cycles d'action avec des groupes de femmes sont des interventions importantes pour promouvoir une grossesse, un accouchement et une santé post-partum sans risque. La clinique communautaire doit également renforcer les liens avec les centres de santé ou les hôpitaux de niveau supérieur pour faciliter une orientation rapide et efficace en cas d'urgence. Les sages-femmes peuvent prodiguer des soins intrapartum de haute qualité et effectuer les tâches vitales décrites ci-dessous. Ces compétences sont directement liées à la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales.

Les femmes doivent être encouragées à se rendre au centre de santé pour obtenir des conseils, des soins prénatals et d'obstétrique

2.1.2 Ressources humaines – personnel de santé qualifié prodiguant des soins pendant l'accouchement

L'implication et l'appui du personnel de santé qualifié lors de l'accouchement au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (OMS et autres, 2018) sont essentiels dans la prévention de la fistule. Maximiser les compétences cliniques et la confiance des sages-femmes, des médecins et des autres cadres dans les soins de maternité est un élément crucial des soins de qualité. La Confédération internationale des Sages-femmes (ICM) souligne également l'importance de rendre accessibles les soins de maternité de qualité pour toutes les femmes enceintes afin d'aider à prévenir et à gérer la fistule obstétricale et à améliorer les résultats en matière de santé maternelle. Les sages-femmes formées,

encadrées et réglementées selon les normes internationales sont bien placées pour faciliter l'atteinte de ces fins et contribueront de manière substantielle à l'objectif de couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030 (OMS, sd).

Le présent manuel n'est pas destiné à remplacer des manuels ou des directives techniques complémentaires approuvés. Il est cependant essentiel que les professionnels de la santé qui dispensent des soins intrapartum puissent exercer les compétences clés décrites dans la section suivante afin de prévenir de nouveaux cas de fistule.

2.1.3 Le rôle des sages-femmes dans la prévention et la détection des fistules obstétricales

L'ICM déclare que mettre fin à la fistule obstétricale nécessite la pleine implication des sages-femmes aux niveaux communautaire, national, régional et mondial. Les sages-femmes peuvent :

- Fournir des soins obstétricaux qualifiés, en particulier prénatals, périnatals ;
- Fournir une éducation à la santé, en expliquant les facteurs de risque de la fistule obstétricale ;
- Promouvoir l'utilisation des services de santé et de maternité par les femmes, leurs familles et leurs communautés ; et
- Fournir des services de santé reproductive étendus tels que la planification familiale.

Les sages-femmes sont souvent un point de contact sûr dans une communauté et fournissent une variété de services de santé sexuelle et reproductive, tels que des conseils en matière de contraception et de planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus et les soins prénatals et postnatals. Elles sont également souvent impliquées dans l'information et la sensibilisation de la communauté sur la santé maternelle et néonatale et la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Au regard de ces rôles, les sages-femmes sont donc importantes dans l'identification des femmes et des filles qui souffrent de fistule obstétricale (et d'autres morbidités maternelles) et dans l'orientation de celles-ci vers un hôpital pour évaluation, traitement ultérieur et chirurgie.

La discussion sur l'élaboration d'un programme pour un personnel de sages-femmes soutenu afin d'aider à prévenir de nouveaux cas de fistule obstétricale dépasse le cadre de ce manuel. Cependant, au moins deux éléments essentiels contribuent à garantir la performance des sages-femmes et leur capacité à exercer dans le cadre de leur champ d'action : le mentorat et le statut de la profession de sage-femme.

Comme dans de nombreux domaines de la médecine, les professionnels développent leurs compétences au fil du temps. Les sages-femmes renforcent leur jugement clinique et leur prise de décision en étant directement impliquées dans les soins de maternité. Le mentorat/coaching est essentiel pour convertir tout professionnel de la santé en praticien indépendant et compétent. Un mentor est un collègue chevronné qui s'engage à ce que l'équipe fonctionne bien et garantit une pratique fondée sur des données probantes et des soins respectueux. Avoir un mentor renforcera les compétences des sages-femmes pour prévenir de nouveaux cas de fistule obstétricale.

Dans de nombreux pays, le statut des sages-femmes reste faible. Les décisions prises par d'autres praticiens l'emportent sur les interventions initiées par la sage-femme.

● Les sages-femmes
● sont souvent un
● point de contact
● sûr dans une
● communauté et
● fournissent une
● variété de services
● de santé sexuelle
● et reproductive,
● tels que des
● conseils en matière
● de contraception
● et de planification
● familiale, le
● dépistage du
● cancer du col de
● l'utérus et les
● soins prénatals et
● postnatals

Il est important que les sages-femmes soient en charge des soins de maternité et qu'aucun autre praticien ne puisse passer outre leur prise de décision sans des lignes hiérarchiques très clairement définies

• Dans la pratique, cela pourrait se traduire par un scénario dans lequel une sage-femme a diagnostiqué une dystocie et souhaite impliquer un médecin et procéder à une orientation. Peut-être que quelqu'un d'autre décidera que ni un médecin ni une orientation ne sont nécessaires. Il est important que les sages-femmes soient en charge des soins de maternité et qu'aucun autre praticien ne puisse passer outre leur prise de décision sans des lignes hiérarchiques très clairement définies.

2.2 RECONNAÎTRE ET DIAGNOSTIQUER UNE DYSTOCIE

La dystocie est l'incapacité du fœtus à descendre à travers la filière génitale car il existe une barrière infranchissable (obstruction) empêchant sa descente malgré de fortes contractions utérines. L'obstruction se produit généralement au bord du bassin, mais peut parfois se produire plus bas dans la cavité pelvienne ou à la sortie du bassin. Il n'existe pas de définition unique du travail prolongé, car ce qui est considéré comme « trop long » varie selon le stade du travail. En général, un signe clé de la dystocie est que le diamètre le plus large du crâne fœtal reste stationnaire au-dessus du bord pelvien, car il est incapable de descendre. Les sages-femmes sont capables de le détecter en palpant l'abdomen de la mère. Si l'utérus est entré en contraction tonique (il est continuellement dur) et se trouve étroitement moulé autour du fœtus, il sera très difficile de sentir si le fœtus progresse vers la descente dans le canal génital. Dans ce cas, la palpation sera également très douloureuse pour la femme. Les interventions suivantes peuvent aider à évaluer la progression du travail et à diagnostiquer une dystocie.

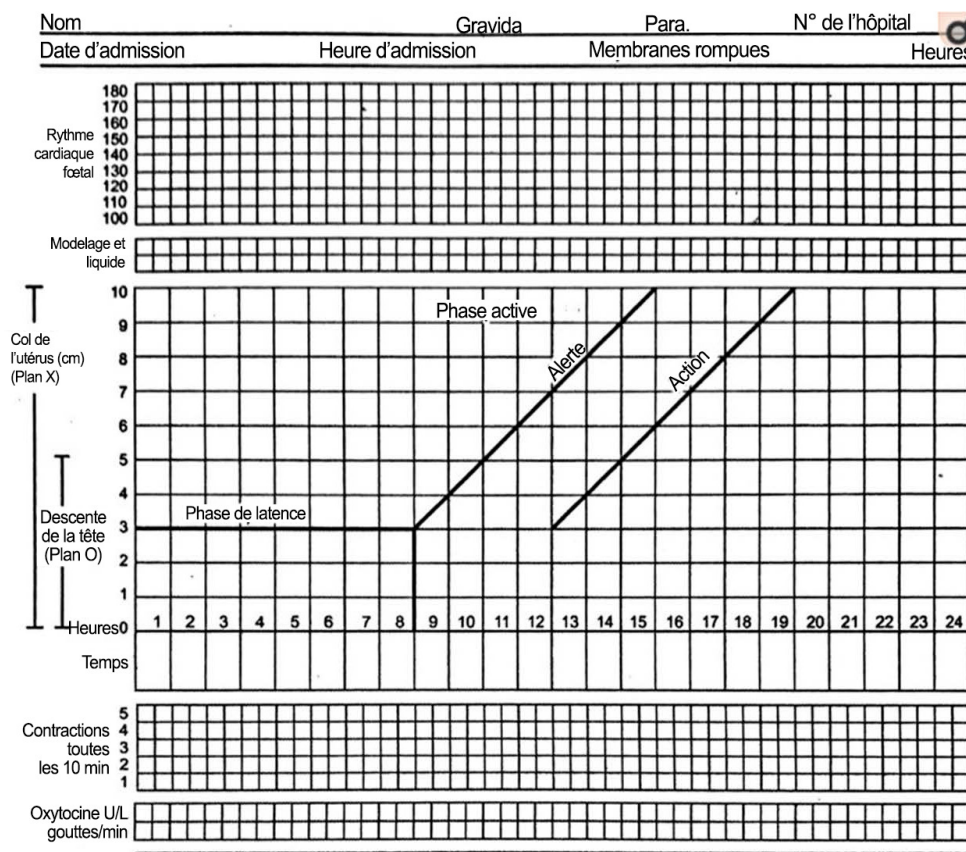
2.2.1 Utilisation du partogramme

Un outil de diagnostic utile pour identifier le travail prolongé consiste à tracer les étapes du travail sur le partogramme (Figure 1), tout en évaluant régulièrement l'état fœtal et maternel. Une utilisation à bon escient de l'outil peut sauver des vies maternelles et fœtales en veillant à ce que les complications potentiellement mortelles telles que la dystocie soient identifiées et traitées (Dalal et Purandare, 2018). L'enregistrement du partogramme donnera un avertissement précoce si le travail peut être prolongé au point qu'une obstruction semble probable et une orientation est essentielle.

Remarque : Les « [recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive](#) » de 2018 font référence aux résultats d'une vaste étude observationnelle indiquant que toutes les femmes ne progressent pas au même rythme dans le travail/la dilatation cervicale. Par conséquent, l'utilité du partogramme a fait l'objet de discussions. Le facteur important que les sages-femmes suivront pendant le travail est la progression, par exemple si le bébé tourne vers l'avant (antérieur), si le bébé descend dans le petit bassin et/ou si le col se dilate de manière constante (même peut-être à un rythme plus lent).

Il n'est peut-être pas facile d'apprendre et d'appliquer le partogramme dans les milieux à faibles ressources. Les systèmes de santé doivent veiller à l'utilisation à bon escient de l'outil. Les sages-femmes et autres cadres des soins de maternité doivent être formés et aidés pour le remplir et l'interpréter correctement. Un programme de mentorat est important, les sages-femmes seniors devant superviser les autres de manière positive.

Figure 1 Partographe composite de l'OMS



- Les sages-
- femmes et autres
- cadres des soins
- de maternité
- doivent être
- formés et aidés
- pour remplir le
- partographe
- et l'interpréter
- correctement

2.2.2 Examen vaginal

Les examens vaginaux visant à évaluer le col de l'utérus peuvent permettre d'évaluer la progression du travail. Ces examens peuvent cependant provoquer une infection pour la mère et le nouveau-né et être très inconfortables et pénibles pour la femme. Seul le nombre d'examen médicalement indiqué doit être effectué. La femme doit être encouragée à rester mobile et autorisée à se promener, car cela aidera le bébé à tourner dans le petit bassin et peut réduire le risque d'obstruction.

2.2.3 Soins de la vessie

Il est important de garder la vessie vide pour qu'elle ne prenne pas de place supplémentaire lors de la descente du fœtus. La femme doit également être bien hydratée pendant le travail pour des contractions efficaces et pour maintenir une fréquence cardiaque fœtale normale. Plus le fœtus descend dans le canal génital, plus il devient généralement difficile pour les femmes d'uriner. Cette situation s'explique par le fait que la tête du fœtus comprime quelque peu l'urètre. Les femmes enceintes/en travail devraient être encouragées à uriner fréquemment et devraient disposer d'un espace privé où elles peuvent prendre leur temps pour le faire. S'il est impossible d'uriner, un cathétérisme

est indiqué. Cependant, il comporte un risque d'infection et ne doit être effectué que si nécessaire et sous conditions aussi stériles que possible.

2.2.4 Évaluation des signes cliniques de dystocie

La dystocie est plus susceptible de se produire si le travail a été prolongé (plus de 12 heures) et que la femme semble épuisée, anxieuse et faible. Il se peut que la rupture des membranes fœtales et le passage du liquide amniotique aient été prématurés (plusieurs heures avant le début du travail). La mère pourrait présenter des signes vitaux anormaux : un pouls rapide supérieur à 100 battements par minute, une pression artérielle basse, une fréquence respiratoire supérieure à 30 respirations par minute et peut-être aussi une température élevée. N'importe lequel des signes supplémentaires suivants indiquerait la présence d'une obstruction : méconium à l'odeur désagréable s'écoulant du vagin de la mère ; urine concentrée, qui peut contenir du méconium ou du sang ; et un œdème (gonflement dû à l'accumulation de liquide dans les tissus) de la vulve ou du col de l'utérus, surtout si la femme pousse depuis longtemps. Le vagin peut être chaud et sec pendant l'examen en raison de la déshydratation. Parfois, il est possible de ressentir un gros gonflement au-dessus de la tête du fœtus. Le fœtus peut être dans une présentation anormale (c'est-à-dire une présentation du siège incomplète) ou une mauvaise position (c'est-à-dire une position des sourcils ou du visage). Dans la plupart des cas de dystocie, l'effacement cervical est médiocre.

Les femmes en travail dystocique devraient se voir insérer un cathéter vésical à demeure et les femmes identifiées avec une fistule obstétricale dans les 6 à 12 semaines de travail devraient avoir un cathéter mis en place, lorsqu'elles sont orientées vers un centre de fistule pour la prise en charge.

2.2.5 Anneau de Bandl

L'anneau de Bandl (Figure 2) est le nom donné au « creux » entre les moitiés supérieure et inférieure de l'utérus, à peu près au niveau de l'ombilic. Il ne doit pas être vu ou senti lors d'un examen abdominal au cours d'un travail normal. Or, lorsqu'il devient visible et/ou palpable, l'anneau de Bandl est un signe tardif de dystocie. Au-dessus de cet anneau se trouve le segment utérin supérieur grossièrement épaissi qui est tiré vers le haut (rétracté) vers les côtes de la mère. Sous l'anneau de Bandl se trouve le segment utérin inférieur distendu (enflé), dangereusement aminci. Le bas-ventre peut être encore plus distendu par une vessie pleine et des gaz dans les intestins.

2.2.6 Autres facteurs de risque de dystocie

Il est également important de prendre en compte les facteurs sous-jacents qui augmentent le risque de dystocie. Une cause majeure de dystocie est un petit bassin, qui est principalement le résultat d'une mauvaise nutrition pendant l'enfance persistant dans la vie adulte. Les sages-femmes dépistent systématiquement les blessures ou les fractures du bassin pendant les soins prénatals. Un autre problème est celui des mariages d'enfants ou précoces et des grossesses précoces. Les très jeunes femmes ou filles enceintes courent un risque particulièrement élevé de dystocie, car leur bassin ne s'est pas suffisamment développé pour accueillir la tête du bébé. Par conséquent, les programmes de contraception jouent un rôle dans la prévention de la fistule comme moyen de retarder la première grossesse chez les très jeunes femmes. En cas de grossesse non désirée, il est également important de fournir des conseils sur les services d'avortement sécurisé (dans la limite permise par la loi).

ÉTUDE DE CAS : UTILISATION D'UN CATHÉTER URINAIRE DANS LA PRÉVENTION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE POST-PARTUM/APRÈS UNE FISTULE FRAÎCHE

En 2015, le ministère nigérian de la Santé a fait une déclaration officielle préconisant l'utilisation d'un cathéter urinaire à demeure dans la prévention de la fistule, sur la base d'une recommandation faite en 2013 par une consultation d'experts en traitement et programme de lutte contre la fistule (EngenderHealth et Fistula Care, 2013).

Cette approche se divise en deux domaines. La « prévention primaire » fait référence à la pratique consistant à insérer un cathéter dans la vessie chaque fois qu'une femme présente une dystocie. La raison en est que pendant la dystocie, la principale voie menant à la formation de la fistule est l'ischémie qui suit lorsque la partie fœtale présentée (généralement la tête) comprime les structures des tissus mous pelviens contre le bassin osseux et interrompt le flux sanguin dans ces zones. Le tissu vésical peut également devenir ischémique lorsque la vessie reste trop pleine pendant de longues périodes. L'étirement de la paroi de la vessie qui en résulte peut rétrécir les petits vaisseaux sanguins et, encore une fois, réduire le flux sanguin et entraîner la dégradation des tissus (nécrose).

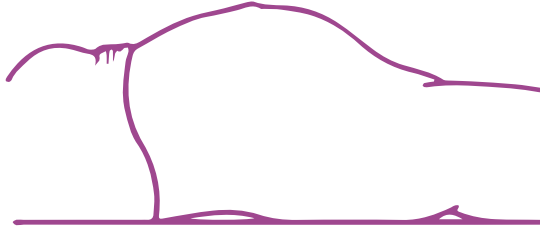
La « prévention secondaire » fait référence à l'insertion d'un cathéter dans la vessie lorsqu'une femme avec une fistule fraîchement formée (généralement dans les 6 à 12 semaines suivant la dystocie) se présente pour recevoir des soins. Étant donné que cette pratique est utilisée après qu'une femme développe une fistule, elle devrait vraiment être classée comme un traitement non chirurgical, plutôt que comme une mesure préventive. Il existe des documents sur des fermetures spontanées de fistules lorsque cette approche est suivie (Waldijk, 2004). Cependant, il n'y a jamais eu d'étude avec un groupe témoin pour répondre à la question de l'histoire naturelle des petites fistules. Il est tout à fait possible que la fermeture spontanée de la fistule se produise dans un sous-groupe de femmes ayant de petites et nouvelles fistules sans aucune intervention. Cependant, il n'existe pas de preuves concluantes pour confirmer ou infirmer l'utilité de cette intervention. (Des recherches supplémentaires sont nécessaires.)

En bref, les femmes en travail dystocique devraient se voir insérer un cathéter vésical à demeure et les femmes identifiées avec une fistule obstétricale dans les 6 à 12 semaines post-partum devraient avoir un cathéter mis en place, lorsqu'elles sont orientées vers un centre de fistule pour la prise en charge.

- Les programmes
- de contraception
- jouent un rôle
- dans la prévention
- de la fistule
- comme moyen
- de retarder
- la première
- grossesse chez
- les très jeunes
- femmes

Figure 2 Anneau de Bandl

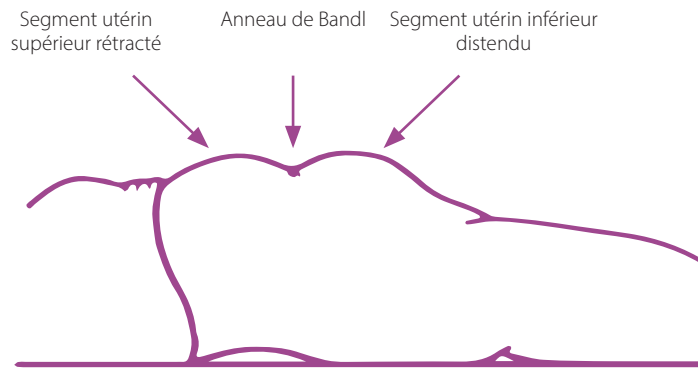
Forme normale de l'abdomen d'une femme enceinte pendant le travail, chez une femme allongée sur le dos



Les sages-femmes peuvent prendre plusieurs mesures pour empêcher un travail prolongé de devenir obstructif et pour essayer de soulager l'obstruction



Anneau de Bandl dans l'abdomen d'une femme dont le travail est obstrué



Source : [The Open University](#) ©2017.

2.3 PRISE EN CHARGE DE LA DYSTOCIE

Les sages-femmes peuvent prendre plusieurs mesures pour empêcher le travail prolongé de devenir obstructif et pour essayer de soulager l'obstruction si l'enregistrement de la dilatation cervicale atteint la ligne d'alerte sur le partogramme et avant qu'il ne s'approche de la ligne d'action.²

2.3.1 Traitement du choc

Si la femme présente des signes de choc (pouls rapide et faible pression sanguine), elle doit recevoir une perfusion intraveineuse de lactate de Ringer pour se réhydrater. Régime suggéré (référence) : Utilisez une grande canule (N° 18 ou 20). Commencez par une perfusion intraveineuse de 1 litre, avec un débit aussi rapide que possible, puis répétez 1 litre toutes les 20 minutes jusqu'à ce que son pouls ralentisse à moins de 90 battements par minute et que sa pression artérielle diastolique soit de 90 mmHg ou plus.

² Outre la fistule obstétricale, la dystocie peut entraîner les complications suivantes chez la mère : hémorragie post-partum ; retour lent de l'utérus à sa taille d'avant la grossesse ; choc (pression sanguine basse et pouls rapide) ; paralysie de l'intestin grêle et arrêt du mouvement (iléus paralytique) ; et septicémie (infection systématique dans tout le corps/système sanguin). Les complications les plus graves peuvent entraîner la mort. Chez le nouveau-né, une dystocie peut entraîner une asphyxie, des lésions nerveuses et/ou la mort.

2.3.2 Vidange de la vessie

Comme mentionné précédemment, si l'obstruction est causée par une vessie très pleine, elle doit être vidée par cathétérisme. La zone périnéale doit être nettoyée et l'urine évacuée dans un récipient fermé. Soulager cette obstruction peut être suffisant pour permettre au bébé de naître. Cependant, le cathétérisme d'une femme souffrant d'une dystocie est généralement très difficile, car l'urètre est également obstrué par la tête du bébé profondément enfoncée. Si une sonde à demeure (Foley) est utilisée, elle peut rester en place jusqu'à la naissance du bébé et l'expulsion de la totalité du placenta.

2.3.3 Orientation vers un établissement de niveau supérieur

L'orientation rapide d'une femme souffrant d'une dystocie vers un établissement où elle peut recevoir des SONU complets et de qualité, y compris une césarienne et des produits sanguins, devrait être la priorité absolue. D'après les recherches, les décès maternels surviennent également pendant le transfert en raison du manque de stabilisation suffisante de la femme avant l'orientation. Par exemple, une femme avec un placenta incomplet et une rétention de produits peut commencer à saigner abondamment à tout moment pendant le transfert. Son état pourrait ainsi se détériorer à un niveau tel que sa vie ne peut pas être sauvée dans l'établissement de référence où elle est admise. Il peut se produire la même chose pour les cas graves d'éclampsie, surtout si l'état des routes est mauvais et provoque de nombreux mouvements dans l'ambulance, lesquels peuvent déclencher des crises plus facilement et entraîner la mort de la femme. Il est donc essentiel de stabiliser d'abord la femme et de s'assurer qu'elle est dans un état de santé satisfaisant pour être transférée. Une sage-femme doit accompagner la femme pour gérer les complications avant l'arrivée à l'établissement suivant et pour aider la naissance du bébé si la femme est transférée pendant le travail.

2.4 DIAGNOSTIC/EXAMEN POSTNATAL

Il est essentiel d'effectuer un examen clinique après la naissance du bébé et l'expulsion du placenta. Cet examen est non seulement important pour identifier tout traumatisme du périnée, des lèvres, de la paroi vaginale ou du col de l'utérus, mais aussi pour détecter s'il y a des lésions profondes entre la paroi vaginale et le rectum (boutonnière ou déchirure très profonde du troisième degré).

Il est essentiel de surveiller étroitement la femme au début de la période post-partum pour évaluer sa capacité à uriner dans les deux heures suivant l'accouchement. Si elle n'est pas en mesure de le faire, elle doit être cathétérisée et encouragée à boire des liquides ou à recevoir une autre perfusion intraveineuse. Si elle n'est pas en mesure d'uriner dans les quatre heures qui suivent, elle doit être orientée vers un établissement qui effectue des évaluations urogénitales.

La prévention de la fistule a toujours été centrée sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des SONU. Une césarienne opportune et sûre fait la différence entre la vie, les blessures ou la mort pour la mère et le bébé en cas de dystocie. Les mêmes stratégies de prévention de la mortalité maternelle contribueront également à prévenir la fistule obstétricale.

● L'orientation
● rapide d'une
● femme souffrant
● d'une dystocie
● vers un
● établissement où
● elle peut recevoir
● des SONU
● complets et de
● qualité, y compris
● une césarienne
● et des produits
● sanguins, devrait
● être la priorité
● absolue

L'offre de SONU est un sujet capital en soi, dont les détails sortent bien du cadre du présent manuel. Pour plus d'informations et de ressources, reportez-vous au [manuel de suivi des SONU](#) de l'OMS et au [manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national d'unités de maternité](#) (UNFPA et partenaires).

2.5 PRÉVENTION DE LA FISTULE IATROGÈNE

L'augmentation/le pic soudain des cas de fistule iatrogène présente toute une série de défis à relever par les pays et les organisations engagées dans l'éradication de la fistule. Étant donné que l'origine de chaque type de fistule est entièrement distincte de l'autre, les approches de prévention doivent être différentes. La fistule obstétricale est une complication de la dystocie prolongée non traitée. Presque toutes les mesures visant à réduire le risque de mortalité maternelle auront des effets positifs sur la réduction de la fistule. Toutefois, la fistule iatrogène est une conséquence d'une blessure chirurgicale. Pourquoi une blessure chirurgicale est-elle survenue ?

La chirurgie est une entreprise dangereuse, par définition la plus invasive des interventions thérapeutiques. Même lorsque la patiente est entre les meilleures mains et bénéficie de la préparation la plus minutieuse et de la technique la plus fine, cela peut, simplement par l'inévitabilité statistique, conduire à des résultats défavorables pour elle. La chirurgie nécessite presque toujours une anesthésie. L'anesthésie présente des complications potentielles qui lui sont propres, même lorsqu'elle est bien administrée. La plupart des anesthésies peuvent entraîner la mort du patient. Ainsi, il n'est pas raisonnable de supposer que la chirurgie peut être pratiquée sans risque.

Les problèmes auxquels l'on peut remédier sont les complications liées à une mauvaise prise de décision et à une intervention chirurgicale effectuée sur la base du mauvais diagnostic ou au mauvais moment, ou par la mauvaise personne ou en utilisant la mauvaise technique. La fistule iatrogène peut être évitée, mais seulement en s'aventurant en terrain inconnu. Les structures culturelles de pouvoir et de respect peuvent placer les chirurgiens au-dessus de tout reproche, alors que le traitement de la fistule iatrogène doit inclure des systèmes de responsabilité professionnelle et d'assurance qualité. Les pouvoirs publics doivent accepter la responsabilité des systèmes et des structures qui pourraient affecter des médecins individuels au mauvais endroit au mauvais moment.

Il est nécessaire de mener exactement la même discussion pour traiter les mauvais résultats dans la réparation de la fistule. Certains échecs se produisent tout simplement. Certains sont la résultante d'une incompétence flagrante, d'une formation et d'une éducation médicales de mauvaise qualité, ou de pressions pour effectuer des interventions chirurgicales au-delà du champ d'action et de la compétence d'un prestataire de soins de santé ou d'un chirurgien. Certaines sont causées par des systèmes de santé faibles aux prises avec un manque d'équipements, de formation, de médicaments et d'encadrement, où le personnel est surchargé de travail, etc. Comment sortir de ce labyrinthe ? L'OMS a identifié la qualité des soins pour les femmes et les enfants comme étant une priorité dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles évitables, et propose une vision selon laquelle : « Chaque femme, enfant et adolescent devrait recevoir des soins de qualité tout au long de son parcours de vie et de ses soins. » À l'appui de cette vision, un réseau pour l'amélioration de la qualité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile a été créé en 2017, dans l'optique d'assurer une coordination mondiale et régionale de la qualité des soins. Il établit des liens entre les pays pour leur permettre de partager leurs meilleures pratiques et catalyser le changement, grâce à des actions coordonnées fondées sur des preuves et à un apprentissage commun.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRÉVENTION DE LA FISTULE IATROGÈNE

- **Préconiser et assurer des pratiques chirurgicales plus sûres dans les établissements/institutions de santé**
- **Préconiser/assurer une chirurgie plus sûre au niveau national**
- **Préconiser/assurer une chirurgie plus sûre au niveau international**
- **Réduire les taux de césariennes non indiquées.**

Une mesure générale de prévention consiste à dispenser une formation plus poussée aux prestataires de soins de la fistule. La Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale (ISOFS), le projet Fistula Care Plus et le Collège royal des obstétriciens et gynécologues s'emploient à tenter de renforcer la formation des gynécologues grâce à de nouveaux programmes de bourses en urogynécologie. Cette approche adopte une vision à long terme, nécessitant du temps pour que les programmes soient élaborés et que les individus rejoignent les rangs des effectifs engagés dans la lutte contre la fistule. Des initiatives similaires sont en cours dans un sens plus général pour améliorer la qualité et la sécurité des soins des femmes ayant besoin d'une hystérectomie.

Les chirurgiens de la fistule ont appelé à la révision des politiques nationales qui contribuent à des interventions chirurgicales dangereuses. Une stratégie omniprésente consiste à affecter de jeunes médecins dans des zones reculées pour un ou deux ans de « service national » après qu'ils ont obtenu leur diplôme de médecine. Cette mesure peut être une solution pour dispenser des soins médicaux à des personnes qui n'y auraient jamais eu accès. Or, la politique actuelle consiste à placer les individus les moins formés et les moins expérimentés dans des installations souvent inadéquates. Ce personnel devrait alors s'occuper des urgences obstétricales graves, peut-être dans des circonstances loin d'être idéales. Par exemple, une crise peut se produire au milieu de la nuit, lorsqu'il n'y a pas d'alimentation électrique et certainement sans l'assistance sur place d'un chirurgien plus expérimenté. Ces circonstances posent des défis majeurs à la qualité des soins, ce qui rend beaucoup plus probable l'apparition de résultats indésirables, tels que la fistule iatrogène après une césarienne.

Une autre politique nationale problématique concerne les exigences imposées à chaque médecin individuel pour effectuer une intervention chirurgicale. Dans certaines régions, seules les personnes ayant une preuve d'une formation accréditée dans une discipline chirurgicale sont autorisées à ouvrir des cabinets chirurgicaux. Or, dans de nombreux pays, un diplôme de base d'une faculté de médecine, indépendamment de toute formation postdoctorale ou spécialisation, permet à un nouveau médecin de pratiquer tout type de soins médicaux. Dans ces pays, il serait parfaitement légal pour un dermatologue d'effectuer une hystérectomie.

L'expérience du Bangladesh met en évidence de nouveaux défis en termes de prévention de la fistule iatrogène. Malgré le manque de données suffisantes pour déterminer si l'incidence augmente d'elle-même ou est simplement démasquée, il est clair que la fistule iatrogène est passée du statut de réalité nouvelle à une réalité alarmante et plus courante. Alors qu'un pays dont les populations rurales vivent, par exemple, à la lisière du désert du Sahara pourrait encore avoir besoin d'aborder l'offre de base de SONU, des approches entièrement nouvelles peuvent également être nécessaires pour traiter la fistule iatrogène.

Le traitement de la fistule est un élément central d'un nouvel effort visant à assurer une chirurgie sûre à l'échelle internationale. Des organisations telles que l'OMS, [G4 Alliance](#), [JHPIEGO](#), EngenderHealth, le [Harvard University Medical Schools Program in Global Surgery and Social Change](#), l'UNFPA et d'autres s'efforcent d'encourager les pratiques favorables à une diminution de la morbidité et de la mortalité chirurgicales. [La Commission Lancet sur la chirurgie mondiale](#) est une excellente ressource pour en savoir plus sur ces efforts, tout comme le site Web de l'OMS, en particulier l'[espace de soins chirurgicaux d'urgence et essentiels](#) et le [Réseau de qualité des soins](#).

● Une mesure
● générale de
● prévention
● consiste à fournir
● une formation
● plus poussée aux
● prestataires de
● soins de la fistule.
● Les chirurgiens
● de la fistule ont
● appelé à la révision
● des politiques
● nationales qui
● contribuent à
● des interventions
● chirurgicales
● dangereuses

Des outils tels que des listes de contrôle pour une chirurgie sûre (voir l'annexe 2), des normes internationales d'évaluation de l'aptitude à la chirurgie et un certain nombre d'autres interventions sont à l'avant-garde de ce nouvel effort. [Le projet Fistula Care Plus](#) a mis au point un certain nombre d'outils utiles. Les prestataires de soins de la fistule sont encouragés à mettre en œuvre ces changements simples mais profonds pour maximiser la sécurité chirurgicale dans leurs établissements. Quel que soit le point de départ, ces étapes peuvent réduire les risques auxquels les patients sont confrontés lorsqu'ils sont soumis à la chirurgie. Les agences de financement sont encouragées à exiger que leurs sites parrainés mettent en œuvre ces normes et veillent à leur respect dans le cadre d'un suivi et d'une évaluation plus larges.

L'élément le plus difficile d'une chirurgie sûre est peut-être la responsabilité du chirurgien. Dans les pays riches, la peur des litiges entraîne des interventions médicales ou chirurgicales et des investigations diagnostiques inutiles/non indiquées, augmentant considérablement les dépenses alors même que la qualité globale des soins reste problématique. Or, les chirurgiens dans les milieux à faibles ressources qui travaillent en milieu rural avec des ressources insuffisantes peuvent ne faire l'objet d'aucune supervision du tout. La réglementation fait souvent défaut. Les chirurgiens peuvent être non qualifiés et non formés (ou insuffisamment qualifiés/formés) et effectuer des hystérectomies et des césariennes injustifiées. Des éléments de preuve supplémentaires sont nécessaires sur ces questions, bien qu'il apparaisse d'ores et déjà que les sociétés professionnelles locales et nationales doivent mieux censurer les chirurgiens avec une incidence élevée de mauvais résultats chirurgicaux. Des cours de remise à niveau peuvent s'avérer nécessaires pour certains, tandis que des mesures visant à protéger les patients contre les contrevenants fréquents, voire l'interdiction d'exercice, peuvent être nécessaires dans des cas extrêmes. Faire de ce niveau de responsabilité un nouveau principe de la culture médicale sera nécessaire, mais aussi extrêmement difficile.

Dans l'ensemble, la prévention de la fistule obstétricale exige des systèmes nationaux la mise à disposition des soins obstétricaux de qualité et/ou d'un personnel de santé qualifié pendant l'accouchement (OMS et autres, 2018). Elle appelle à un accès rapide aux SONU pour toutes les femmes et filles dans le besoin, partout, tout en privilégiant la qualité des soins. Malgré l'immensité de cette tâche, de réels progrès ont été accomplis. Prévenir la fistule iatrogène signifie s'assurer que la sécurité de la chirurgie pelvienne à tous les niveaux atteint de nouveaux niveaux de qualité et de responsabilité. Bien que cela puisse sembler impossible, la prévention de la fistule obstétricale à un moment donné ne l'était pas moins, et maintenant de nombreux pays envisagent d'éradiquer la fistule obstétricale. Nous ne pouvons pas nous décourager car nous « réinventons » les stratégies de prévention de la fistule iatrogène et maintenons les excellents progrès réalisés en lien avec la fistule obstétricale. Si une attention constante n'est pas accordée à ces deux aspects, des gains précieux pourraient facilement être réduits à néant.

2.6 FORMATION DES CHIRURGIENS DE LA FISTULE

L'un des aspects les plus difficiles du programme de lutte contre la fistule est la formation. Il existait autrefois une conviction commune selon laquelle nous avons besoin de plus en plus de chirurgiens de la fistule pour doter de plus en plus de centres de la fistule en personnel. La première édition de ce manuel présentait des lignes directrices relatives aux compétences chirurgicales, précisant qu'il fallait avoir à son actif 300 réparations pour atteindre le niveau de compétence et gérer pas moins de 150 cas par an pour maintenir les compétences. Ces normes ont été une contribution essentielle à la démystification et à la codification de la difficile question de savoir qui devrait effectuer la réparation de la fistule.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA FORMATION

- Faut-il plus de chirurgiens dans un établissement ?
- Y a-t-il suffisamment de cas pour maintenir les compétences ?
- Les stagiaires peuvent-ils immédiatement mettre en pratique la nouvelle formation ?
- Comment peut-on garantir la compétence des chirurgiens et la qualité des soins ?

De nos jours, il existe de moins en moins d'établissements où 150 réparations de fistules sont effectuées chaque année, qui plus est beaucoup moins par un seul chirurgien. En vertu de la norme de formation de 2006, il faudrait attendre de nombreuses années pour qu'un stagiaire individuel puisse avoir à son actif les 300 cas requis et maîtriser l'éventail complet des échelles cliniques. Par exemple, l'activité de réparation au Bangladesh se chiffre actuellement à environ 400 à 600 réparations par an à l'échelle nationale (en 2019), mais environ 70 chirurgiens se sont auto-identifiés comme chirurgiens de la fistule. Cela signifie que le niveau d'activité moyen est inférieur à huit réparations par an, beaucoup trop peu pour répondre aux normes d'expérience continue pour maintenir les compétences. Étant donné que de nombreuses réparations sont encore effectuées par des médecins en visite via le modèle de prestation de services de camp (ou de campagne), la pénurie d'activité clinique pour les chirurgiens nationaux de la fistule devient encore plus aiguë. Ainsi, uniquement en termes d'utilisation judicieuse de l'expertise chirurgicale, les programmes doivent être axés sur le nombre approprié de chirurgiens, en mettant l'accent sur « la qualité plutôt que la quantité » afin que les femmes puissent avoir accès à des soins véritablement spécialisés.

Certains diront que les lignes directrices pour l'acquisition et le maintien des compétences sont trop strictes. La dystocie non traitée provoque un large éventail de blessures (Arrowsmith et al., 1996), et la fistule est l'un des nombreux problèmes nécessitant une intervention chirurgicale. Les femmes qui se présentent pour recevoir des soins de la fistule ont presque toutes besoin d'une fermeture de la fistule. Mais certaines clientes exigent que le chirurgien ait la capacité de reconstruire ou même de remplacer l'urètre, de traiter l'incontinence (chez 40 pour cent des femmes) après la fermeture de la fistule (ibid.), d'utiliser des lambeaux cutanés ou des segments d'intestin pour réparer ou remplacer un vagin endommagé ou perdu, pour rediriger l'urètre (le tuyau transportant l'urine du rein à la vessie) dans la vessie lorsqu'il est blessé et fuit dans le vagin, pour agrandir la vessie en utilisant des segments d'intestin lorsqu'il ne reste pas assez de vessie pour stocker correctement l'urine, pour reconnecter la vessie et l'urètre l'un à l'autre dans le cas d'une « fistule circonférentielle », pour réparer les blessures rectales avec une technique chirurgicale rigoureuse (et rarement, pour effectuer une colostomie en conjonction avec la réparation rectale), et pour « démonter » une colostomie après une réparation rectale si elle a été utilisée. L'acquisition et l'entretien de toutes ces diverses compétences chirurgicales nécessitent un grand nombre de patients, une excellente formation (jusqu'à la compétence) dans les compétences fondamentales de la chirurgie reconstructive et une longue expérience.

Selon les pratiques de formation dans les pays spécifiques où la fistule est réparée, la nécessité de ce large socle de formation a des implications pour les personnes qui devraient effectuer la réparation de la fistule. Des personnes ayant un large éventail de formations sont devenues des prestataires efficaces, des chirurgiens spécialistes universitaires titulaires d'un doctorat à, dans des cas extrêmement rares, d'anciens patients. Un groupe comprend les personnes qui font partie du nombre de prestataires en tant que médecins généralistes ou d'autres parcours qui n'incluaient pas de formation chirurgicale formelle. Il existe des médecins généralistes qui ont pratiqué plus de 3 000 réparations de fistules et ils font un excellent travail. Ces réussites se sont toutefois produites à une époque où des cas cliniques étaient légion pour permettre la formation. Sans exception, ces personnes se sont formées très étroitement dans des relations de mentorat intenses et à long terme avec des chirurgiens experts de la fistule dans des centres de fistule très fréquentés. Il est difficile d'imaginer des scénarios où une formation à ce niveau pourrait être reproduite aujourd'hui. La « délégation des tâches » pour la chirurgie de la fistule (c.-à-d. des chirurgiens à des non-chirurgiens) n'est donc en général pas recommandé, car il n'existe aucune preuve indiquant que cette pratique est sûre ou souhaitable pour la santé du patient, son bien-être et les résultats à long terme.

● Le niveau
● d'activité moyen
● est inférieur à
● huit réparations
● par an, beaucoup
● trop peu pour
● répondre
● aux normes
● d'expérience
● continue pour
● maintenir les
● compétences

Certaines spécialités chirurgicales classiques (c'est-à-dire la chirurgie générale et ses disciplines connexes, telles que la chirurgie colorectale, l'urologie et la chirurgie plastique) comprennent une formation dans l'éventail des compétences chirurgicales qui permettent à un prestataire de pratiquer une chirurgie reconstructrice, qu'il s'agisse de reconstruction mammaire après mastectomie, de traitement de l'imperforation anale chez l'enfant ou de la reconstruction urétrale en cas d'hypospadias complet. Cela implique de consacrer du temps à plusieurs disciplines chirurgicales pour acquérir les compétences particulières requises. Passer à un nouveau type de chirurgie reconstructrice (telle que la fistule) nécessite simplement l'application de ces compétences fondamentales dans un nouveau contexte. Pour cette raison, les chirurgiens généralistes et les urologues devraient être, dans l'idéal, un maillon essentiel du personnel chirurgical de la fistule. Les gynécologues méritent d'être félicités pour avoir effectué la majeure partie du travail de réparation de la fistule à ce jour. Nous devons toutefois nous demander pourquoi les chirurgiens d'autres disciplines, en particulier ceux ayant de solides bases en techniques de reconstruction (aussi souvent requises pour la réparation de la fistule), n'ont pas été plus impliqués, et nous devrions chercher à encourager leur participation. Alors que nous nous progressons vers le nouveau paradigme de l'éradication de la fistule et du besoin accru de programmes de traitement durables, nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas exploiter la richesse de l'expertise fournie par ces autres disciplines chirurgicales.

En ce qui concerne la fistule obstétricale, les femmes sont généralement originaires des zones les plus rurales et les plus pauvres en ressources des pays les plus pauvres de la planète. Le petit nombre de personnes formées à la réparation des fistules ne choisira probablement pas de vivre dans ces régions

En ce qui concerne la fistule obstétricale, les femmes sont généralement originaires des zones les plus rurales et les plus pauvres en ressources des pays les plus pauvres de la planète. La réparation de la fistule est difficile et nécessite un large éventail de compétences. Les très rares personnes ayant une formation de ce calibre ont peu de chance de choisir de vivre dans des zones offrant peu de bonnes options pour l'éducation de leurs enfants, de possibilités de carrière et culturelles pour les conjoints ou de possibilité d'avancement professionnel pour le chirurgien. Ils disposent de très nombreuses possibilités pour s'encombrer avec une pratique dédiée uniquement à la réparation de la fistule, surtout si le nombre de patientes est à la baisse. En outre, la pratique de la fistule n'est pas, par nature, une vocation rentable. Tous ces facteurs indiquent que les centres de traitement de la fistule doivent sans doute se trouver là où des spécialistes chirurgicaux hautement qualifiés sont prêts à vivre, généralement dans les zones urbaines des capitales nationales. Les ONG et les pouvoirs publics peuvent déployer des chirurgiens contre leur gré dans des zones géographiques susceptibles de faciliter l'accès aux soins des femmes atteintes de fistule obstétricale, mais ces stratégies ne permettent un renforcement durable des capacités que lorsque les chirurgiens restent sur le long terme. D'une manière ou d'une autre, les planificateurs et les décideurs doivent prendre en considération à la fois les besoins d'un accès facile des femmes aux soins et les réalités du déploiement de chirurgiens de la fistule hautement qualifiés dans des zones sans avantages qui pourraient les inciter à rester.

La qualité des soins et la sécurité des patients doivent toujours constituer la priorité dans la chirurgie de la fistule. Depuis toujours, le nombre considérable de femmes et de filles ayant besoin de réparations a conduit à l'adoption de mesures palliatives telles que la délégation des tâches, c'est-à-dire que des personnes sans formation chirurgicale formelle en procédures de reconstruction pelvienne ont fourni des soins de la fistule, y compris la chirurgie réparatrice. Cette stratégie n'est plus justifiée aujourd'hui, compte tenu du nombre de chirurgiens qualifiés dans le monde en hausse et du nombre de cas de fistule en baisse. À ce jour, il n'existe aucun élément de preuve validant l'innocuité et l'efficacité de la délégation des tâches pour les soins et le traitement de la fistule. Les programmes de ce type ne devraient être menés que dans des zones où les besoins et le manque

de capacités sont extraordinaires et considérables, et, même dans ce cas, uniquement sous l'égide du ministère de la Santé officiel ou de la politique gouvernementale, conformément aux directives nationales ou sous forme de protocole de recherche avec approbation du caractère éthique. Une surveillance attentive de ces prestataires et le suivi des résultats à long terme pour les patients sont un impératif moral. Lorsque la délégation des tâches est mise en œuvre, il faudrait accorder la priorité en même temps aux investissements dans les ressources humaines pour la santé, au renforcement des systèmes de santé et à l'accès universel à des soins de santé de qualité pour surmonter le besoin de mesures à court terme de « rafistolage ».

2.7 ÉLIMINATION DES FISTULES

La baisse du nombre de femmes et de filles vivant avec la fistule n'est pas une raison de s'attaquer à une autre cause, mais de redoubler d'efforts pour parvenir à son élimination. Les pays riches ont maîtrisé l'incidence de la fistule et la mortalité maternelle dans les années 1930 (Loudon et al., 2010) en rendant les SONU facilement accessibles à tous. Les progrès des concepts d'asepsie et d'anesthésie sans risque ont rendu la chirurgie généralement plus sûre. L'hôpital pour femmes de New York a été rasé pour faire place à l'hôtel Waldorf Astoria. Il n'a pas été nécessaire de le déplacer, car la fistule était tombée à des niveaux si bas qu'un établissement dédié n'avait plus de sens.

Aujourd'hui, le Secrétaire général de l'ONU et les États membres appellent à mettre fin à la fistule dans le monde d'ici une décennie, conformément à l'Agenda 2030 et à la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2018 sur la fistule ([A/RES/73/147](#)). Chaque pays s'est fixé des objectifs similaires. En 2014, l'Éthiopie a annoncé un plan d'action national pour mettre fin à la fistule d'ici 2020. En 2019, le Nigéria a mis à jour son cadre stratégique pour réduire l'incidence de la fistule de 30 % d'ici 2023. Au moins 23 pays touchés ont élaboré des stratégies nationales pour mettre fin à la fistule (Campaign to End Fistula, 2018a).

L'élan vers l'élimination de la fistule devrait être un objectif universel, mais des précisions doivent être apportées quant à une définition acceptable. L'élimination est un terme emprunté aux mesures de lutte contre les maladies infectieuses qui fait référence à la réduction à zéro de l'incidence des nouveaux cas d'une maladie, comme ce fut le cas pour la variole. Étant donné que la fistule obstétricale se produit partout en petit nombre, l'« élimination » ne cadre pas tout à fait dans ce contexte. L'objectif devrait être de ramener les deux formes à des niveaux considérés comme une incidence « de fond ». À cet effet, d'aucuns préconisent d'établir une distinction entre fistule obstétricale et iatrogène, bien que l'élimination doive être discutée dans le contexte de la fistule en tant que maladie et de ses conséquences, et pas seulement de ses causes. Après tout, la souffrance est la même.

Dans les programmes de lutte contre la fistule, le passage en mode d'élimination se fait à différentes étapes. Dans des pays asiatiques comme le Bangladesh et le Népal, les cas de fistule obstétricale sont suffisamment peu nombreux pour que l'élimination de cette affection semble être l'étape rationnelle suivante. En revanche, dans d'autres régions, la fistule reste un défi important pour la santé publique et les droits humains. À ce jour, il n'y a pas encore de consensus sur les composantes du programme d'élimination. Cependant, toute pensée selon laquelle la fistule obstétricale pourrait évoluer vers le contrôle ne peut ignorer le problème de la fistule iatrogène et ne devrait pas freiner l'énergie nécessaire pour faire face à d'autres morbidités maternelles (comme l'incontinence urinaire et les séquelles d'une dystocie prolongée).

Une mesure souvent discutée consiste pour les ministères de la santé dans les pays d'endémie à faire de la fistule une maladie à déclaration obligatoire. De cette façon, les

● L'élan vers
● l'élimination de
● la fistule devrait
● être un objectif
● universel, mais
● des précisions
● doivent être
● apportées quant
● à une définition
● acceptable.
● L'objectif devrait
● être de ramener
● les deux formes de
● fistule à des niveaux
● considérés comme
● une incidence « de
● fond ».

cas individuels pourraient être identifiés et examinés, et les résultats utilisés pour affiner continuellement la prévention et combler les lacunes jusqu'à ce que la maladie soit éliminée. Pourtant, certains craignent que le fait d'étiqueter la fistule comme à déclaration obligatoire n'aggrave la stigmatisation qui est déjà accablante pour les femmes atteintes de cette maladie, et l'initiative est donc toujours à l'étude.

Le programme d'élimination doit se préparer à un nouveau paradigme. Même lorsque les cas sont réduits à un faible niveau, la capacité de prise en charge de la fistule doit être établie et durable, et probablement financée avec des ressources locales. Les compétences adéquates peuvent-elles être maintenues et des soins de qualité assurés dans un grand nombre de centres dispersés à travers le pays alors que le nombre de cas tend à baisser ? Si ce n'est pas le cas, des efforts doivent être déployés pour consolider les services (en se concentrant sur la qualité et non sur la quantité), un changement radical par rapport aux efforts visant à étendre les services à l'époque antérieure de la prise en charge de la fistule.

2.8 DURABILITÉ

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA DURABILITÉ



- **Quelle est la source de financement du programme ?**
 - Gouvernementale
 - Institutionnelle
 - Internationale
- **Maintien du personnel clé**
- **Rémunération**
- **Reconnaissance professionnelle**
- **Réseau régional**

En attendant de meilleures données et épidémiologies, on a de plus en plus le sentiment que le nombre de nouveaux cas de fistule pourrait diminuer. Si cela est vrai, il y a des implications importantes pour les programmes de lutte contre la fistule. L'un des défis réside dans le déploiement rationnel des ressources. Nous discuterons dans une autre section de l'équilibre entre le financement du traitement et de la prévention de la fistule en tant qu'impératifs moraux doubles. Or, à l'échelle nationale et régionale, une réflexion approfondie doit être menée pour définir les meilleures façons de distribuer les outils de lutte contre la fistule.

Financement et ressources

La fistule a longtemps été considérée comme une maladie nécessitant un appui externe. Étant donné que cette maladie affecte les plus pauvres d'entre les pauvres, il n'y a jamais eu de réponses faciles concernant le paiement pour la réparation de la fistule. La relative simplicité de l'équipement et des installations requis pour la chirurgie de la fistule, le menu limité des médicaments nécessaires et la rareté du besoin d'études de laboratoire ou d'imagerie étaient de bon augure (initialement) pour les soins institutionnels gérés grâce à un financement externe. Certains grands projets de prise en charge de la fistule s'étendent maintenant sur une décennie ou plus, avec l'appui des bailleurs de fonds comme l'UNFPA/ Campagne pour l'élimination de la fistule, la Fistula Foundation, la Freedom from Fistula Foundation, *Fistula Care Plus* soutenu par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et quelques autres organisations. Ces initiatives permettaient aisément d'imaginer que l'appui financier serait toujours disponible.

Or, les réalités d'aujourd'hui sont différentes, les principaux partisans de la prise en charge de la fistule constatant des réductions généralisées du financement. Dans le même temps, les pouvoirs publics des pays ont leurs propres défis à relever dus au manque de ressources combiné à de grands besoins, ce qui relègue les femmes atteintes de fistule au dernier rang des priorités. Les décideurs politiques mènent des discussions sur la question mais laissent généralement les services de fistule à la communauté des ONG. Sans la participation active des gouvernements, mettre fin à la fistule d'ici 2030 restera probablement un objectif non atteint.

Quelle forme le programme de lutte contre la fistule peut-il prendre à une époque marquée par la baisse du soutien international ? Qui devrait assumer la propriété du problème ? Est-ce la responsabilité des ONG/donateurs ou le temps est-il venu de l'appropriation publique ? Le Secrétaire général de l'ONU et les États membres ont appelé les pays à consacrer davantage de leurs propres ressources à la prise en charge de la fistule (Campaign to End Fistula, 2018b). Pourtant, les défis difficiles abondent, y compris ceux liés à la mise en place d'une gouvernance de la santé décente et d'un système de santé de qualité. Peu d'autres affections chirurgicales sont considérées comme des maladies importantes pour la santé publique. La fistule n'est pas un sujet de soins de santé primaires mais un sujet de niveau tertiaire qui nécessite un système de santé optimisé pour que les résultats soient visibles.

Les pays qui luttent pour fournir des services de santé maternelle et néonatale de qualité auront du mal à prendre en charge la fistule. Une transition prématurée d'un modèle dirigé par les donateurs/ONG vers la propriété publique peut être risquée, à moins qu'un pays se montre déterminé à réduire d'abord la mortalité maternelle. Les gouvernements peuvent être des financiers et choisir d'externaliser la prise en charge de la fistule auprès des ONG, éliminant les donateurs de l'équation, mais ne peuvent pas se passer des ONG tant qu'un réseau de prestation de services adéquat et performant ne fournit pas des soins de qualité et responsables. Dans certains cas, les programmes de lutte contre la fistule s'associent à l'industrie locale (par exemple, technologie, banque, énergie) et adoptent leurs propres approches directes aux sociétés internationales comme sources d'appui.

Bien que l'effort d'élimination de la fistule soit parsemé d'embûches, anciennes et nouvelles, tout le monde devrait être encouragé par la réalisation de progrès considérables dans la réduction du fardeau de la souffrance. De nouveaux liens entre les parties prenantes, une meilleure sensibilisation du public et une série d'autres facteurs laissent présager un avenir toujours plus radieux d'un monde sans fistule.

- Les pays qui
- luttent pour offrir
- des services de
- santé maternelle
- et néonatale de
- qualité auront du
- mal à prendre en
- charge la fistule

BIBLIOGRAPHIE

Adler, A. J., C. Ronsmans, C. Calvert and V. Filippi. 2013. "Estimating the prevalence of obstetric fistula: a systematic review and meta-analysis." *BMC Pregnancy Childbirth* 13: 246. doi:10.1186/1471-2393-13-246.

Adler, A. J., S. Fox, O.M.R. Campbell et H. Kuper. 2013. "Obstetric fistula in Southern Sudan: situational analysis and Key Informant Method to estimate prevalence." *BMC Pregnancy Childbirth* 13: 64. doi:10.1186/1471-2393-13-64.

Arrowsmith, S, E. C. Hamlin and L. L. Wall. 1996. "Obstructed labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world." *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(9): 568-574.

Dalal, A. R. et A. C. Purandare. 2018. "[The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise?](#)" *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*.

EngenderHealth Bangladesh Country Office, 2003. "[Situational Analysis of Obstetric Fistula in Bangladesh](#)".

EngenderHealth et Fistula Care. 2013. "[Report of a consultative meeting to review and standardize current guidelines and practices, Abuja, Nigeria](#)."

Fiander, A., C. Ndahani, K. Mmuya et T. Vanneste. 2013. "Results from 2011 for the transportMYpatient program for overcoming transport costs among women seeking treatment for obstetric fistula in Tanzania." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120(3): 292-295. doi:10.1016/j.ijgo.2012.09.026.

International Nepal Fellowship. 2016. "[Mayako naya Sari \[Maya's new Sari\]](#)" film.

Loudon, J.A.Z., K. M. Groom, L. Hinkson, D. Harrington et S. Paterson-Brown. 2010. "Changing trends in operative delivery performed at full dilatation over a 10-year period." *Journal of Obstetrics and Gynecology* 30(4): 370-375. doi:10.3109/01443611003628411.

MEASURE Evaluation, the Maternal & Child Health Integrated Program, Fistula Care Plus and Johns Hopkins University. 2018. "[Prevalence of Obstetric Fistula and Pelvic Organ Prolapse in Bangladesh: Summary of the 2016 National Estimates](#)." <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-18-290>.

Patel, S. 2018. "Structural, institutional and organizational factors associated with successful pay for performance programmes in improving quality of maternal and child health care in low and middle income countries: a systematic literature review." *Journal of Global Health* 8(2): 021001. doi:10.7189/jogh.08.021001.

Raassen, T.J.I.P., C. J. Ngongo et M. M. Mahendeka. 2014. "Iatrogenic genitourinary fistula: an 18-year retrospective review of 805 injuries." *International Urogynecology* 25(12): 1699-1706. doi:10.1007/s00192-014-2445-3.

ReliefWeb. 2014. "[National Action Plan Launched to End Fistula within Six Years.](#)" Government of Ethiopia.

Stanton, C., S. A. Holtz et S. Ahmed. 2007. "Challenges in measuring obstetric fistula." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 99(suppl): 1:S4-9. doi:10.1016/j.ijgo.2007.06.010.

Nations Unies, 1948. [Déclaration universelle des droits de l'homme](#). Résolution 3/217 de l'Assemblée générale.

Nations Unies, 2018. "[Intensifier l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale en l'espace d'une génération. Rapport du Secrétaire général.](#)" Rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale A/73/285.

Nations Unies, 2019. [« Intensifier l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale »](#). Résolution A/RES/73/147 de l'Assemblée générale.

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), 2020. [Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités de référence.](#)

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), 2020. [Rapport 2019 du Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle et infantile: Progresser vers l'accès universel.](#)

Waalwijk, K. 2004. "The immediate management of fresh obstetric fistulas." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 191(3): 795-799. doi:10.1016/j.ajog.2004.02.020.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). n.d. "[Renforcer les formations de sage-femme de qualité en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030.](#)"

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2015. "[Recommandations de l'OMS pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale.](#)"

Recommandations de l'OMS pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale, OMS, 2015. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/

OMS (Organisation mondiale de la Santé), UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), ICM (Confédération internationale des sages-femmes), CII (Conseil international des infirmières), FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) et IPA (Association internationale de pédiatrie). 2018. "[Définition du personnel de santé qualifié prodiguant des soins pendant l'accouchement : la déclaration conjointe de 2018.](#)"



TRAITEMENT DES FISTULES



LA PREMIÈRE ÉDITION DU PRÉSENT MANUEL PRÉSENTAIT UN CONSENSUS SUR LES PRINCIPES DE TRAITEMENT SUR LA BASE DES CONTRIBUTIONS D'UN LARGE PANEL DE CHIRURGIENS EXPERTS RECONNUS. CES PRINCIPES RESTENT VALABLES AUJOURD'HUI, MAIS UN NOUVEAU PANEL D'EXPERTS CHIRURGICAUX PROPOSE DES CHANGEMENTS DE TRAITEMENT DEPUIS LORS.

3.1 AVANT L'INTERVENTION CHIRURGICALE

3.1.1 Dépistage de la fistule

Le dépistage de la fistule fait référence à l'examen clinique initial lorsque le chirurgien rencontre pour la première fois un nouveau patient. (Le dépistage sur le terrain par du personnel non médical pour déterminer la présence ou l'absence d'une fistule est abordé dans le cadre de la sensibilisation et de l'identification des patients.) Il est essentiel de passer suffisamment de temps pour se faire une image mentale complète des blessures à réparer, des difficultés attendues, du potentiel de complications et des techniques qui seront nécessaires.

Sur le terrain, l'environnement peut ne pas être idéal pour un bon examen clinique. Le positionnement du patient, éventuellement des configurations pour une rétraction délicate, les matériaux pour le « test de teinture » et l'éclairage doivent être pris en compte.

Positionnement :

Comme pour toute intervention pratiquée avec le patient éveillé, l'intention de l'examineur doit être expliquée à la patiente, et celle-ci doit avoir la possibilité de poser des questions avant le début du dépistage. Le patient peut ressentir un certain inconfort si la fistule est difficile à voir. Préparer le patient avant que cela ne se produise implique de lui expliquer que tout sera fait pour réduire au minimum son inconfort. L'aider à se détendre respecte le droit fondamental du patient d'être traité avec douceur et respect et améliorera la qualité de l'examen et la probabilité d'un bon diagnostic.

Si possible, le positionnement du patient doit simuler le plus fidèlement possible celui de la salle d'opération. S'il est possible d'abaisser le pied de la table, les fesses du patient doivent être positionnées le plus près possible du bord de la table. Il faudrait ainsi des étriers ou des supports quelconques. Des précautions doivent être prises pour éviter l'inconfort du patient par une abduction excessive des hanches. Le contact entre les jambes et les supports des étriers de jambe doit être évité. S'il est possible d'abaisser la tête de la table, cela peut être très utile pour visualiser les lésions de la fistule élevée. Les appareils d'éclairage doivent être orientés pour briller directement le long de l'axe longitudinal du vagin.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE DÉPISTAGE



Le chirurgien devrait :

- prendre le temps de bien se positionner et d'utiliser de manière optimale l'éclairage disponible.
- utiliser une lampe frontale
- Expliquer au patient ce qu'il fait
- Être doux pour pouvoir obtenir un meilleur examen

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CLASSIFICATION

- Choisir l'un des deux systèmes les plus utilisés et le suivre
- Documenter ce qui est vu en réalisant un croquis
- Envisager d'utiliser un outil de notation spécifique pour des besoins tels que le pronostic

3.1.2 Classification des fistules

Aucun sujet dans la prise en charge de la fistule n'est plus chargé que la classification des blessures de la fistule. La question remonte à plus de 150 ans et n'est toujours pas résolue aujourd'hui.

La vérité la plus importante sur la classification de la fistule est qu'elle doit répondre à certains besoins. Nous attribuons des lettres et des chiffres apparemment cryptiques à des blessures de fistule particulières pour un certain nombre de raisons potentielles :

- **Être capable de communiquer avec précision à un collègue la nature de la blessure particulière d'un patient.** « Je veux orienter une cliente de la fistule vers vos services. Elle présente une fistule Goh 3bii.
- **Pour délimiter avec précision un type de fistule à des fins de recherche ou de publication :** « Dans notre étude, 30 % des femmes ont présenté des blessures de type IIAb Waaldijk. »
- **Pour aider à la sélection des patients pour les exercices d'entraînement :** « C'est un bon cas pour notre stagiaire. C'est juste une IAa. »
- **Pour prédire les résultats :** « En tant que IIBb, elle est très susceptible d'être incontinente après réparation. »
- **Pour aider à décrire les cas incurables.** « Personne ne peut réparer ce problème. C'est un Goh 4ciii. »

En somme, les systèmes de classification des fistules deviennent un langage permettant la communication, les pronostics, le triage et la distribution des cas individuels de fistule.

Gardez également à l'esprit ce que les systèmes de classification ne font pas. Au début de la conception du protocole de recherche multicentrique sur la gestion des cathéters après la réparation de la fistule (Barone et al., 2015), il a été décidé que les résultats seraient les plus utiles et applicables si seuls les cas de fistule simples étaient inclus dans l'étude. Or, lorsqu'on examine attentivement les systèmes de classification disponibles, aucun d'entre eux n'a précisément été conçu pour décrire la difficulté de réparation. Un Goh 4ciii peut être très difficile à traiter, mais d'autres sous-types peuvent également être difficiles. Les concepteurs de l'étude ont donc été confrontés à une longue litanie de critiques, car aucune définition précise d'un cas « simple » n'a pu être tirée des systèmes disponibles.

Depuis avant l'époque de J. Marion Sims, les chirurgiens ont avancé leurs propres idées sur la classification des fistules. Plus de 40 schémas différents ont été publiés. Le système le plus simple sur le plan conceptuel est une simple description anatomique. Où est la fistule, quelle est sa taille et combien de cicatrices sont présentes ? Dans ce système, une blessure peut être décrite comme un « défaut juxta-urétral de 3 cm avec de graves cicatrices ». Cela permet de se faire une image mentale de ce que le chirurgien a vu lors du dépistage ou dans la salle d'opération.

Chacun des nombreux systèmes de classification essaie d'offrir plus d'avantages en se concentrant sur des facteurs importants. Il est bien admis, par exemple, que les blessures à l'urètre et au col de

Encadré 1 Classification de Goh

CLASSIFICATION DE GOH : LONGUEUR DE L'URÈTRE

Type 1 : Marge distale de la fistule > 3,5 cm du méat urétral

Type 2 : Marge distale 2,5–3,5 cm du méat urétral

Type 3 : Marge distale 1,5–<2,5 cm du méat urétral

Type 4 : Marge distale <1,5 cm du méat urétral

TAILLE DE LA FISTULE

(a) Taille <1,5 cm

(b) Taille 1,5–3 cm

(c) Taille >3 cm

CICATRISATION

I. Pas ou peu de fibrose et/ou longueur vaginale >6 cm ou capacité normale

II. Fibrose modérée ou sévère et/ou longueur vaginale réduite et/ou capacité

III. Considérations particulières, par exemple, fistule circonférentielle, urétérale, etc.

la vessie sont beaucoup plus susceptibles d'être associées à l'incontinence après une fermeture réussie de la fistule. Les classifications actuelles ont des désignations basées sur la proximité de l'urètre où les dommages se sont produits, et font même une note particulière du type de fistule dite « circonférentielle », où l'urètre et la vessie se séparent complètement l'un de l'autre.

Bien que de nouveaux systèmes aient continué à être publiés, les systèmes dominants sont ceux proposés par le Dr Judith Goh (2004) (Encadré 1) et le Dr Kees Waaldijk (1995) (Encadré 2). Tous deux bénéficient d'un large soutien clinique et semblent bien fonctionner au quotidien.

Encadré 2 Classification de Waaldijk

CLASSIFICATION DE WAALDIJK :

Type I : Fistules ≥ 5 cm de l'orifice externe de l'urètre

Type II : Fistules <5 cm de l'orifice externe de l'urètre :

A. Pas d'implication (sub)totale de l'urètre :

(a) Sans lésion circonférentielle

(b) Avec lésion circonférentielle

B. Avec implication (sub)totale de l'urètre :

(a) Sans lésion circonférentielle

(b) Avec lésion circonférentielle

Type III : Divers types de fistules, par exemple, urétéro-vaginale

- Les systèmes de
- classification des
- fistules deviennent
- un langage
- permettant la
- communication,
- les pronostics,
- le triage et la
- distribution des
- cas individuels de
- fistule

Étant donné que les classifications ont tellement d'utilisations différentes, il n'est peut-être pas pratique pour un seul schéma de répondre aux besoins cliniques d'une si grande variété d'applications. D'autres outils pourraient être utilisés pour s'adapter à des niches particulières dans la pratique de la fistule. Deux publications différentes ont suggéré des systèmes de notation purement orientés vers le pronostic et la « gravité » (Mukwege et al., 2018). Le score pronostic (Encadré 3) est présenté ici à titre d'exemple. Des outils ciblés comme ceux-ci peuvent aider à répondre à des besoins cliniques spécifiques là où les systèmes de classification plus larges ne sont pas vraiment parvenus.

Encadré 3 Score de fistule vésicovaginale pour le pronostic

Cicatrices	Score
Léger	1
Modéré	2
Sévère	3
Statut urétral	
Intact	0
Domage partiel	2
Perte totale	3
Score <3 : taux de séchage 84 %	
Score 3 ou plus : taux de séchage 40 %	

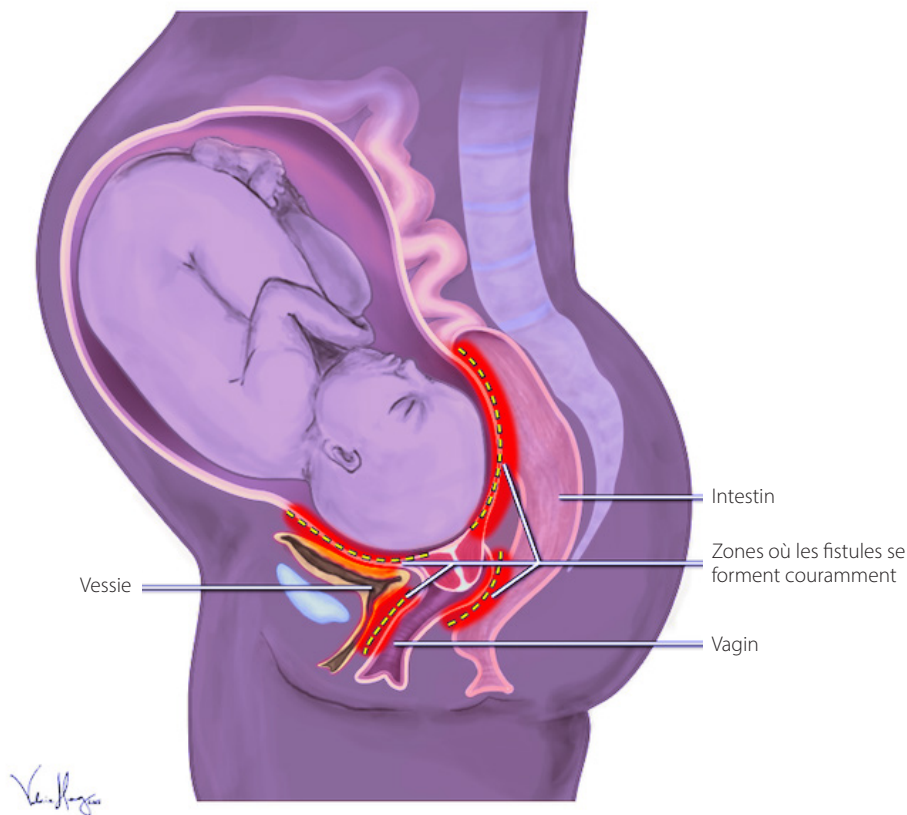
3.1.3 Ensemble des lésions liées à la dystocie³

Le principal moyen de blessure qui entraîne une fistule obstétricale est la perte de flux sanguin (appelée « ischémie ») vers la vessie, le vagin et peut-être le rectum, entraînant la dégradation des tissus (c.-à-d. une nécrose) et une ouverture anormale (anatomiquement appelée « fistule ») entre ces structures (Figure 3). La fistule, cependant, n'est que l'expression la plus évidente (parmi une myriade d'autres) des dommages causés au cours d'une dystocie non traitée.

L'organe pelvien le plus souvent touché dans la fistule obstétricale est la vessie. Les femmes atteintes de fistules obstétricales ont des lésions de la vessie au-delà de la formation d'une fistule dans le vagin (Arrowsmith et al., 2018). La vessie humaine est un organe merveilleux capable de stocker de grandes quantités de liquide à pression nulle. Une pression nulle est une nécessité absolue, car si la pression augmente au fur et à mesure que la vessie se remplit, l'urine est rapidement refoulée vers les reins, qui sont très sensibles aux dommages causés par ce moyen. Le stockage à basse pression nécessite une vessie suffisamment grande et élastique pour s'étirer librement (cette propriété est appelée « compliance »). Les défauts importants de la fistule peuvent signifier qu'une

Les femmes atteintes de fistules obstétricales ont des lésions de la vessie au-delà de la formation d'une fistule dans le vagin

3 Comme décrit dans : Arrowsmith, Hamlin et Wall, 1996. En plus (ou à la place) d'une fistule obstétricale, un travail dystocique prolongé peut entraîner une myriade de lésions liées à la naissance et touchant plusieurs systèmes organiques. Il peut s'agir d'une perte urétrale totale, d'une incontinence d'effort, d'une hydrorétonéphrose, d'une insuffisance rénale, de la formation d'une fistule rectovaginale, d'une atrésie rectale, d'une incompétence du sphincter anal, d'une destruction cervicale, d'une aménorrhée, d'une maladie inflammatoire pelvienne, d'une infertilité secondaire, d'une sténose vaginale, d'une ostéite pubienne et d'un pied tombant. En plus de leurs blessures physiques, les femmes qui ont subi un travail dystocique prolongé développent souvent de graves problèmes socioculturels, notamment le divorce, l'exclusion des activités religieuses/communautaires, la séparation de leur famille, l'aggravation de la pauvreté, la malnutrition, les problèmes de santé mentale et des souffrances presque insoutenables.

Figure 3 : Zones où se produisent les fistules obstétricales

- Le principal
- moyen de
- blessure qui
- entraîne
- une fistule
- obstétricale
- est la perte de
- flux sanguin
- vers la vessie, le
- vagin et peut-
- être le rectum,
- entraînant la
- dégradation
- des tissus et
- une ouverture
- anormale entre
- ces structures.

Source : <https://commons.wikimedia.org>.

quantité suffisante de la vessie a été détruite par l'ischémie et qu'elle n'a plus la capacité de stocker suffisamment d'urine. Même si l'anomalie de ces femmes est fermée et qu'elles sont continentes, la capacité vésicale minuscule qui en résulte peut signifier qu'elles doivent uriner toutes les quelques minutes. L'absence de flux sanguin entraîne la perte du tissu vésical situé au niveau de la fistule, mais les zones environnantes ont également été endommagées et sont sujettes à de profondes cicatrices. Alors que le tissu vésical normal doit être souple et extensible pour demeurer conforme, le tissu vésical cicatriciel est rigide et inélastique. Ce scénario peut entraîner des lésions rénales.

La vessie a une micro-anatomie étonnamment complexe. Le premier niveau de contrôle de la vessie se produit via une zone de la vessie riche en une variété de synapses et de neurorécepteurs, ce qui en fait le « siège de terrain » pour la fonction vésicale. Cette zone se trouve à la base de la vessie, entre l'endroit où pénètrent les tuyaux acheminant l'urine des reins. Malheureusement, c'est de loin l'endroit anatomique le plus courant pour les fistules.

Le contrôle neurologique de la miction est une symphonie étroitement orchestrée où la vessie doit recevoir l'ordre de se contracter au moment où le sphincter reçoit le feu vert pour se détendre. Le contraire est nécessaire pour rester sec entre les mictions. Malheureusement, les signaux régulant la miction et la continence passent par les nerfs

qui pénètrent dans la vessie depuis sa base, qui est, encore une fois, la zone où se produit le carnage lors d'une dystocie. Les femmes peuvent donc être incapables de sentir que leur vessie est pleine ou de donner l'ordre de la vider. S'il n'y a pas de sensation de plénitude, la vessie est trop étirée, ce qui finit par détruire la fonction musculaire de la paroi vésicale. En cas de lésion partielle de l'innervation de la vessie, celle-ci peut avoir tendance à se contracter d'elle-même, fréquemment et avec une grande urgence.

L'urètre est loin d'être un simple tuyau transportant l'urine vers l'extérieur, mais plutôt une structure complexe avec une anatomie musculaire délicate et des moyens de contrôle élaborés. L'urètre et le « col » de la vessie constituent l'entité connue sous le nom de « mécanisme de continence ». Si la tête du bébé est logée bas dans le bassin pendant la dystocie, ils peuvent être endommagés ou complètement perdus.

Les premiers chirurgiens spécialisés dans les fistules ont vu des femmes qui laissaient échapper de l'urine parce qu'elles avaient un trou dans la vessie et ont entrepris de faire tout ce qu'ils pouvaient pour fermer ce trou. Cependant, toute la discussion détaillée ci-dessus vaut la peine d'être mentionnée car l'incontinence après une réparation réussie est si fréquente. La miction et la continence sont le yin et le yang de la fonction vésicale, et il apparaît désormais que la dystocie prolongée est une « tempête parfaite » capable de perturber ces fonctions complexes à tous les niveaux.

Lorsque la pression de la tête fœtale est dirigée vers l'arrière au lieu de l'avant du vagin, le rectum subit le poids de la pression et de l'ischémie. Lorsqu'une partie de la paroi rectale meurt, on parle de fistule rectovaginale. Les femmes qui en sont atteintes souffrent d'une morbidité terrible, car elles doivent supporter l'écoulement constant de matières fécales directement dans le vagin. De nombreuses femmes qui ont la malchance d'avoir une fistule rectovaginale ont également une fistule vésicovaginale (souvent appelée « double fistule »), et sont donc contraintes de vivre avec des fuites fécales et urinaires comme un problème constant pour le reste de leur vie.

Si l'on examine les fistules les plus difficiles à réparer, les fistules doubles sont en tête de cette catégorie. Les femmes ayant une double fistule ont subi la zone d'ischémie la plus large et présentent donc les lésions les plus étendues. L'ischémie particulièrement sévère dans les fistules doubles semble être à l'origine des lésions associées aux cicatrices les plus étendues. Ainsi, les femmes qui perdent le plus de tissus et dont les anomalies à fermer sont les plus importantes ont souvent aussi les tissus restants les plus fragiles et les plus cicatrisés avec lesquels travailler.

Si l'on examine les fistules les plus difficiles à réparer, les fistules doubles sont en tête de cette catégorie.



Presque toutes les fistules rectovaginales se présentent sous la forme de doubles fistules. Les fistules rectovaginales isolées dues à une dystocie sont très rares. Elles représentent moins de 1 pour cent de tous les cas de fistule ischémique. Elles sont généralement associées à un travail plus long, à une fistule vésicale circonférentielle et à des cicatrices plus importantes, ce qui laisse penser qu'elles résultent d'un traumatisme plus important. Certaines fistules rectovaginales isolées surviennent après une déchirure périnéale mal réparée ou un accouchement assisté, mais elles ne sont pas de nature ischémique. Parfois, une patiente peut présenter une fistule rectovaginale isolée, mais à l'interrogatoire, il apparaît qu'elle présentait initialement une double fistule et que sa fistule vésicale a été réparée. La réparation de la fistule recto-vaginale a été soit différée, soit interrompue par la suite.

D'autres femmes ont une fistule qui touche le sphincter anal et sont incapables de contrôler le passage des selles. Le sphincter anal, comme celui de la vessie, a une anatomie complexe et des systèmes de contrôle compliqués. Le rétablissement d'une fonction normale peut s'avérer difficile.

À partir de là, nous voyons un éventail d'autres lésions possibles qui pourraient être endurées par une femme dont la dystocie n'est pas traitée :

- En plus de la vessie et du rectum, le tissu vaginal subit un coup fatal lors d'une dystocie. Ces lésions vont de la simple perte du tissu vaginal dans la zone de la fistule à la perte complète de tout le vagin. Un vagin court et cicatrisé peut exacerber les problèmes d'incontinence. Toutefois, l'effet majeur sur la qualité de vie est la perte de la fonction sexuelle.
- Un certain nombre de femmes subissent des lésions affectant la fertilité (Kopp et al., 2017). Très souvent, le col de l'utérus est blessé ou détruit. Or, une fonction cervicale correcte est essentielle au déroulement normal de la grossesse et du travail. Une petite étude a révélé qu'un examen endoscopique de la cavité utérine chez les femmes atteintes d'une fistule montrait des cicatrices à l'intérieur de l'utérus (connues sous le nom de syndrome d'Ashermann), ce qui peut empêcher l'implantation de l'embryon en tout début de grossesse.
- La tête du fœtus peut comprimer et blesser les nerfs qui alimentent les jambes inférieures. Certaines femmes se blessent probablement en travaillant pendant des jours dans la position accroupie classique, connue pour affecter les nerfs péroniers près du genou. Le résultat de ces lésions est connu sous le nom de « pied tombant ». Certaines femmes ne peuvent plus sentir le pied (ou les pieds) et ne peuvent plus soulever le pied au niveau de la cheville. Ce phénomène est analogue aux lésions observées chez les personnes atteintes de la lèpre. Ces personnes ont du mal à marcher et peuvent, par inadvertance, causer d'importants dommages à leurs pieds en raison de l'incapacité à ressentir la douleur lorsque les orteils traînent sur le sol.
- La peau de la vulve et du périnée peut être profondément affectée par un contact chronique avec l'urine (et/ou les selles). Une peau grossièrement épaissie et ulcérée provoque de terribles douleurs chez certaines femmes.
- Une étude réalisée en Afrique du Sud (Cockshott, 1973) a révélé qu'après une dystocie, les radiographies simples permettent de constater des dommages aux os du bassin, qui seraient dus à l'interruption de la circulation sanguine, cette fois-ci dans la couche de tissu nourrissant qui entoure l'os, le périoste.

Le point fondamental est que chacune de ces lésions se produit et affecte la vie d'un être humain. L'incontinence est terriblement inconfortable en soi, mais elle conduit également à une énorme stigmatisation sociale et à un isolement. La perte de la fonction sexuelle peut avoir des effets désastreux sur un mariage ou une relation. L'incapacité à concevoir et à mener à bien une grossesse normale peut affecter les mariages, la dynamique familiale et la place de la femme dans sa communauté. L'odeur de l'incontinence peut empêcher la femme de fréquenter son église, sa mosquée ou tout autre lieu de culte, où la propreté peut être une condition préalable à l'entrée. Une femme souffrant du pied tombant peut être incapable d'accomplir les tâches ménagères de base comme transporter de l'eau ou aider dans une ferme familiale. La stigmatisation et la perte de l'estime de soi

peuvent conduire à la dépression, qui est presque universelle chez toutes les patientes souffrant d'une fistule dans toutes les cultures, et à d'autres types de maladies mentales/émotionnelles, voire au suicide. L'aggravation de la pauvreté peut pousser les femmes à des mesures désespérées, tandis que les économies locales et nationales sont affectées par la perte des contributions économiques que les femmes apportent.

Un large éventail de services est nécessaire pour faire face à cet ensemble de dommages causés par la fistule. Sur le plan clinique, il n'est pas suffisant d'offrir des capacités chirurgicales de faible niveau et à spécialité unique lorsque les lésions touchent un si large éventail de systèmes organiques. Il serait plus facile de construire un réseau fonctionnel pour le traitement des fistules si la plupart des blessures étaient simples. Toutefois, le contraire est vrai. Lors d'une réunion régionale interne de Médecins Sans Frontières en 2019, le président du conseil d'administration, un chirurgien, a qualifié la réparation de la fistule de « la plus complexe de toutes les disciplines de la chirurgie reconstructrice ». Les femmes qui se trouvent à l'extrémité sévère du spectre des lésions de la « personne entière » peuvent nécessiter des capacités avancées d'intervention en matière de santé mentale ; les besoins sociaux peuvent être minimes, mais aussi profonds et durables. La fistule est, de par sa nature même, complexe, multicouche et gourmande en ressources.

3.1.4 Consentement éclairé

Les chirurgiens et les professionnels de la santé peuvent avoir des perceptions totalement différentes de ce qu'une femme veut savoir et de ce qu'elle veut réellement. Pour cette raison, il peut être très utile de permettre aux femmes qui ont subi une réparation de fistule d'expliquer à une nouvelle cliente ce à quoi elle doit s'attendre. Dans un centre du Niger, les femmes inscrites pour une intervention regardent une pièce de théâtre montée par une ancienne patiente, qui joue chaque étape, de la douche préopératoire à la position pour l'anesthésie rachidienne, en passant par la position pour l'opération. Bien que cette représentation n'aborde pas les possibilités de complications ou les chances de réussite, elle permet de démystifier l'opération afin que les femmes puissent poser de meilleures questions.

Outre les listes de contrôle chirurgicales, la fourniture d'une documentation de qualité pour le dossier médical et plusieurs autres tâches non cliniques, le consentement éclairé peut sembler une tâche de plus. Toutefois, toutes ces tâches doivent être accomplies, non pas parce que le ministère de la Santé, l'OMS ou un organisme de financement le dit, mais dans l'intérêt des patientes et pour protéger leurs droits fondamentaux. EngenderHealth (2010) a publié des outils pour simplifier le consentement éclairé dans la pratique quotidienne. À l'instar de nombreux aspects de la prise en charge de la fistule, le consentement éclairé nécessite une approche adaptée aux pratiques culturelles locales, au niveau d'éducation de la patiente, à la présence ou à l'absence d'autres personnes (famille, etc.) qui pourraient être traditionnellement habilitées à prendre part à la prise de décision, et à de nombreux autres facteurs. Si le point de départ est la protection des droits et de l'autonomie de la femme, on peut espérer trouver des solutions locales raisonnables.

Nous ne pouvons jamais oublier que nous servons une population vulnérable. Nous ne devons pas supposer que nous connaissons toujours la meilleure réponse pour la patiente. Le consentement éclairé ne consiste pas à convaincre la patiente de faire ce que nous pensons qu'elle devrait faire. Il s'agit plutôt de l'informer de ce que l'on propose et de l'aider à choisir librement de poursuivre ou non l'intervention. Nous ne pouvons pas

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

- La patiente a le droit de prendre des décisions concernant ses soins
- Les barrières linguistiques et culturelles exigent des solutions locales
- Pour les interventions vraiment sérieuses, avec le consentement du patient, faire appel à d'autres décideurs : famille, clergé, leaders traditionnels
- Être créatif : parler de théâtre, films
- Ne pas oublier que le consentement prend du temps

supposer qu'elle souhaite subir une intervention chirurgicale ou qu'elle préférerait risquer une intervention dangereuse plutôt que de vivre avec l'incontinence.

Comme partout ailleurs, mais particulièrement dans le cas de nombreuses patientes souffrant d'une fistule obstétricale, la cliente peut se figer à la vue d'un médecin. Elle peut se sentir obligée de suivre tout ce que dit cette personne apparemment immensément importante et puissante et ne pas se sentir le droit de poser des questions. C'est donc au chirurgien qu'il incombe de créer un environnement dans lequel elle se sent invitée à participer à une conversation sur ses soins, même si cela est gênant et prend du temps.

3.2 APPLICATION DES PRINCIPES D'UNE CHIRURGIE SANS RISQUE

Une chirurgie sans risque est la clé d'une réparation de qualité de la fistule et de la prévention de la fistule obstétricale et iatrogène. Dans la prise en charge de la fistule, les meilleures pratiques chirurgicales doivent être orientées vers la sécurité pour éviter, dans la mesure du possible, de soumettre les patientes à de mauvais résultats. Lorsque des résultats indésirables surviennent en chirurgie pelvienne, une fistule iatrogène peut en être la conséquence. Par conséquent, l'application de principes solides de sécurité chirurgicale s'applique à la prise en charge de la fistule à différents niveaux.

Le [Fistula Care Project](#) a été parmi les champions les plus visibles d'une chirurgie plus sûre avec une excellente collection d'outils. L'OMS a également été un leader très actif dans ce domaine. Consulter sa liste de contrôle de la sécurité chirurgicale à l'annexe 2 et les ressources supplémentaires du [site Web de l'OMS sur la sécurité chirurgicale](#).

Les principes de base d'une chirurgie sans risque sont simples et peuvent être facilement intégrés dans une brève liste de contrôle comme celle produite par l'OMS (2009).

3.2.1 Est-ce la bonne patiente et pratiquons-nous l'opération prévue du bon côté ?

Tout d'abord, vérifiez que la bonne patiente a été amenée pour le traitement. Les patientes opérées peuvent être sous médicaments, terrifiées, inconscientes de ce qui se passe ou même incapables de parler la langue utilisée dans la salle d'opération. Ainsi, l'identité de la patiente doit être confirmée pour chaque cas, à chaque fois. Des erreurs se produisent dans les pays riches, même lorsque les patients portent des bracelets d'identification avec des codes-barres et sont « scannés » à leur arrivée. Chaque unité chirurgicale doit, même dans les milieux à faibles ressources, disposer d'un moyen d'établir que, par exemple, la femme sur la table d'opération est vraiment le premier patient/cas de la liste, et non le deuxième.

Ensuite, il est impératif de vérifier quelle procédure est effectuée et, le cas échéant, quel côté du patient est concerné. Une approche chirurgicale magnifiquement réalisée de l'uretère gauche est un désastre si la fistule se trouve à droite. Le site peut être identifié à l'aide d'un stylo marqueur ; une fois encore, il appartient au personnel d'un centre individuel de faire preuve de créativité en élaborant une politique qui fonctionne localement.

- Dans la prise
- en charge de
- la fistule, les
- meilleures pratiques
- chirurgicales
- doivent être
- orientées vers la
- sécurité pour éviter,
- dans la mesure
- du possible, de
- soumettre les
- patientes à de
- mauvais résultats

Une fois l'anesthésie pratiquée, il est trop tard pour penser à ce qui aurait dû être fait avant le début de l'opération

- Une fois l'anesthésie pratiquée, il est trop tard pour penser à ce qui aurait dû être fait avant le début de l'opération. L'anesthésiste a-t-il préparé les médicaments nécessaires, le matériel pour la rachianesthésie ou l'intubation est-il à proximité, les moniteurs chirurgicaux ont-ils été testés, préparés et mis sur le patient ? Il en est de même du côté de la chirurgie. Le chirurgien a-t-il communiqué clairement avec le personnel du bloc opératoire sur le plan chirurgical et confirmé que les instruments, l'équipement et les fournitures comme les cathéters et les sutures sont tous à portée de main ? Le chirurgien, l'anesthésiste et le personnel du bloc opératoire ont-ils discuté de tout besoin spécial potentiel ? Par exemple, le chirurgien doit prévenir tout le monde s'il soupçonne qu'un cas particulier pourrait être sanglant, afin que les premiers préparatifs de transfusion puissent être effectués. En particulier dans un « camp », le personnel peut ne pas se connaître. Est-ce que tout le monde s'est identifié et s'est présenté à tout le monde ? Si le chirurgien est un visiteur, connaît-il la procédure locale pour commander du sang ou tout autre besoin urgent qui pourrait survenir pendant l'opération ?

L'utilisation d'antibiotiques prophylactiques est abordée plus en détail ci-dessous. La question qui se pose ici est la suivante : les antibiotiques ont-ils été administrés dans l'heure qui suit l'incision ?

Bien que l'imagerie ne fasse pas couramment partie de l'évaluation des patients souffrant de fistules avant l'intervention chirurgicale, il arrive, comme dans le cas de la réparation d'une fistule urétérale, qu'une radiographie comme un pyélogramme intraveineux (ou urographie intraveineuse) puisse être utilisée pour définir l'anatomie de la lésion. Ces films sont-ils exposés dans la salle au moment où l'opération commence ?

3.3 APRÈS L'INTERVENTION CHIRURGICALE

L'utilisation de la liste de contrôle n'est pas complète tant que la patiente n'a pas quitté la salle d'opération. Avant qu'elle ne parte, les infirmières doivent s'assurer que tous les instruments et les aiguilles ont été pris en compte. Souvent, le plan de l'opération change radicalement au fur et à mesure que l'opération se déroule. Le chirurgien doit confirmer le nom de la procédure qui a été réellement effectuée afin de garantir une documentation correcte. Le chirurgien et l'anesthésiste doivent discuter de toute préoccupation ou besoin concernant les premiers soins du patient après l'anesthésie, à la fin de l'opération.

L'établissement de la liste de contrôle devrait être aussi naturel que le lavage des mains avant l'opération

- L'auteur a observé que dans les endroits où l'on utilise systématiquement une liste de contrôle chirurgicale, on le fait souvent avec dérision, comme s'il s'agissait d'un vol stupide du temps précieux du personnel du bloc opératoire. Il est important que le chirurgien et l'anesthésiste adoptent une attitude professionnelle au moment de remplir la liste de contrôle. L'établissement de la liste de contrôle devrait être aussi naturel que le lavage des mains avant l'opération. Personne ne voudrait prendre place à bord d'un avion de ligne dont les pilotes ne passeraient pas en revue les listes de contrôle appropriées avant chaque phase du vol. La chirurgie ne devrait pas être différente, car les conséquences d'une erreur évitable peuvent être catastrophiques.

3.3.1 Prophylaxie antibiotique

Dans une enquête sur les pratiques actuelles en matière de prise en charge de la fistule (Arrowsmith et autres, 2010), l'un des domaines présentant la plus grande variance au sein des soins péri-opératoires était l'utilisation d'antibiotiques. Une étude sur l'utilisation des antibiotiques dans la réparation des fistules (Muleta et autres, 2010) aborde le choix des antibiotiques pour la prophylaxie. Des directives plus spécifiques sur l'utilisation des antibiotiques préconisent d'extrapoler à partir d'études réalisées sur d'autres types de chirurgie pelvienne féminine (Van Eyk et van Schalkwyk, 2012). Il est généralement admis que la prophylaxie antibiotique est indiquée dans les opérations pelviennes. Pour de nombreux chirurgiens, les antibiotiques sont poursuivis jusqu'au retrait du cathéter, mais cette pratique n'a pas encore été confirmée dans la littérature chirurgicale. La recommandation du présent manuel est que tous les patients reçoivent une dose unique d'antibiotique prophylactique, sauf en cas d'infection clinique manifeste à traiter. Dans ce cas, il peut être prudent de retarder cette chirurgie électorale.

Le choix spécifique des agents pour la prophylaxie est une question complexe qui dépend des schémas locaux de résistance bactérienne, de la disponibilité des médicaments et des capacités des services de microbiologie du laboratoire hospitalier. La pratique courante parmi les chirurgiens de la fistule est une dose de 160 mg de gentamycine avec l'induction de l'anesthésie pour la fistule vésicovaginale, la gentamycine avec le métronidazole pour une fistule vésicovaginale et une fistule rectovaginale combinées, et le métronidazole seul pour une fistule rectovaginale isolée.

- **Il est recommandé**
- **que tous les**
- **patients reçoivent**
- **une dose unique**
- **d'antibiotique**
- **prophylactique,**
- **sauf en cas**
- **d'infection**
- **clinique manifeste**
- **à traiter. Le cas**
- **échéant, il peut**
- **être prudent de**
- **retarder cette**
- **chirurgie électorale**

3.3.2 Réparation de la fistule

Les principes chirurgicaux de base pour la fistule vésicovaginale peuvent être résumés comme suit :

- La fistule doit être exposée et les uretères protégés.
- La vessie doit être mobilisée pour permettre une fermeture sans tension et une dissection suffisamment large de la vessie et du vagin. La vessie et le vagin doivent être fermés séparément, en excluant la muqueuse et en inversant la vessie. La plupart des chirurgiens de fistules utilisent une fermeture en une seule couche de sutures avec des sutures absorbables pour la vessie, mais certains préfèrent une fermeture en deux couches, bien que cela puisse nécessiter une dissection plus large. La peau/épithélium vaginal peut être opposée soit par une suture minimale pour permettre le drainage, soit fermée de façon plus formelle, mais dans les deux cas, il faut obtenir une hémostase.
- La vessie doit être drainée à l'aide d'un cathéter de taille 16F (bien qu'il y ait une place pour la préférence du chirurgien dans le choix de la taille du cathéter). Les tailles plus grandes peuvent provoquer une irritation de l'urètre et les tailles plus petites peuvent être contournées si le débit urinaire est élevé. Le type de cathéter utilisé varie selon les préférences personnelles. Certains chirurgiens préfèrent des cathéters simples, tandis que d'autres utilisent des Foley avec ou sans ballonnet gonflé, généralement avec 5 ml dans le ballonnet afin qu'un gros ballonnet dans la vessie ne heurte pas la réparation de la fistule lorsque le patient se déplace. Le cathéter doit être maintenu fermement mais doucement en place par du ruban adhésif sur la cuisse ou des sutures au niveau de l'introitus.

- Ces derniers temps, une attention accrue a été accordée à la réduction des taux d'incontinence après une réparation de fistule. Cela se produit plus souvent chez les patientes présentant une fistule impliquant l'urètre et donc les mécanismes de continence. On obtient de bien meilleurs résultats en réparant l'urètre à une longueur et une largeur anatomiques, en reconstruisant le ligament pubo-urétral et, enfin, en réparant le vagin sans tension, à l'aide de lambeaux.

Les principes chirurgicaux de base pour les fistules complexes peuvent être résumés comme suit :

Fistule rectovaginale

Les principes de réparation d'une fistule rectovaginale sont similaires à ceux d'une fistule vésicovaginale, à l'exception de ce qui suit :

- Il faut veiller à ne pas provoquer par inadvertance une sténose du rectum.
- La préparation intestinale préopératoire doit être plus approfondie que pour la fistule vésicovaginale seule. On peut y parvenir avec des lavements.
- Une colostomie temporaire peut être nécessaire pour les fistules rectovaginales larges, hautes ou sévèrement cicatrisées. (Depuis 2006, on observe une tendance générale en chirurgie colorectale à ne plus recourir fréquemment à une colostomie. Il semble généralement vrai que les chirurgiens spécialisés dans les fistules utilisent beaucoup moins la colostomie, même dans les réparations difficiles de fistules rectovaginales.) Nous recommandons de réserver la colostomie aux cas les plus graves de fistule rectovaginale. Selon l'approche traditionnelle, si la fistule rectovaginale est haute, cicatrisée et/ou circonferentielle, ou si la cavité péritonéale est perforée pendant la réparation, une rupture de la réparation peut entraîner une fuite de matières fécales dans l'abdomen. Traditionnellement, on estime qu'il est plus sûr de détourner les matières fécales par une colostomie pendant la phase de guérison dans de tels cas.
- Une réparation antérieure qui a échoué peut également nécessiter une colostomie, bien que, comme ci-dessus, les colostomies soient maintenant moins fréquemment utilisées.
- De l'avis de nombreux chirurgiens, la réparation des fistules rectovaginales nécessite une couverture antibiotique prophylactique pour prévenir l'infection peropératoire, bien qu'aucune étude cas-témoins n'ait évalué ce point.
- Les femmes ayant subi une réparation de fistule rectovaginale qui n'a pas nécessité de colostomie doivent suivre un régime exclusivement liquide pendant les deux premiers jours, puis un régime à faible teneur en liquide avec un apport élevé en liquide pendant quelques jours supplémentaires.

Fistule combinée

Les fistules vésicovaginales et rectovaginales combinées doivent être réparées en même temps, en commençant généralement par la fistule vésicovaginale, mais les circonstances et le bon sens doivent déterminer l'approche la plus pratique.

3.3.3 Prise en charge postopératoire

Les mesures de routine dans les soins post-opératoires sont présentées au chapitre 5 (principes des soins infirmiers) et représentées graphiquement à l'annexe 4 (voies cliniques post-opératoires de la fistule obstétricale).

Les soins après la chirurgie sont un domaine où la préférence du chirurgien devient très importante. En général, il est raisonnable de s'abstenir de faire des déclarations dogmatiques lorsque les données comparatives font défaut, mais un domaine de soins (à savoir la gestion des cathéters après réparation) dispose d'une base de preuves et mérite une mention spéciale.

3.3.4 Gestion du cathéter après réparation


L'un des changements les plus intéressants dans la prise en charge de la fistule depuis 2006 a été l'évolution vers des soins fondés sur des preuves. Alors que Nardos et Browning (Nardos et autres, 2008 ; Nardos et autres, 2012) ont jeté les bases avec des études antérieures de moindre envergure, un événement marquant a été la réalisation de la première étude prospective, multicentrique, randomisée et à grande échelle visant à comparer 7 et 14 jours de cathétérisme après la réparation de fistules simples (Barone et autres, 2015). L'étude a montré que 7 jours n'étaient pas inférieurs en termes de résultats ou de complications.

Une durée de cathétérisme plus courte peut offrir de nombreux avantages potentiels. Étant donné que les séjours à l'hôpital sont souvent liés à la durée d'utilisation d'un cathéter, l'application de la norme des sept jours pourrait permettre de raccourcir les séjours. Ceux-ci réduisent les coûts, l'exposition aux infections nosocomiales et les risques de complications de l'immobilité telles que la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire. Des séjours plus courts peuvent augmenter la capacité d'un centre à proposer la réparation de fistules sans nouvel investissement en personnel ou en installations. Les séjours plus courts ont également moins d'effets négatifs sur les familles et peuvent permettre aux femmes de reprendre le travail plus tôt (ce qui réduit les charges socio-économiques).

3.3.5 Complications postopératoires possibles

Hémorragie vaginale secondaire : Cela nécessite une attention immédiate, notamment pour évaluer la nécessité d'une réanimation. Lorsque le saignement n'est pas artériel, une compresse vaginale ferme doit être utilisée. En cas de saignement artériel, la femme doit être emmenée au bloc opératoire et les points de saignement identifiés et ligaturés. Si le saignement persiste, d'autres causes doivent être recherchées. Le patient devra vérifier son taux d'hémoglobine (Hb) si ses saignements ont été graves et toute anémie résultante traitée par une supplémentation en fer. Les méthodes d'estimation de la gravité des saignements sont présentées dans le chapitre sur les soins infirmiers après chirurgie. En général, si le chirurgien se demande si une reprise chirurgicale est indiquée ou non, il est plus prudent d'aller de l'avant et de la faire.

Blocage du cathéter : L'obstruction d'un cathéter nécessite une attention immédiate pour soulager la pression sur le site de la réparation chirurgicale. De plus amples détails sur la façon de débloquer un cathéter sont donnés dans le chapitre sur les soins infirmiers.



● L'un des
● changements les
● plus intéressants
● dans la prise
● en charge de la
● fistule depuis
● 2006 a été
● l'évolution vers
● des soins fondés
● sur des preuves

Anurie : En cas d'anurie, il est essentiel de s'assurer que le cathéter n'est pas bloqué et que les uretères n'ont pas été ligaturés. Après s'être assuré que la femme a reçu suffisamment de liquide de remplacement, que son cathéter n'est pas bloqué et que le ballon gonflé ne provoque pas d'obstruction urétérale, si la femme n'a pas uriné, elle doit être ramenée au bloc opératoire. Si les uretères ont été ligaturés par inadvertance, les sutures doivent être défaites. Si le médecin responsable n'est pas en mesure de le faire, la femme doit être adressée d'urgence à un spécialiste. Si l'anurie persiste, recherchez d'autres causes (prérénales, rénales et post-rénales). De plus en plus de centres médicaux disposent maintenant d'une capacité d'échographie, et un examen rapide des reins peut confirmer l'existence d'une hydronéphrose suggérant une obstruction urétérale.

Panne lors de la réparation : Un test au colorant pour vérifier l'intégralité de la réparation doit être effectué avant le retrait du cathéter. Dans le passé, il était recommandé que si le test au colorant est positif et qu'il y a une nouvelle fuite après l'opération, le cathéter reste en place et en drainage libre pendant quatre à six semaines pour faciliter la guérison. Cette pratique entraîne toutefois un très long séjour à l'hôpital et tous les risques potentiels associés à un cathétérisme vésical de longue durée. Un retour immédiat en chirurgie pour une réparation secondaire pourrait être une option préférable.. Si la panne est étendue ou la qualité des tissus médiocre, ou si la perte de sang a été importante lors de la première tentative de réparation, le cathéter peut être retiré et le patient ramené pour une nouvelle tentative après deux à trois mois.

Dans la plupart des cas de panne précoce (dans les cinq premiers jours), il est peu probable qu'un drainage prolongé par cathéter contribue à la guérison de la réparation. Les pannes qui surviennent plus tard (après 7 à 14 jours) peuvent présenter plus d'avantages. Certains chirurgiens estiment que si l'urine ne diminue pas lentement après une semaine de traitement par sonde et que la fistule n'est pas attachée aux parois latérales, il faut réopérer, tout en s'attendant à moins de succès si la fistule est collée à la paroi latérale et doit être libérée à nouveau. Cette approche conduit à un taux de réussite d'environ 70 à 80 %.

Infection : Les infections du site de réparation ou des voies urinaires doivent être traitées avec des antibiotiques appropriés et conformément aux protocoles locaux. Les infections des plaies nécessitent également la réouverture de la plaie.

Les problèmes cliniques postopératoires à plus long terme peuvent inclure :

- Incontinence résiduelle, due soit à la panne lors de la réparation, soit à la persistance de la fistule vésicovaginale, véritable incontinence urinaire d'effort, suractivité du détrusor ou incontinence mixte. Le chapitre sur la physiothérapie présente des stratégies de traitement pour l'incontinence par impériosité et l'effort. Les cas dus à un échec de la réparation nécessiteront une intervention chirurgicale.
- Sténoses urétrales ou vaginales
- Une réparation vraiment ratée
- Dyspareunie
- Hématométrie
- Aménorrhée secondaire ou infertilité
- Calculs vésicaux

3.4 CAS PARTICULIERS

3.4.1 Perte ou dommage urétral

En plus de la fermeture standard de la fistule, la réparation de l'urètre est une technique fréquemment utilisée pour les femmes présentant des lésions dans cette zone.

Lorsque l'urètre est partiellement atteint, la réparation urétrale est réalisée en mobilisant le tissu urétral du côté du segment lésé et en le refermant sur un cathéter urétral. Plusieurs points doivent être gardés à l'esprit.

- L'anatomie urétrale est complexe et délicate. Le chirurgien doit approcher l'urètre avec une attention particulière, en utilisant des instruments délicats et des sutures fines (sutures résorbables 4-0, 5-0 ou 6-0).
- Les fermetures à deux ou trois couches sont idéales.
- Il existe un outil de mémoire utile pour déterminer la quantité de tissu à mobiliser pour fermer autour du cathéter. La taille française, dans laquelle les cathéters sont mesurés, fait référence à la circonférence du cathéter en millimètres. Ainsi, un cathéter 14F nécessite une bande de tissu de 14 mm de large, plus un peu plus pour la suture.

Si l'urètre est perdu, la construction d'un néo-urètre est nécessaire.

- Le tissu urétral a un aspect légèrement plus rose que la muqueuse vaginale. Dans de nombreuses lésions urétrales, on peut voir une bande de tissu rose le long de la surface interne de l'arc pubien. Ce tissu peut être mobilisé et façonné en un tube sur un cathéter, exactement de la même manière que dans le cas d'une lésion urétrale partielle.
- Dans le cas de la perte de l'urètre chez d'autres patients, il peut être évident que l'urètre n'est plus présent et que seul l'épithélium vaginal recouvre les os pubiens. Dans ce cas, des techniques de reconstruction plus complexes sont nécessaires. Une approche très utile est le rabat antérieur de la paroi de la vessie sur le néo-urètre d'Elkins (Elkins et autres, 1992).
- Beaucoup préconisent l'utilisation concomitante d'une écharpe si un nouvel urètre est façonné. Il peut s'agir d'une bandelette fasciale pubovaginale classique ou de la bandelette fibromusculaire proposée par Browning.¹⁶

3.4.2 Fistule urétérale

Une réparation de fistule urétérale peut être plus complexe qu'une réparation de fistule standard, car il est presque toujours nécessaire d'aborder la blessure par l'abdomen. Cependant, une fois traitées, pratiquement 100 % des femmes atteintes d'une fistule urétérale sont sèches. L'urètre peut être abordé par voie intra et extra péritonéale. Une approche extrapéritonéale présente l'avantage d'éviter la possibilité d'adhérences intra-

Une réparation de fistule urétérale peut être plus complexe qu'une réparation de fistule standard, car il est presque toujours nécessaire d'aborder la blessure par l'abdomen

- abdominales comme complication à long terme. Les stents urétériques peuvent rendre l'anastomose de l'uretère dans la vessie moins difficile, mais il a été suggéré en urologie que les réimplantations sans stent ont des résultats équivalents à ceux où des stents sont employés. Les endoprothèses à demeure de type « double J », en matériau silastique souple, sont supérieures dans leur capacité à assurer un drainage et à permettre au patient de reprendre une activité normale, mais la plupart des centres n'ont pas accès à ces endoprothèses plus coûteuses.

- Classiquement, les stents à demeure sont retirés par cystoscopie. Dans les centres où l'équipement endoscopique n'est pas disponible ou si le chirurgien ne possède pas ces compétences, une petite suture permanente (qui est déjà en place sur la plupart des endoprothèses) peut permettre au chirurgien de lier l'extrémité distale de l'endoprothèse à l'œillet du cathéter vésical. De cette façon, le stent à demeure est retiré en même temps que le cathéter vésical.

3.4.3 La « fistule incurable »

L'une des grandes questions en suspens dans le cadre du traitement des fistules est celle de la patiente qui bénéficie de soins spécialisés mais demeure incontinente. À ce jour, aucun accord universel n'a été trouvé, ne serait-ce que sur l'étiquette à donner aux personnes qui, malheureusement, appartiennent à cette catégorie. Divers termes ont été suggérés, allant de « les incurables » à « femmes jugées incurables » en passant par « fistules inopérables » (Fistula Care et Harvard Humanitarian Initiative, 2012). Personne ne veut prendre une survivante de fistule stigmatisée et l'isoler davantage en la désignant par un autre terme stigmatisant. Pourtant, nous devons trouver un moyen de désigner ce groupe.

Qui définit ces patientes comme incurables ? Il est vrai que certaines femmes sont jugées incurables par des chirurgiens moins qualifiés ou moins expérimentés, alors que d'autres pourraient être en mesure de guérir les blessures. Il est également vrai que certaines femmes peuvent être placées dans cette catégorie en tant que certitude clinique. Certes, il n'existe pas encore de définition clinique rigoureuse, mais rares sont ceux qui soutiendraient qu'une femme sans urètre, avec peu ou pas de tissu vésical survivant, et dont l'accès est entravé par une cicatrice grave, ne parviendra pas à la continence, quelle que soit l'intervention actuellement disponible. Ce problème n'a rien à voir avec les compétences du chirurgien, mais reflète plutôt une combinaison de blessures qui conduit à un scénario sans issue. Pour être continente, une femme doit posséder une vessie fonctionnelle et de taille adéquate, ainsi qu'un urètre/col vésical suffisamment fonctionnels pour assurer le contrôle urinaire. Browning et coll (2018) ont constaté que la fabrication d'un nouveau vagin peut sauver certaines femmes que l'on croyait incurables. L'approche suit trois principes : donner à l'urètre une longueur et une largeur normales, recréer le ligament pubo-urétral avec le muscle pubococcygien ou la gaine rectale, et rendre le vagin adéquat.

Une visite au sein de n'importe quel centre spécialisé dans les fistules permet de constater que des femmes y sont envoyées en consultation après de nombreuses tentatives de réparation sans succès. Il n'est pas rare qu'une femme ait subi sept, huit, neuf voire plus d'interventions chirurgicales au préalable. Par définition, les chirurgiens sont formés pour intervenir lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes cliniques. Toutefois, il existe un grand besoin de disposer d'un ensemble de critères convenus (et obligatoires) pour définir les blessures qui permettent à un prestataire de comprendre, dès le premier examen,

que la chirurgie n'est pas la réponse à la situation dans laquelle se trouve la patiente. Les chirurgiens invoquent parfois des « raisons de compassion » pour poursuivre une énième tentative de réparation chez une femme qui les supplie de l'aider, même si ses blessures ne se prêtent manifestement pas à une réparation chirurgicale. Pourtant, la ligne de conduite compatissante dans ces cas est de s'abstenir de soumettre la femme à une opération qui ne peut que lui nuire et non l'aider. Il s'agit de scénarios chargés d'émotion, et les médecins, par définition, veulent offrir de l'aide et non un rejet. Toutefois, les médecins doivent considérer ce scénario comme une pure application du dictum *primum non nocere* : d'abord ne pas nuire.

Pour éviter de plonger ces femmes dans un désespoir total, il est essentiel d'éviter la vision étroite qui peut accompagner le traitement de patientes atteintes d'une maladie principalement traitée au moyen de la chirurgie. Des traitements autres que la chirurgie peuvent améliorer la qualité de vie des femmes atteintes de fistules incurables. Les produits contre l'incontinence et de simples mesures de style de vie peuvent générer des résultats significatifs. Des tampons périnéaux peuvent être produits au niveau local (Kaur et coll, 2018) pour contribuer à l'atténuation des fuites d'urine. Les bouchons urétraux étaient autrefois populaires, mais ont été retirés de la production. Une autre option pourrait être d'utiliser un cathéter à demeure avec un bouchon ou un « embout » qu'ils libèrent toutes les deux ou trois heures. Le cathéter doit être changé tous les mois, et peu de femmes préfèrent cette option. Les femmes peuvent également recourir à la restriction des liquides et à d'autres stratégies comportementales pour minimiser l'impact de l'incontinence urinaire.

Dans l'éventail des interventions disponibles en vue de la réinsertion sociale, les femmes atteintes d'une fistule incurable devraient être en tête de liste, et avoir droit à tous les services qui peuvent être disponibles dans un centre/communauté donné. Outre la réparation des blessures, le centre/communauté doit aider ces femmes à vivre avec une incontinence chronique en réduisant au minimum l'impact sur leur qualité de vie (même si cet impact sera inévitablement important). Un prestataire peut encore insuffler de l'espoir à une patiente souffrant d'une fistule incurable, même si elle apprend qu'elle n'est pas candidate à la chirurgie.

Il est important d'informer la patiente et sa famille que non seulement on lui apprend qu'elle ne peut pas bénéficier d'une opération dans cet hôpital, mais qu'elle ne devrait plus jamais se faire opérer ailleurs. De nombreuses femmes faisant partie de cette catégorie errent d'un centre de traitement de la fistule à l'autre en espérant que la personne suivante acceptera de lui faire subir l'opération qu'elle croit être la réponse à ses problèmes. Il peut être utile que le chirurgien (ou une infirmière) rédige et remette une lettre à la patiente en lui donnant les raisons pour lesquelles le chirurgien lui a indiqué que ses blessures ne se prêtaient pas à une intervention chirurgicale, et en lui demandant de la présenter lors de toute consultation ultérieure concernant son état. Certains préconisent que les femmes se rendent dans un centre de traitement des fistules tous les ans environ, juste pour voir si de nouvelles interventions sont disponibles.

Un sous-ensemble de femmes souffrant de fistules incurables peuvent être candidates à des procédures de « récupération » telles que la dérivation urinaire. La dérivation urinaire est sans doute l'une des options les plus mal comprises sur le plan philosophique dans le panthéon des interventions sur les fistules. Étant donné qu'une fistule est une affection relativement rare et qu'une fistule incurable est une issue finale relativement inhabituelle, très peu de chirurgiens spécialisés dans les fistules accumulent une grande expérience en matière de dérivation. Pour une exception notable, voir l'examen de l'excellent travail effectué par le Dr Sunday Lengman au Evangel Fistula Center à Jos, au Nigeria (Kirschner et coll, 2016).

● **Des traitements autres que la chirurgie peuvent améliorer la qualité de vie des femmes atteintes de fistules incurables. Les produits contre l'incontinence et de simples mesures de style de vie peuvent générer des résultats significatifs**

Un sous-ensemble de femmes souffrant de fistules incurables peuvent être candidates à des procédures de « récupération » telles que la dérivation urinaire

Outre la question de savoir si un chirurgien dispose des compétences nécessaires pour mener à bien l'intervention, la dérivation constitue un écart important par rapport à la réparation classique de la fistule en termes d'engagements et de capacités requises par la suite. La réparation de fistules obstétricales a toujours été attrayante pour les bailleurs de fonds et les concepteurs de programmes en tant que scénario d'intervention unique dans le cadre duquel une affection qui a anéanti la qualité de vie peut être inversée après une seule opération. Certes, les données de suivi à long terme n'ont pas encore été compilées, mais certaines indications suggèrent que de nombreuses femmes développent à nouveau une incontinence des années après une fermeture réussie de la fistule. En général, de nombreux chirurgiens ne revoient pas systématiquement leurs patientes après une fermeture de fistule réussie, pour des raisons telles que l'incapacité des patientes à assumer le coût d'un voyage aller-retour vers un centre de fistules pour un contrôle de routine.

En revanche, la dérivation urinaire nécessite des soins à vie. Certains l'ont considéré (dans d'autres contextes cliniques) comme un traitement de l'incontinence au prix de l'induction d'une maladie métabolique permanente. Les procédures de dérivation consistent à utiliser une partie du tube digestif pour reconstruire une sorte de mécanisme de stockage de l'urine chez une femme dont la vessie n'est plus en mesure de le faire. Contrairement aux structures du tractus urinaire, le tractus gastro-intestinal (GI) est conçu pour absorber les matières qui le traversent. Au contact de l'urine, le tube digestif résorbe les déchets qui devaient être excrétés et non renvoyés dans le système. Les taux d'acide et de chlorure sanguins augmentent, et les taux de potassium diminuent. Les patients ont tendance à être quelque peu déshydratés.

Dans le cas d'interventions telles que la poche de Mainz II, la fixation des uretères au tube digestif signifie qu'il existe toujours un risque d'infection rénale due à une contamination fécale. Une insuffisance rénale peut s'ensuivre. Les complications mécaniques telles que les blocages des voies urinaires supérieures dus aux cicatrices qui peuvent survenir après la reconstruction sont assez courantes. Les travaux du Dr Lengmang indiquent que les femmes qui subissent une dérivation urinaire peuvent s'en sortir, moyennant une prise en charge attentive à long terme. Toutefois, ces femmes doivent subir des examens de laboratoire périodiques tout au long de leur vie et être en contact avec des médecins qui savent ce qu'ils doivent surveiller et comment traiter les dérèglements métaboliques lorsqu'ils se produisent.

Une autre préoccupation concernant la dérivation est le consentement éclairé. Lorsqu'une femme se présente avec une fistule obstétricale, elle vient en raison d'une fuite urinaire et veut que cette fuite cesse. Lors du conseil prodigué avant une intervention, le chirurgien doit expliquer que la réparation peut se rompre, que la patiente peut continuer à avoir des fuites même si le trou est bien refermé, et qu'elle peut avoir des saignements ou éventuellement de la fièvre ou une infection. Aucune de ces questions n'est particulièrement difficile à expliquer. Mais comment expliquer l'acidose métabolique hypokaliémique hyperchlorémique à une personne n'ayant pas reçu d'éducation formelle, et pourquoi doit-elle continuer à revenir même si elle se sent bien ? Cela est particulièrement difficile si le prestataire fait appel à un traducteur qui est susceptible de ne pas comprendre le sujet abordé. Personne n'aime en parler aux patientes avant une intervention chirurgicale, mais il est certainement possible que des femmes meurent après une dérivation. La femme est-elle vraiment habilitée à dire « non » si telle est sa décision, ou considère-t-elle la parole du chirurgien comme définitive ? Il peut être possible de faire intervenir des femmes qui ont subi une dérivation pour conseiller les femmes qui envisagent de se faire opérer, et pour répondre aux questions pratiques qu'elles ne se sentent peut-être pas libres de poser au médecin.

Toutes ces complexités justifient une approche très conservatrice de la sélection des patientes lorsqu'on envisage une dérivation (Arrowsmith, 2007b). Tout d'abord, les critères physiques/objectifs sont simples. Sa fonction rénale sera potentiellement compromise après une dérivation, elle doit donc être normale au départ. Plus important encore, si elle doit subir une dérivation dans le tube digestif, a-t-elle une fonction normale du sphincter anal, qui lui permettra de retenir les selles aqueuses qu'elle aura toute sa vie ? L'une des méthodes permettant de tester cette capacité consiste à administrer à la cliente potentielle un lavement important (300 ml), et à insister et observer qu'elle est capable de retenir le liquide pendant deux à trois heures. Si l'on ne prête pas attention à cette question, on court le risque qu'une femme qui est en permanence incontinente à l'urine devienne en permanence incontinente à une bouillie d'urine et de matières fécales.

Les critères plus subjectifs concernent la capacité de la femme à vivre dans une nouvelle réalité. Habite-t-elle assez près d'un établissement de soins de santé pour faire régulièrement des analyses de sang afin de mesurer la fonction rénale et les électrolytes sériques ? Peut-elle se permettre de faire faire des analyses de laboratoire si un projet local ne couvre pas les soins à long terme ? Peut-elle se permettre d'avoir besoin en permanence de médicaments si des problèmes métaboliques se développent ? Comprend-elle vraiment toutes les incidences, voire la possibilité de la mort ? Bien évidemment, il existe d'autres avis, et certains pensent que cette approche stricte peut exclure les femmes de soins qui pourraient leur être bénéfiques.

Le Dr Lengmang possède actuellement la plus grande expérience publiée en matière de procédures de dérivation pour les patientes souffrant de fistules. Son centre situé à Jos, au Nigeria, offre toutes les études de laboratoire et les capacités d'imagerie nécessaires au suivi, les traitements pharmacologiques, les ressources de conseil et le soutien social pour rendre un programme de dérivation sûr et réalisable. Lorsqu'on lui demande quel est son meilleur conseil adressé aux autres chirurgiens de la fistule qui envisagent des opérations de dérivation, sa réponse est la suivante : « Faites-en moins ».

3.5 RÉSULTATS

Après une tentative de réparation de fistule, il est essentiel de disposer d'un système permettant de décrire comment les choses se sont passées. La comparaison des résultats des patientes est la pierre angulaire du suivi et de l'évaluation des activités de traitement, ainsi que de la comparaison de différentes pratiques cliniques. Les résultats peuvent refléter des problèmes de qualité des soins ou la compétence d'un prestataire individuel. Une terminologie précise et convenue est absolument essentielle pour éviter toute confusion. Les termes traditionnels tels que « guéri » et « succès » sont des sources d'incertitude et ne sont tout simplement pas utiles.

Quel est le point de vue à prendre en compte dans la définition des résultats ? Certains chirurgiens ont déclaré que si une femme se présente à eux avec un trou dans la vessie et que ce trou est refermé, l'opération est un « succès ». Toutefois, dans ce scénario, la patiente pourrait bien dire : « Mais j'ai encore des fuites d'urine ! » D'un point de vue programmatique, si 80 % des femmes qui se présentent pour des soins de fistules sont heureuses après l'intervention chirurgicale, on peut légitimement qualifier ce projet de réussi. Cependant, les 20 % de femmes qui sont encore mouillées pourraient ne pas être d'accord. Si nous dépendons du signalement par les femmes de leur état de continence, il peut y avoir des erreurs. Les femmes peuvent vouloir dire aux chirurgiens ce qui lui plaira, et signaler une sécheresse même si ce n'est pas vraiment le cas. Ou peut-être qu'elles

● Le Dr Lengmang possède actuellement la plus grande expérience publiée en matière de procédures de dérivation pour les patientes souffrant de fistules. Lorsqu'on lui demande quel est son meilleur conseil adressé aux autres chirurgiens de la fistule qui envisagent des opérations de dérivation, sa réponse est la suivante : « Faites-en moins »

La comparaison des résultats des patientes est la pierre angulaire du suivi et de l'évaluation des activités de traitement, ainsi que de la comparaison de différentes pratiques cliniques

ne peuvent pas croire qu'après avoir subi une opération, elles sont encore mouillées et veulent croire que leur situation reviendra à la normale. Elles craignent peut-être de replonger dans les stigmates de l'incontinence et tentent de cacher leur résultat moins que parfait. Elles craignent peut-être simplement ce que le médecin pourrait leur faire si elles déclarent être encore mouillées. Il est décourageant de voir des femmes danser dans des robes neuves après leur sortie d'une intervention chirurgicale « réussie », alors que l'urine coule encore sur leurs chevilles.

Il faut également tenir compte du moment où l'on prononce un résultat. L'étalon-or d'une fermeture de fistule réussie est « l'essai colorimétrique » effectué à la fin d'une réparation. Une fois la suture terminée, la vessie est remplie de solution saline teintée d'un peu de colorant. Si rien ne fuit à travers la ligne de suture, la réparation est réussie. Mais la question de savoir si la femme est continente ou non ne peut être abordée qu'après le retrait du cathéter. Même dans ce cas, certaines femmes sont mouillées pendant quelques jours, simplement parce que la vessie est irritée par la chirurgie réparatrice ; cela peut se résorber rapidement.

De nombreux prestataires évaluent les résultats au moment de la sortie de l'hôpital. D'autres exigent systématiquement une visite de suivi à un moment donné après l'intervention chirurgicale (généralement six semaines ou trois mois) et reportent l'évaluation des résultats à ce moment-là. Le problème est qu'il n'existe pas de méthode normalisée permettant d'évaluer une patiente après une réparation de fistule afin de déterminer son niveau de continence. Le dossier médical seul peut être trompeur, tout comme l'examen physique. Le moyen le plus objectif est probablement d'effectuer un essai au tampon d'une heure de façon standard (Kopp et coll., 2017).

Nous commençons tout juste à prendre conscience de notre manque de compréhension de la fonction de la vessie après la réparation d'une fistule. Bien qu'aucun ensemble de données exhaustives ne soit encore disponible, il est évident que la continence n'est peut-être pas un état statique. Certaines femmes présentent une incontinence au moment de la sortie de l'hôpital, mais deviennent spontanément sèches au moment de la visite de suivi à trois mois. Les premiers signes indiquent que l'inverse peut également être vrai dans un segment décourageant et important de femmes qui ont été réparées. Dans le cadre du projet Action on Fistula (« Lutte contre la fistule ») mené au Kenya, un programme particulièrement actif axé sur la sensibilisation des patientes a permis à des agents de terrain dispersés dans toute la campagne d'essayer d'identifier de nouvelles clientes souffrant de fistules. Lorsqu'ils s'informent en milieu rural sur les femmes souffrant d'incontinence, ils rencontrent souvent des femmes qui ont subi des réparations par le passé. Suite aux interactions avec ces femmes, la coordinatrice de la sensibilisation Habiba Corodhia Mohammed (de WADADIA et de la Fistula Foundation) pense qu'une proportion significative (les données publiées sont en attente, mais peut-être plus de 25 %) des femmes qui rentrent chez elles en étant sèches redeviennent incontinentes au cours des années suivantes.

Toutes les personnes concernées par les programmes de lutte contre la fistule devraient s'abstenir d'utiliser des termes complexes tels que « succès » ou « échec », et utiliser le terme neutre de « résultat ». Les indicateurs les plus couramment employés (Ngongo, 2015) en ce qui concerne le résultat de la réparation de la fistule sont

- Fermée et sèche
- Fermée et incontinente
- Non fermée

« Fermée et sèche » suppose que l'essai colorimétrique s'est révélé négatif, ce qui signifie que la fistule a été fermée de façon étanche, et que, suite au retrait du cathéter, le patient était continent. « Fermée et incontinente » signifie que l'essai colorimétrique s'est révélé négatif au terme de la réparation et que la réparation étanche a été réalisée, mais qu'après le retrait du cathéter, le patient a présenté une incontinence urinaire. « Non fermée » signifie que le patient présente encore une fistule qui n'a pas pu être fermée à la suite de la réparation, ou qui a été fermée et s'est ensuite rompue à nouveau avant l'évaluation du résultat.

Ces indicateurs doivent être utilisés avec une précision sur le moment de l'évaluation.

Exemples :

- « Fermée et sèche lors du suivi à six mois »
- « Non fermée à la fin de l'intervention chirurgicale »
- « Fermée et incontinente à la sortie de l'hôpital »

La définition de normes de suivi après une réparation de fistule pourrait contribuer à normaliser le moment de la détermination des résultats. L'intervalle le plus long possible entre la chirurgie et l'évaluation des résultats présente le plus d'intérêt quant à la façon dont une intervention a affecté la qualité de vie de la cliente souffrant d'une fistule. Mais plus l'on tarde à demander à une patiente de revenir, moins ce dernier est susceptible de s'exécuter. Dans le domaine de la prise en charge des fistules obstétricales, il est reconnu depuis longtemps que les femmes n'ont probablement pas les moyens financiers de revenir pour une visite clinique. Certains projets prévoient de financer les frais de transport pour une seule visite de suivi après l'intervention. Dans le cadre de l'essai comparatif randomisé sur la gestion des cathéters (par Barone et coll., publié dans *The Lancet* en 2015), de nombreux examinateurs du protocole proposé, selon lequel le résultat devait être déterminé lors d'un suivi de trois mois, ont fait valoir que la conformité serait si faible qu'il serait impossible d'interpréter les résultats. Toutefois, grâce à une sensibilisation minutieuse des patients à la nécessité d'un suivi et à la prise en charge des frais de transport, le taux de suivi à trois mois était de 93 %. Les femmes doivent être consultées à tout moment après l'intervention si elles rencontrent des problèmes liés à cette dernière, mais à des fins de consensus, ce manuel recommande un suivi de routine tous les trois mois.

Un consensus au sujet de la terminologie et du calendrier des résultats permettrait de comparer avec précision les résultats des soins prodigués aux femmes qui rentrent chez elles sèches d'un site, d'un chirurgien, d'une technique, d'un projet et d'un pays à l'autre. Si des indicateurs comme ceux énumérés ci-dessus pouvaient faire l'objet d'un accord entre les agences de financement et les principales parties prenantes, les superviseurs des pratiques de santé tels que l'OMS, les ministères de la Santé, les institutions universitaires/ de recherche et les journaux qui font des publications sur les soins de la fistule, les avantages pour les patients seraient significatifs. Seuls ces acteurs internationaux sont à même de mener une communauté diversifiée de travailleurs cliniques et non cliniques vers un consensus.

● L'intervalle le plus long possible entre la chirurgie et l'évaluation des résultats présente le plus d'intérêt quant à la façon dont une intervention a affecté la qualité de vie de la cliente souffrant d'une fistule

BIBLIOGRAPHIE

Arrowsmith, S.D. 2007a. « The classification of obstetric vesico-vaginal fistulas: a call for an evidence-based approach (La classification des fistules vésico-vaginales obstétricales : un appel à une approche fondée sur les preuves ». *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 99(suppl 1) : S25-27. doi:10.1016/j.ijgo.2007.06.018.

Arrowsmith, S. D. 2007b. « Urinary diversion in the vesico-vaginal fistula patient: general considerations regarding feasibility, safety, and follow-up (Déviation urinaire chez la patiente souffrant d'une fistule vésicovaginale : considérations générales concernant la faisabilité, la sécurité et le suivi) » *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 99(suppl 1) : S65-68. doi:10.1016/j.ijgo.2007.06.028.

Arrowsmith, S, E. C. Hamlin and L. L. Wall. 1996. "Obstructed labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world." *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(9): 568-574.

Arrowsmith, S.D., J. Ruminjo et E. G. Landry. 2010. « Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study (Pratiques actuelles dans le cadre du traitement de la fistule génitale féminine : une étude transversale) ». *BMC Pregnancy Childbirth* 10: 73. doi:10.1186/1471-2393-10-73.

Barone, M.A., M. Widmer, S. Arrowsmith et coll. 2015. « Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial (Rupture d'une réparation de fistule génitale féminine simple après un sondage vésical postopératoire de 7 jours par rapport à 14 jours : un essai randomisé, contrôlé, ouvert et de non-infériorité) ». *The Lancet* 386(9988) : 56-62. doi:10.1016/S0140-6736(14)62337-0.

Browning, A. 2004. « Prevention of residual urinary incontinence following successful repair of obstetric vesico-vaginal fistula using a fibro-muscular sling (Prévention de l'incontinence urinaire résiduelle après une réparation réussie d'une fistule obstétricale vésico-vaginale à l'aide d'une bandelette fibro-musculaire) ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Une revue internationale d'obstétrique et de gynécologie)* 111(4) : 357-361.

Browning, A., G. Williams et P. Petros. 2018. « Skin flap vaginal augmentation helps prevent and cure post obstetric fistula repair urine leakage: a critical anatomical analysis (L'augmentation vaginale par lambeau cutané permet de prévenir et de guérir les fuites d'urine liées à la réparation de fistules post obstétricales : une analyse anatomique critique) ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Une revue internationale d'obstétrique et de gynécologie)* 125(6) : 745-749. doi:10.1111/1471-0528.14953.

Cockshott, P. 1973. « Pubic changes associated with obstetric vesicovaginal fistulae (Modifications pubiennes associées aux fistules vésicovaginales obstétricales) ». *Clinical Radiology (Radiologie clinique)* 24 : 241-247.

Elkins, T. E., T. S. Ghosh, G. A. Tagoe et R. Stocker. 1992. « Transvaginal mobilization and utilization of the anterior bladder wall to repair vesicovaginal fistulas involving the urethra (Mobilisation transvaginale et utilisation de la paroi antérieure de la vessie en vue de la réparation des fistules vésicovaginales impliquant l'urètre) ». *Obstetrics et Gynecology (Obstétrique et gynécologie)* 79(3) : 455-460.

Farrell, B., et Fistula Care Plus. 2010. « [Informed Consent in Fistula Care \(Consentement éclairé dans le cadre du traitement des fistules\)](#) ».

Fistula Care et l'Initiative Humanitaire de Harvard. 2011. « [Meeting the Needs of Women with Fistula Deemed Incurable: Creating a Culture of Possibility \(Répondre aux besoins des femmes atteintes de fistules jugées incurables : créer une culture de la possibilité\)](#) ». Rapport d'une réunion consultative, Boston, du 19 au 20 septembre.

Goh, J.T.W. 2004. « A new classification for female genital tract fistula (Une nouvelle classification pour les fistules du tractus génital féminin) ». *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology (Revue australienne et néo-zélandaise d'obstétrique et de gynécologie)* 44(6) : 502-504. doi:10.1111/j.1479-828X.2004.00315.x

Kaur, R., K. Kaur et R. Kaur. 2018. « Menstrual Hygiene, Management, and Waste Disposal: Practices and Challenges Faced by Girls/Women of Developing Countries (« Hygiène menstruelle, gestion et élimination des déchets : pratiques et défis auxquels sont confrontées les filles/femmes des pays en développement) ». *Journal of Environmental and Public Health (Journal de santé publique et environnementale)* 1730964. doi:10.1155/2018/1730964.

Kirschner, C. V., S. J. Lengmang, Y. Zhou, G.A.A. Chima, J. A. Karshima et S. Arrowsmith. 2016. « Urinary diversion for patients with inoperable obstetric vesicovaginal fistula: the Jos, Nigeria experience (Déviation urinaire pour les patientes présentant une fistule vésicovaginale obstétricale inopérable : l'expérience de Jos, au Nigeria) ». *International Urogynecology Journal (Journal international d'urogynécologie)* 27(6) : 865-870. doi:10.1007/s00192-015-2871-x.

Kopp, D. M., A. M. Bengtson, J. H. Tang, E. Chipungu, M. Moyo et J. Wilkinson. 2017. « Use of a postoperative pad test to identify continence status in women after obstetric vesicovaginal fistula repair: a prospective cohort study (Utilisation d'un test d'incontinence postopératoire en vue de l'identification du statut de continence chez les femmes après une réparation de fistule vésicovaginale obstétricale : une étude de cohorte prospective) ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Une revue internationale d'obstétrique et de gynécologie)* 124(6) : 966-972. doi:10.1111/1471-0528.14505.

Kopp, D. M., J. Wilkinson, A. Bengtson et coll. 2017. « Fertility outcomes following obstetric fistula repair: a prospective cohort study (Résultats en matière de fertilité après réparation d'une fistule obstétricale : une étude de cohorte prospective) ». *Reproductive Health (Santé reproductive)* 14(1) : 159. doi:10.1186/s12978-017-0415-1.

Mukwege, D., L. Peters, C. Amisi, A. Mukwege, A. R. Smith et J. M. Miller. 2018. « Panzi score as a parsimonious indicator of urogenital fistula severity derived from Goh and Waaldijk classifications (Le score de Panzi comme indicateur parcimonieux de la gravité des fistules urogénitales dérivé des classifications de Goh et Waaldijk) ». *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*

(*Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique*) 142(2) : 187-193. doi:10.1002/ijgo.12514.

Muleta, M., B. Tafesse et H. G. Aytenfisu. 2010. « Antibiotic use in obstetric fistula repair: single blinded randomized clinical trial (Utilisation d'antibiotiques dans le cadre de la réparation de fistules obstétricales : essai clinique randomisé à simple insu) ». *Ethiopia Medical Journal (Journal médical éthiopien)* 48(3) : 211-217.

Nardos, R., A. Browning et B. Member. 2008. « Duration of bladder catheterization after surgery for obstetric fistula (Durée du sondage de la vessie après une intervention chirurgicale relative à une fistule obstétricale) ». *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 103(1) : 30-32. doi:10.1016/j.ijgo.2008.05.021.

Nardos, R., A. Browning et B. Member. 2012. « Outcome of obstetric fistula repair after 10-day versus 14-day Foley catheterization (Résultat obtenu lors de la réparation d'une fistule obstétricale après un sondage de Foley de 10 jours par rapport à 14 jours) ». *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 118(1) : 21-23. doi:10.1016/j.ijgo.2012.01.024.

Ngongo, C. J., E. Landry, K. Levin, S. Ndizeye, S. Irelioluwa et V. Tripathi. 2015. « [What to measure and why? Experience developing monitoring indicators for an emerging maternal health issue: the case of obstetric fistula \(Que doit-on évaluer et pourquoi ?](#)

[Expérience en matière de développement d'indicateurs de suivi pour un problème de santé maternelle émergent : le cas de la fistule obstétricale](#) ».

Tebeu, P.M., G.D.N. Meutchi, C. Cyrille et coll. 2017. « Tebeu's Pronostic Classification of Obstetric Fistula According to Anatomopathologic Variables from the University Teaching Hospital, Yaounde Cameroon (Classification pronostique de Tebeu concernant les fistules obstétricales selon les variables anatomopathologiques du CHU de Yaoundé, Cameroun) ». *International Journal of Reproductive Medicine (Journal international de la médecine reproductive)* 3(2) : 5.

Van Eyk, N. et J. van Schalkwyk. 2012. « Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures (Prophylaxie antibiotique dans le cadre des interventions gynécologiques) ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (Revue canadienne d'obstétrique et de gynécologie)* 34(4) : 382-391. doi:10.1016/S1701-2163(16)35222-7.

Waldijk, K. 1995. « Surgical classification of obstetric fistulas (Classification chirurgicale des fistules obstétricales) ». *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 49(2) : 161-163.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2009. « [WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives \(Directives de l'OMS pour une chirurgie sûre : une chirurgie sûre sauve des vies\)](#) ».





PROGRAMMES ET STRATÉGIES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA FISTULE

La fistule et le Programme de développement durable à l'horizon 2030

L'élimination de la fistule obstétricale est essentielle à la réalisation des ODD et à la concrétisation de la vision du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). La réalisation de l'accès universel aux soins de santé et la garantie de la santé et des droits sexuels et reproductifs sont essentielles pour s'assurer que les femmes et les filles qui risquent de souffrir d'une fistule ou qui en sont atteintes ne soient pas laissées pour compte dans les efforts déployés en vue de la réalisation du développement durable. En 2018, les États membres de l'ONU ont adopté à l'unanimité une nouvelle résolution de l'ONU qui appelle à l'intensification des efforts et à l'augmentation des investissements pour mettre fin à la fistule « en une décennie ». Ce nouveau calendrier est conforme au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la réalisation des ODD (Assemblée générale des Nations unies, 2018). Des progrès ont certes été réalisés à l'échelle mondiale pour réduire l'incidence de cette maladie, mais il reste des défis à relever en matière d'équité d'accès, de qualité des soins et de responsabilité. Les interventions n'ont pas toujours été couronnées de succès auprès des personnes qui en ont le plus besoin. La fourniture de soins de qualité est inégale, et les droits ainsi que la dignité des personnes qui les sollicitent ne sont souvent pas respectés. La fistule est une indication de l'échec des systèmes de santé et une violation des droits des femmes et des filles. Les interventions visant à remédier à cette situation doivent donc être conçues et mises en œuvre selon une approche fondée sur les droits de l'homme.

Campagne mondiale visant à éliminer la fistule

L'UNFPA et ses partenaires ont lancé la Campagne mondiale visant à éliminer la fistule en 2003, dans le but de « ne laisser personne pour compte » en rendant les cas de fistule obstétricale aussi rares dans les pays en développement que dans les pays développés. La campagne contribue de manière essentielle à la promotion des droits, de la dignité et du bien-être des femmes et des filles. Elle rassemble des centaines d'agences partenaires⁴ aux niveaux mondial, national et infranational et est active dans plus de 55 pays d'Afrique, d'Asie, des États arabes et d'Amérique latine. Depuis son lancement, la Campagne a contribué à rétablir la santé générale, la dignité, l'espoir et le sentiment d'estime de soi et d'autonomie de plus de 100 000 femmes et filles parmi les plus pauvres et les plus marginalisées du monde (UNFPA, 2020) en adoptant une approche holistique, sensible au genre et fondée sur les droits.

4 Voir : <http://www.endfistula.org>.

La campagne repose sur quatre piliers :

- La prévention de la fistule
- Le traitement et la réparation des cas existants
- La réadaptation et la réinsertion sociale des survivantes de la fistule
- Les actions de plaidoyer reposant sur des observations factuelles et la mobilisation des ressources

L'UNFPA dirige la Campagne et assure le secrétariat du Groupe de travail international sur la fistule obstétricale, principal organe décisionnel de la Campagne. En 2017, l'UNFPA et la Campagne se sont vus décerner le prix de l'autonomisation des femmes de la United Nations Federal Credit Union, en guise de reconnaissance de son rôle prépondérant à l'échelle mondiale et de l'impact transformateur de la Campagne sur la réduction des inégalités, ainsi que de son action en faveur d'un nouveau programme mondial fondé sur les principes de droits, d'inclusion et d'égalité (UNFPA, 2018a).

4.1 PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA FISTULE

Les déterminants de la mortalité et de la morbidité maternelles, ainsi que les décès de nouveau-nés, sont également à l'origine de la fistule obstétricale. Les programmes visant à éliminer la fistule amélioreront donc fondamentalement la santé maternelle et néonatale, et contribueront à la réalisation des droits fondamentaux des femmes et des filles. Pour réduire le nombre de fistules, il est important d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de renforcer les connaissances en la matière. Il est également important que les plans de lutte contre la fistule soient intégrés dans des stratégies plus larges de santé reproductive et de réduction de la pauvreté (OMS, 2006).

Les programmes de lutte contre la fistule doivent être holistiques, aborder la prévention tout en assurant la continuité des soins pour les clientes de la fistule, y compris le suivi. Ils doivent également tenir compte de l'évolution des tendances en matière d'incidence et de prévalence, d'épidémiologie et d'autres facteurs (tels que les déterminants sociaux) liés à la fistule obstétricale et iatrogène. Le recours à une approche fondée sur les droits de l'homme permet de découvrir les inégalités et la discrimination sous-jacentes qui sont à l'origine de la fistule, par le biais de multiples facteurs qui se chevauchent. Nous devons nous appuyer sur les progrès réalisés et les enseignements tirés de la réduction de la fistule et de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans son ensemble, notamment par le biais d'approches intégrées et multisectorielles.

Les besoins en matière de services de prévention et de traitement de la fistule varient d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays en raison d'une variété de circonstances et d'obstacles liés à la prise en charge. Les politiques et les stratégies doivent certes être adaptées avec un soutien national, mais dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de les modifier au niveau local afin d'identifier, de traiter et de surmonter des contraintes particulières dans une zone donnée, ou parmi des populations spécifiques, locales et à haut risque. Cette section suggère des approches possibles pour le développement et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la fistule.

Les programmes de lutte contre la fistule doivent être holistiques, aborder la prévention tout en assurant la continuité des soins pour les clientes de la fistule, y compris le suivi



4.1.1 Un programme national de lutte contre la fistule

Un programme national de lutte contre la fistule doit être fondé sur des données probantes et viser à garantir la disponibilité d'informations et de services liés à la santé sexuelle et reproductive de qualité, abordables et accessibles en vue de la prévention et du traitement de la fistule. Il doit prendre en compte le contexte du pays, les estimations de la prévalence et de l'incidence de la fistule, la force du système de santé existant, le leadership politique/gouvernemental, ainsi que l'environnement socioculturel-économique et le pouvoir des communautés. Un tel programme devrait viser en particulier la réalisation des objectifs suivants :

- Prévenir l'apparition de nouveaux cas de fistule (par la promotion de la santé, la sensibilisation et la création d'une demande, ainsi que par la fourniture de services de soins de santé maternelle et reproductive de qualité, accessibles, abordables, de base et complets, y compris des soins obstétricaux d'urgence, des services de planification familiale et du personnel de santé qualifié à la naissance), et prévenir le mariage des enfants et la grossesse chez les adolescentes.
- S'assurer que toutes les femmes et les filles vivant avec une fistule bénéficient d'un accès rapide et abordable à un ensemble de soins holistiques dispensés par des chirurgiens de la fistule (et des équipes de soins) compétents, à même de fournir le traitement ou la réparation de qualité nécessaire, suivi d'une réinsertion sociale fondée sur des données probantes. (Cela inclut le renforcement des systèmes de référence permettant d'identifier et d'orienter les patients).
- S'assurer que les droits à la santé et à la reproduction de chaque fille et femme, qui sont étroitement liés à la prévention de la fistule (ainsi qu'au traitement et à la réinsertion), sont reconnus et protégés par les politiques et les règlements (Lewis et De Bernis, 2006).

Éléments essentiels d'un programme national visant à éliminer la fistule

4.1.2 L'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle d'une stratégie nationale chiffrée sur la fistule

Une stratégie nationale de lutte contre la fistule peut être élaborée de façon autonome ou dans le cadre d'une stratégie nationale de santé reproductive, maternelle et néonatale. Étant donné que les principes régissant la prévention et le traitement de la fistule sont si étroitement liés à la maternité sans risque, l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre la fistule devrait être intégrée au travail de base du comité national de la santé maternelle et néonatale ou confiée à un sous-groupe relevant du comité national. Plus important encore, l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie doivent être dirigées par le gouvernement et fondées sur des données probantes ; elles doivent également optimiser la coordination entre les parties prenantes et les partenaires. Le document peut être utilisé comme un outil de plaidoyer et de mobilisation des ressources. Il doit être mis en œuvre et faire l'objet d'un suivi progressif. Selon l'UNFPA, 22 pays ont élaboré des stratégies nationales visant à éliminer la fistule (UNFPA, 2018a).

- Une stratégie nationale de lutte contre la fistule peut être élaborée de façon autonome ou dans le cadre d'une stratégie nationale de santé reproductive, maternelle et néonatale

4.1.3 Composantes essentielles d'une stratégie nationale de lutte contre la fistule

Une stratégie nationale de lutte contre la fistule doit être chiffrée et limitée dans le temps. Elle doit aborder les interventions visant la prévention et le traitement de la fistule dans les communautés à risque, la réinsertion sociale des survivantes, ainsi que le plaidoyer et la mobilisation des ressources (selon le contexte du pays). La stratégie doit être élaborée et mise en œuvre dans le contexte plus large de l'amélioration des résultats de la santé maternelle et de l'autonomisation des femmes, en utilisant une approche fondée sur les droits de l'homme. Elle doit également répondre aux critères suivants :

Être conforme à la vision mondiale qui prévoit **l'élimination de la fistule d'ici à 2030**⁵

Être fondée sur la **prévalence et l'incidence de la fistule** dans le pays et sur les circonstances et besoins sociaux et médicaux/sanitaires qui conduisent ou contribuent au développement de la fistule

Être **intégrée** dans la stratégie nationale d'amélioration de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et adolescente, en mettant l'accent **sur la prévention de la fistule** par des soins qualifiés pendant l'accouchement et l'accès à des soins obstétriques d'urgence et à des services de planning familial de qualité

1

2

3

5

Planifier l'élaboration et le renforcement des **services de traitement durable en construisant/renforçant la capacité** des établissements de santé pour une réparation et des soins de routine de la fistule de qualité et en temps opportun

4

Être incluse comme un élément clé des programmes **d'éducation/promotion et de plaidoyer en matière de santé**

6

S'attaquer aux **obstacles socio-économiques et culturels** à la prévention de la fistule, tels que le mariage précoce et le mariage des enfants, le besoin non satisfait en matière de contraception moderne et d'autres obstacles qui peuvent empêcher les femmes de bénéficier de soins obstétriques ou d'un traitement de la fistule

7

Inclure des **initiatives sous-nationales et communautaires** pour prévenir la fistule obstétricale et permettre à davantage de femmes d'accéder à un traitement de qualité - y compris l'identification des cas et les mécanismes de référence

⁵ [Résolution 73/147 de l'Assemblée générale des Nations unies de 2018 sur l'intensification des efforts pour en finir avec la fistule obstétricale](#)

Décrire les stratégies pour **renforcer la collecte de données** sur la fistule et la réinsertion dans le système de santé du gouvernement (par exemple, DHIS2)

Décrire les **rôles et responsabilités des parties prenantes** pour la mise en œuvre et la production de rapports. Les parties prenantes incluent les gouvernements nationaux et locaux, les organisations de la société civile, les ONG (y compris les organisations confessionnelles), les partenaires au développement, les associations de femmes, les leaders et membres de la communauté/traditionnels et religieux, les volontaires communautaires, les agents de santé gouvernementaux sur le terrain, etc.

8

9

12

Assurer la **rétenion des compétences des chirurgiens de la fistule** et la formation médicale continue (développement des capacités) des chirurgiens

11

Disposer d'un système de **suivi et d'évaluation** fonctionnel

10

Disposer d'un **plan opérationnel**

13

Impliquer différentes parties prenantes, y compris les ministères du gouvernement (par exemple, le ministère des Affaires féminines, le ministère des Affaires sociales, etc.) pour **renforcer l'appui à la réhabilitation et à la réinsertion** des survivantes de la fistule

14

Promouvoir la recherche et la génération de données probantes (selon les besoins)

15

Aborder la question des femmes/ filles vivant avec une fistule jugée **inopérable/ incurable**

Une liste de vérification pour l'élaboration ou l'évaluation d'une stratégie nationale pour éliminer la fistule se trouve à l'Annexe 3.

4.2 LEADERSHIP NATIONAL ET REDEVABILITÉ

Le leadership national est essentiel pour veiller à ce que la prévention et la lutte contre la fistule soient bien intégrées aux programmes nationaux de santé sexuelle et reproductive et qu'elles soient maintenues au fil du temps. Ce leadership se manifeste généralement par la mise en œuvre de programmes, la disponibilité de ressources nationales pour les programmes et la disponibilité de données grâce au suivi/à l'évaluation visant à étayer les programmes. Le leadership national peut être facilité par la mise en place d'une équipe spéciale nationale en charge de la lutte contre la fistule.

Équipes spéciales nationales en charge de la lutte contre la fistule

Les équipes spéciales nationales en charge de la lutte contre la fistule jouent un rôle essentiel dans l'élaboration des programmes nationaux de lutte contre la fistule dans les pays où elles existent, y compris dans l'élaboration de stratégies nationales sur la fistule. En fin 2018, 30 pays avaient mis en place des équipes spéciales nationales fonctionnelles (UNFPA, 2018). Une équipe spéciale nationale sur la fistule qui fonctionne doit :

- Être dirigée par le gouvernement ;
- Être établie selon des termes de référence clairs afin de mener à bien l'élaboration d'un programme national (s'il n'en existe pas), et de coordonner la mise en œuvre et le suivi des programmes existants ;
- Rassembler les parties prenantes et exploiter les partenariats au niveau national pour s'attaquer à la fistule par une approche multisectorielle ;
- Avoir le pouvoir et l'autonomie de prendre des décisions ;
- Fournir une orientation stratégique et technique ;
- Diriger les actions de plaidoyer et d'orientation politique liées au programme national de lutte contre la fistule ; et
- Disposer de ressources adéquates et de lignes de communication appropriées/ disponibles pour lui permettre de fonctionner efficacement.

Composition de l'équipe spéciale nationale

La composition de l'équipe spéciale nationale en charge de la lutte contre la fistule doit être multisectorielle et multidisciplinaire. L'équipe doit, à tout le moins, comprendre les personnes suivantes :

- Un représentant du ministère de la Santé
- Des représentants des services de santé expérimentés dans le domaine de la prévention, du traitement et de la réadaptation des femmes atteintes de fistules, notamment les chirurgiens de la fistule, les médecins, les sages-femmes et les infirmières
- Un représentant du ministère du Genre, de la Protection sociale, des Femmes, des Affaires familiales (ou équivalent)
- Un représentant du ministère des Transports
- Un représentant des chefs traditionnels
- Un représentant du ministère de l'Éducation/Service de l'éducation/Affaires féminines/Protection sociale/Jeunesse et Développement
- Un représentant des médias
- Un représentant de la société professionnelle

- Un représentant de l'organisation de la société civile/ONG
- Des représentants des partenaires de développement

La composition proposée ci-dessus n'est pas exhaustive ; cependant, le nombre de personnes composant l'équipe doit être facile à gérer. Il est également nécessaire que l'équipe spéciale nationale travaille en étroite collaboration avec d'autres ministères et organismes gouvernementaux qui jouent un rôle dans le bien-être des femmes (par exemple, dans le domaine de l'agriculture, de l'emploi, de la justice) pour atteindre les objectifs en matière d'amélioration de la santé maternelle/natale et d'éradication de la fistule à l'horizon 2030.

4.3 STRATÉGIES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE LA FISTULE

La mauvaise qualité des soins et le manque d'accès à des services de santé essentiels sont les principaux facteurs contribuant à la mortalité et à la morbidité maternelles (Lancet Global Health, 2018). Les programmes nationaux de lutte contre la fistule devraient cibler le renforcement des systèmes de santé afin d'élargir en temps opportun l'accès à une prévention et un traitement de qualité de la fistule (Romanzi et coll, 2019). Cela commence par l'amélioration de la capacité et de l'accès aux établissements de santé et par le renforcement du traitement systématique de la fistule. Les stratégies en matière de prévention de la fistule doivent :

- **Promouvoir et améliorer la qualité, l'accès universel et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. Il s'agit notamment des mesures visant à renforcer les systèmes de santé afin qu'ils puissent fournir les trois interventions les plus rentables pour prévenir la fistule, à savoir :** a) des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de haute qualité et en temps opportun (notamment le renforcement des liens d'orientation et une chirurgie sûre) ; b) des professionnels de santé formés ayant des compétences de sage-femme lors de l'accouchement ; et c) l'accès universel à la contraception moderne (Nations Unies, 2018).
- **Promouvoir la collaboration intersectorielle pour s'attaquer aux causes profondes de la fistule.** La pauvreté, les barrières socioculturelles, les inégalités socio-économiques, les inégalités entre les sexes, les obstacles à l'accès (en particulier pour les zones éloignées/difficiles d'accès), le manque d'éducation, le mariage des enfants et la grossesse chez les adolescentes sont les causes profondes de la fistule. Ces déterminants de la morbidité et de la mortalité maternelles doivent être abordés au moyen d'une approche multisectorielle, avec une collaboration efficace entre les secteurs et les parties prenantes concernés, et en mettant l'accent sur la promotion et la protection des droits fondamentaux des femmes et des filles.
- **L'éducation et la sensibilisation des femmes, des familles, des communautés et des prestataires de soins de santé** en ce qui concerne les causes et la prévention de la fistule doivent constituer un élément clé de cette stratégie.

4.4 STRATÉGIES DE TRAITEMENT

L'objectif d'un programme national de lutte contre la fistule doit être de garantir que toutes les femmes et les filles souffrant d'une fistule ont accès à des services de traitement de qualité, y compris le traitement des cas complexes. De nombreuses survivantes de la fistule

- La mauvaise
- qualité des soins et
- le manque d'accès
- à des services de
- santé essentiels
- sont les principaux
- facteurs
- contribuant à
- la mortalité et
- à la morbidité
- maternelles

(et leurs familles) peuvent ne pas être au courant de la disponibilité des établissements de traitement ; ou pour celles qui le savent, l'accès à ces établissements peut être limité par l'inaccessibilité économique et géographique, les déséquilibres de pouvoir entre les sexes (Baker et coll, 2017) et le manque de personnel qualifié ayant les compétences requises en matière de traitement. Les stratégies de traitement doivent inclure :

- **Le renforcement des systèmes de santé ayant la capacité de fournir des services de qualité, appropriés et accessibles en matière de traitement de la fistule au moyen des actions suivantes :**

- l'identification des établissements de santé occupant des emplacements stratégiques pour fournir un éventail de soins de qualité et holistiques en vue du traitement systématique de la fistule — y compris la disponibilité d'équipes chirurgicales compétentes et de matériel de réparation de la fistule, et la mise en place/le renforcement des mécanismes de suivi des survivantes de la fistule, y compris pour les grossesses ultérieures.
- le renforcement des capacités de soins de qualité de la fistule en permettant l'accès à des chirurgiens compétents en matière de reconstruction pelvienne (par exemple, les urologues, les chirurgiens généraux, les urogynécologues), de sélection et de préparation des patientes, de soins longitudinaux et de soins infirmiers péri-opératoires professionnels et compétents, accompagnés de mécanismes d'assurance qualité et d'un engagement institutionnel en faveur d'une chirurgie sûre.
- le suivi de la qualité de la chirurgie de la fistule et des résultats pour les patientes.

- **Le renforcement de l'identification des cas et de l'orientation vers un traitement :**

Les initiatives visant à améliorer l'identification des cas et les mécanismes d'orientation sont essentielles pour permettre à davantage de femmes et de filles d'accéder à un traitement de qualité. Les initiatives doivent viser l'identification à l'aide de mécanismes de coordination solides afin de garantir qu'une survivante de fistule identifiée puisse être soutenue pour parvenir au traitement. Les mécanismes d'orientation peuvent être renforcés par la sensibilisation et la mobilisation de la communauté, les systèmes de surveillance/ notification et les travailleurs de proximité (UNFPA, 2018b). Les téléphones portables et les systèmes de transfert d'argent mobile peuvent permettre de lever les obstacles financiers, en atteste l'exemple de la République-Unie de Tanzanie (UNFPA, 2014). Faire des survivantes de la fistule des militantes de la maternité sans risque est une stratégie utilisée en Éthiopie, au Ghana, au Nigeria et en Ouganda pour éduquer les communautés sur les bonnes pratiques de santé maternelle et néonatale et la prévention de la fistule, et pour identifier les cas de fistule à traiter (Nations unies, 2018). Au Bangladesh, un manuel de poche sur la fistule a été élaboré à l'intention des agents de santé gouvernementaux contribuant à l'identification de la fistule au niveau communautaire et à la fourniture de services d'orientation efficaces (UNFPA Bangladesh, 2019). Le Bangladesh a également fait appel à des défenseurs communautaires de la fistule (bénévoles) pour identifier les patientes susceptibles d'avoir une fistule. Les médias, les gouvernements locaux, les chefs communautaires/traditionnels, les organisations de la société civile, les ONG et les organisations confessionnelles sont des partenaires clés dans ce domaine.

Les initiatives visant à améliorer l'identification des cas et les mécanismes d'orientation sont essentielles pour permettre à davantage de femmes et de filles d'accéder à un traitement de qualité

4.5 RÉINSERTION SOCIALE ET RÉADAPTATION

Une approche holistique qui répond aux besoins psychosociaux et socio-économiques des survivantes de la fistule est nécessaire pour assurer leur plein rétablissement et leur guérison.

Cette approche comprend un programme de réinsertion sociale et de réadaptation adapté à chaque survivante de la fistule en fonction de ses besoins individuels. Cet important pilier de la lutte contre la fistule reste cependant à la traîne. La réinsertion sociale intensive des femmes et des filles jugées inopérables ou incurables demeure une lacune majeure, car ces femmes doivent faire face à des défis sociaux importants.

Les stratégies déployées en matière de réintégration sociale doivent viser l'objectif de briser le cycle de la pauvreté et de la vulnérabilité qui expose les femmes et les filles au risque de fistule, et de mettre fin à la marginalisation des personnes atteintes (UNFPA, 2020). Elles peuvent aider les survivantes de la fistule à mener une vie saine, digne à l'abri du besoin. L'objectif des programmes nationaux doit être d'assurer la réadaptation et la réinsertion des survivantes de la fistule et d'appuyer leurs soignants. Les interventions doivent s'appuyer sur les données existantes et recourir au suivi et à l'évaluation pour déterminer ce qui fonctionne et pour élargir les programmes efficaces. L'Ouganda a élaboré un paquet/des normes minimum relatives à la réinsertion des femmes victimes de fistule à la fois au niveau des établissements et de la communauté, et en 2019, le pays a évalué son programme de réinsertion sociale existant, lequel a donné lieu à des conclusions visant à améliorer le programme (UNFPA Uganda, 2019). Les partenariats avec les systèmes existants, tels que l'appui des autorités locales aux petites entreprises, la participation d'autres ministères (au niveau national ou infranational) en vue de la mobilisation des ressources nationales, la collaboration avec les groupes d'appui des femmes et des communautés, et/ou les régimes nationaux d'assurance maladie et de protection sociale, peuvent être étudiés pour faciliter la guérison et renforcer la durabilité du processus de réinsertion. Les stratégies de réinsertion sociale comprennent :

- l'élaboration de programmes de réadaptation/réinsertion sociale centrés sur la cliente et adaptés aux besoins individuels des femmes et des soignants (y compris les besoins psychologiques, médicaux et socio-économiques).
- des systèmes de suivi systématique permettant le suivi des survivantes de fistules dans leurs communautés afin d'évaluer et d'améliorer leur qualité de vie.
- le suivi et l'évaluation des programmes de réinsertion sociale existants afin de créer une base de données factuelles visant à améliorer la planification, la mise en œuvre et l'élargissement des interventions.

(Voir Chapitre 7 pour obtenir des renseignements approfondis sur la réinsertion sociale)

4.6 PLAIDOYER ET MOBILISATION DES RESSOURCES

L'élimination des fistules obstétricales à l'horizon 2030 exige des efforts, un engagement et des investissements considérablement accrus, ainsi qu'une action urgente. Les actions de plaidoyer reposant sur des observations factuelles et la mobilisation des ressources doivent être une priorité dans les programmes nationaux pour appuyer la mise en œuvre des programmes aux niveaux national et infranational. Il s'agit notamment de la sensibilisation, du renforcement des partenariats avec les secteurs public et privé en vue de l'exploitation des ressources nationales, de la communication stratégique et de la participation des médias à la prévention et à la lutte contre la fistule.

● Les stratégies
● déployées en
● matière de
● réintégration
● sociale doivent
● viser l'objectif de
● briser le cycle de
● la pauvreté et de
● la vulnérabilité qui
● expose les femmes
● et les filles au
● risque de fistule,
● et de mettre fin à
● la marginalisation
● des personnes
● atteintes

L'éducation à la prévention et la promotion de la santé constituent un élément ; l'information sur les services de traitement à l'intention des communautés et de leurs dirigeants constitue un autre élément

4.7 AUTONOMISATION ET PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ

Le succès des programmes visant à éliminer la fistule nécessite l'implication de la communauté (Marston et autres, 2013) et une participation active au dialogue, à la planification, à la conception des programmes et à la prise de décision. Pour réussir à s'attaquer aux déterminants de la fistule et garantir l'utilisation des services liés à la prévention et au traitement de la fistule, les femmes, les filles, leurs familles et les communautés doivent être rendues autonomes. La participation holistique des communautés doit inclure la mobilisation des hommes et des garçons en tant qu'alliés dans la promotion et le respect des droits des femmes et des filles, en particulier au sein des communautés patriarcales. Les membres des communautés doivent comprendre les différentes dimensions de la santé maternelle et néonatale, être motivés pour rechercher/utiliser les services en matière de soins de santé et avoir accès à des soins de qualité. L'éducation à la prévention et la promotion de la santé constituent un élément ; l'information sur les services de traitement à l'intention des communautés et de leurs dirigeants constitue un autre élément. Les ONG locales, les groupes communautaires, y compris les groupes de femmes, et les chefs traditionnels et religieux peuvent promouvoir la sensibilisation, la prévention et le traitement. Ils doivent participer à l'élaboration de plans d'action locaux ou nationaux (OMS, 2006).

4.8 SUIVI ET ÉVALUATION D'UN PROGRAMME NATIONAL

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour déterminer le succès des stratégies, des politiques et des initiatives, et pour savoir s'il est nécessaire d'y apporter des ajustements et des changements. Les évaluations doivent faire partie intégrante d'une stratégie nationale de lutte contre la fistule et être planifiées dès le début du processus. Des dispositions claires doivent être prises quant à la façon dont elles seront réalisées, avec des ressources affectées à cet effet. Des systèmes robustes en matière de collecte de données doivent être mis en place pour un suivi efficace, qui sous-tend l'évaluation.

4.8.1 Disponibilité des données sur la fistule

Les programmes nationaux doivent englober des stratégies visant à renforcer la recherche et à améliorer les données sur la fistule et la santé maternelle (selon les besoins). Les programmes doivent s'appuyer sur les données relatives à l'incidence et à la prévalence de la fistule (par exemple, le modèle de l'Université Johns Hopkins), et les données systématiques sur les éléments clés de la mise en œuvre peuvent orienter les progrès et éclairer les futurs programmes.

Les indicateurs de fistule doivent être inclus dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire et faire l'objet d'un suivi afin de normaliser et de renforcer la qualité des rapports sur les cas de fistule diagnostiqués et traités, ainsi que le suivi des informations depuis le niveau des établissements ou des programmes jusqu'au niveau national.⁶ Le Mozambique, en partenariat avec Operation Fistula et l'UNFPA, a mis au point un système de données en temps réel pour générer des données sur la fistule dans le cadre de la lutte nationale

6 Évaluation des mesures, [maternité sans risque](#).

contre la fistule (UNFPA Mozambique, 2019). Le Bangladesh a intégré les données sur la fistule dans la collecte de données systématique — par exemple, DHIS 2 (<https://www.dhis2.org/>). Certains pays à forte charge ont également intégré un module sur la fistule obstétricale dans leurs enquêtes démographiques et sanitaires nationales ; d'autres pays peuvent choisir de le faire (bien que cette approche présente certaines limites, voir Tunçalp et coll, 2014). La recherche et les données sur les programmes de santé maternelle pertinents, y compris les évaluations à jour des besoins en matière de SONU, doivent être renforcées pour orienter les programmes de santé maternelle et néonatale.

Le suivi et l'évaluation de l'intervention nationale peuvent être renforcés par la mise en place de mécanismes de recours en matière de droits de l'homme (par exemple, les questions de violence obstétrique et de fistule peuvent faire l'objet d'une enquête par les institutions nationales des droits de l'homme et être jugées par les tribunaux) et de mécanismes de responsabilité sociale, par lesquels les femmes/filles concernées, les organisations de la société civile et les groupes de défense des droits de l'homme peuvent contrôler la façon dont les programmes, les services et les budgets liés à la santé maternelle/aux soins de la fistule sont mis en œuvre. Les pays peuvent également souhaiter faire de la fistule obstétricale une maladie à déclaration obligatoire au niveau national — déclenchant ainsi une intervention immédiate, une orientation et une action de suivi dès qu'un cas de fistule est identifié — tout en garantissant une approche centrée sur le client, culturellement appropriée et fondée sur les droits de l'homme.⁷

4.8.2 Audit et recherche cliniques

En dehors du suivi des progrès et de l'impact de la stratégie nationale générale de lutte contre la fistule, il est crucial de vérifier les soins cliniques fournis aux femmes et aux filles. Cette mesure permet de s'assurer qu'elles reçoivent les meilleures réparations possibles et permet de partager les informations avec d'autres. Les ressources et les outils permettant d'évaluer la qualité des soins comprennent les normes de l'OMS en matière d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé (OMS, 2016), et « Qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale : Un cadre de suivi » pour les pays du Réseau pour la Qualité des Soins (Bangladesh, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Malawi, Nigeria, Sierra Leone, République-Unie de Tanzanie et Ouganda). Consultez la bibliothèque⁸ de connaissances du Réseau pour la Qualité des Soins de l'OMS pour plus d'informations.

4.8.3 Indicateurs de performance

Une sélection d'indicateurs de santé reproductive (OMS, 2006b ; Évaluation des mesures⁹) et d'indicateurs des ODD¹⁰ est présentée ci-dessous. Ceux-ci peuvent être utiles pour le suivi des programmes de santé de la mère/du nouveau-né et de l'adolescent et de maternité sans risque (voir encadré 4) et des programmes de lutte contre la fistule (voir encadré 5).

● En dehors du suivi des progrès et de l'impact de la stratégie nationale générale de lutte contre la fistule, il est crucial de vérifier les soins cliniques fournis aux femmes et aux filles

7 Voir : Campagne visant à éliminer la fistule, 2014. « [Assemblée générale des Nations unies consacre l'appel à l'intensification des efforts en vue d'éliminer la fistule](#) ».

8 Voir : <http://www.qualityofcarenetwork.org/knowledge-library>.

9 Voir : Évaluation des mesures, maternité sans risque.

10 Voir [le tableau de bord Wiki des statistiques de l'ONU](#) pour l'objectif 3.

Encadré 4 Indicateurs de santé reproductive et maternelle pour le suivi et l'évaluation au niveau mondial

- **Taux de mortalité maternelle**
- **Taux de natalité chez les adolescentes (âgées de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans) pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge**
- **Couverture de soins prénataux — pourcentage de femmes ayant été suivies au moins huit fois pendant leur grossesse par un professionnel de santé qualifié (sans compter les accoucheuses traditionnelles formées ou non), pour des raisons liées à la grossesse**
- **Pourcentage d'accouchements suivis par du personnel de santé qualifié (le personnel de santé qualifié, tel que mentionné par l'indicateur 3.1.2 des ODD, est constitué de professionnels compétents de la santé maternelle et néonatale, notamment des sages-femmes, des infirmières, des médecins obstétriciens et des anesthésistes) (OMS et coll, 2018)**
- **Pourcentage de naissances par césarienne**
- **Proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes (ou : femmes mariées/femmes vivant maritalement dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes)**
- **Nombre d'établissements offrant des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants**
- **Nombre d'établissements offrant des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants.**
- **Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou ont vécu maritalement pour la première fois avant 15 ans et avant 18 ans, l'objectif étant d'éliminer toutes les pratiques néfastes, telles que les mariages d'enfants, précoces et forcés, etc.**
- **Taux de létalité en ce qui concerne toutes les complications**

Pour aider à prévenir et à traiter les cas de fistule iatrogène, la note d'orientation de la Commission Lancet sur la chirurgie mondiale concernant le suivi d'une chirurgie sûre pour améliorer la santé, le bien-être et le développement propose une liste utile d'indicateurs de base ainsi qu'un outil de mesure et de planification (Global Surgery 2030, n.d.) pour contribuer à garantir l'accès à une chirurgie sûre et abordable. La liste de contrôle de l'OMS sur la sécurité chirurgicale (annexe 2) est une autre ressource clé utile.

Encadré 5 Indicateurs particuliers pour le suivi et l'évaluation de la prévention de la fistule, ainsi que de la disponibilité et de la qualité des soins obstétriques et de la réparation de la fistule pour un pays donné ou une zone particulière.

Épidémiologique

- Prévalence de la fistule — nombre estimé de femmes âgées de 10 ans et plus qui vivent avec une fistule dans une zone définie pour 1 000 femmes âgées de 10 ans et plus)
- Incidence de la fistule — nombre estimé de nouveaux cas de fistule par an)
- Taux estimé de fistule obstétricale pour 1 000 accouchements.
- Données sur la fistule obstétricale recueillies dans la base de données du système d'information sur la gestion de la santé au niveau national et/ou sous-national
- Répondre au besoin de traitement chirurgical pour les femmes chez lesquelles il a été diagnostiqué une fistule génitale féminine et qui sont en quête de services de réparation chirurgicale¹¹
- Nombre de cas de fistule orientés vers un établissement de référence pour le traitement de la fistule.

Accès universel à des soins chirurgicaux et d'anesthésie sûrs et abordables en cas de besoin

- Accès à une chirurgie essentielle en temps opportun (pourcentage de la population pouvant accéder, dans un délai de deux heures, à un établissement capable de pratiquer une césarienne, une laparotomie et le traitement d'une fracture ouverte [les procédures Bellwether])

Prestation de services

- Nombre de sages-femmes, d'infirmières et de médecins ayant des compétences de sage-femme (personnel de santé qualifié fournissant des soins pendant l'accouchement, selon la définition de l'OMS de 2018) pour 1 000 naissances
- -Nombre de prestataires qualifiés, certifiés/agrés (par exemple, médecins, chirurgiens) capables de pratiquer des césariennes pour 1 000 naissances.
- Pourcentage de naissances gérées à l'aide d'un partogramme

11 Le pourcentage de toutes les femmes en quête des services de réparation chirurgicale et diagnostiquées avec une fistule obstétricale qui bénéficient d'un traitement chirurgical pour cette affection, dans une période donnée (généralement sur une base annuelle) et par établissement. Voir : « Évaluation des mesures, Répondre au besoin de traitement chirurgical ».

Formation

- Nombre d'établissements de formation de sages-femmes et d'infirmières (formation initiale et continue) incluant la prévention et la prise en charge de la fistule dans le programme de base

Suivi et localisation des fistules

- Un programme de réinsertion sociale est disponible et suivi

Qualité des soins

- Pourcentage de femmes présentant une fistule obstétricale qui présente un résultat « fermé et sec » après une première réparation, par établissement
- Pourcentage d'établissements qui procèdent à des examens/audits de cas de décès/de quasi-accidents maternels
- Pourcentage d'établissements de traitement de la fistule obstétricale qui fournissent des services de réinsertion sociale aux survivantes ou les y orientent.
- Pourcentage de femmes qui ont été traitées pour une fistule et ont bénéficié d'un programme (évalué) de réinsertion sociale

Appropriation par le pays et pérennité

- Existence d'une politique ou d'une stratégie nationale de lutte contre la fistule (soit en tant que document autonome, soit intégrée dans les politiques ou stratégies nationales de santé ou de santé reproductive)

BIBLIOGRAPHIE

Baker, Z., B. Bellows, R. Bach et C. Warren. 2017. « Barriers to obstetric fistula treatment in low-income countries: a systematic review (Obstacles au traitement des fistules obstétricales dans les pays à faible revenu : une revue systématique) ». *Tropical Medicine and International Health (Médecine tropicale et Santé internationale)* 22 : 938-959. doi:10.1111/tmi.12893.

Global Surgery 2030. s.d. « [Core indicators for monitoring universal access to safe, affordable surgical and anaesthesia care when needed \(Indicateurs de base pour le suivi de l'accès universel à des soins chirurgicaux et anesthésiques sûrs et abordables en cas de besoin\).](#) »

Global Surgery 2030. s.d. « [Monitoring Surgery and Anaesthesia for Improved Health, Welfare, and Development \(Suivi de la chirurgie et de l'anesthésie pour une amélioration de la santé, du bien-être et du développement\).](#) » Une note d'orientation.

Lewis, G., et L. de Bernis, eds. 2006. « Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development (Fistule obstétricale : Principes directeurs pour la prise en charge clinique et l'élaboration de programmes) ». Genève : Organisation mondiale de la santé.

Marston, C., A. Renedo, C. R. McGowan et A. Portela. 2013. « Effects of Community Participation on Improving Uptake of Skilled Care for Maternal and Newborn Health: A Systematic Review (Effets de la participation communautaire sur l'amélioration du recours à des soins qualifiés pour la santé maternelle et néonatale : une revue systématique) ». *PLoS ONE* 8(2): e55012. doi:10.1371/journal.pone.0055012.

Évaluation des mesures. s.d. « [Family Planning and Reproductive Health Indicators Database: Safe Motherhood \(Base de données des indicateurs de planification familiale et de santé reproductive : maternité sans risque\)](#) ».

Évaluation des mesures. s.d. « [Family Planning and Reproductive Health Indicators Database: Obstetric Fistula \(Base de données des indicateurs de planification familiale et de santé reproductive : Fistule obstétricale\)](#) ».

Romanzi, L., J. G. Meara, E. Anastasi et A. T. Knutsson. 2019. « Meeting the SDG challenge to end fistula and preventable childbirth-related morbidity and mortality (Relever le défi des ODD pour mettre fin à la fistule et à la morbidité et mortalité évitables liées à l'accouchement) ». *Lancet Global Health* 7(7) : Pe835-e836.

Tunçalp, Özge, Vandana Tripathi, Evelyn Landry, Cynthia K Stanton et Saifuddin Ahmed. 2014. « Perspectives, Measuring the incidence and prevalence of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations (Perspectives, évaluation de l'incidence et de la prévalence de la fistule obstétricale : approches, besoins et recommandations) ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*.

Nations Unies. 2015. [The 2030 Agenda for Sustainable Development \(Programme de développement durable à l'horizon 2030\)](#).

Nations Unies. 2018. « [Intensifier l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale en l'espace d'une génération. Report of the Secretary-General \(Rapport du Secrétaire général\)](#) ». A/73/285.

Nations Unies. 2019. « [Intensification of efforts to end obstetric fistula \(Intensification des](#)

[efforts visant à éliminer la fistule obstétricale](#)) ». A/73/147.

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2014. « [Fistula survivors treated through M-Pesa mobile banking scheme in Tanzania \(Des survivantes de la fistule traitées grâce au système de banque mobile M-Pesa en Tanzanie\)](#) ».

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2020. « Maternal and Newborn Health Thematic Fund Annual Report 2019 (Rapport annuel 2019 du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale) ». New York. <https://www.unfpa.org/publications/maternal-and-newborn-health-thematic-fund-annual-report-2019>.

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2018a. « [Maternal Health Thematic Fund Annual Report 2017 \(Rapport annuel 2017 du Fonds thématique pour la santé maternelle\)](#) ».

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2018b. « [The Maternal and Newborn Health Thematic Fund Business Plan \(2018–2022\) \(Plan d'activité du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale \(2018–2022\)\)](#) ».

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population) Bangladesh 2019. « [Fistula Annual Report 2019 \(Rapport annuel sur la fistule 2019\)](#) ».

UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population) Mozambique. 2019. « [InfoFistula: An Innovative Real-Time Monitoring Application for improving services, rights, and data related to Obstetric Fistula survivors \(InfoFistula : une application innovante de suivi en temps réel visant à améliorer les services, les droits et les données relatifs aux survivantes de fistules obstétricales\)](#) ».

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population) Ouganda. 2019. Rapport annuel 2019 du FTSM de l'Ouganda.

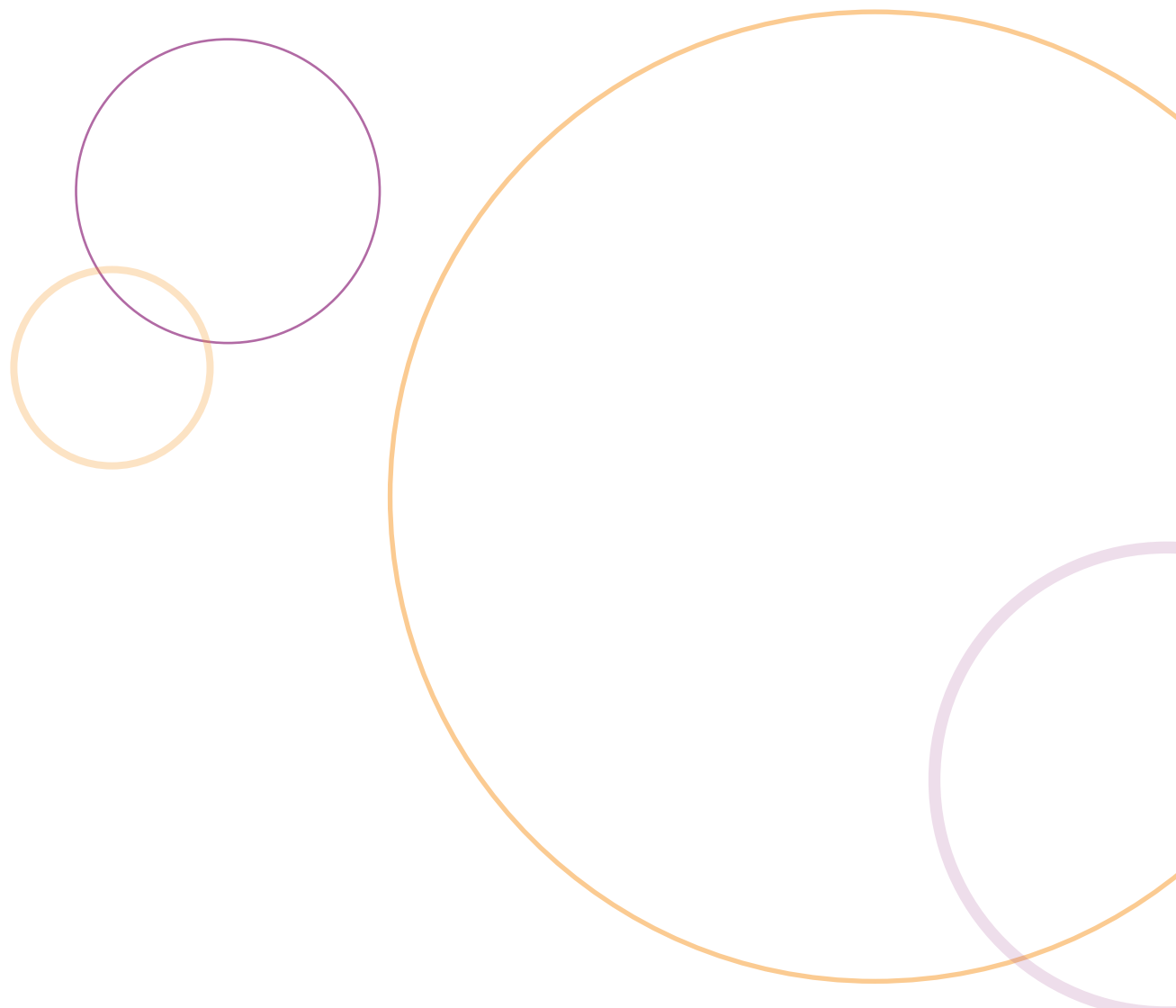
UN Statistic Wiki. « [E-handbook on SDG indicators \(Manuel électronique sur les indicateurs des ODD^o\)](#) ».

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2006a. « [Obstetric fistula : guiding principles for clinical management and programme development \(Fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et l'élaboration de programme\)](#) ».

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2006b. « [Reproductive health indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring \(Indicateurs de santé reproductive : Lignes directrices relatives à leur génération, leur interprétation et leur analyse en vue d'un suivi mondial\)](#) ».

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2016. « [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities \(Normes en vue de l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé\)](#) ».

OMS (Organisation mondiale de la Santé), UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), ICM (Confédération internationale des sages-femmes), CII (Conseil international des infirmières), FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) et IPA (Association internationale de pédiatrie). 2018. « [Définition du personnel de santé qualifié prodiguant des soins pendant l'accouchement : la déclaration conjointe de 2018.](#) »





PRINCIPES DE SOINS INFIRMIERS



5.1 LE PASSÉ ET LE PRÉSENT

Des soins infirmiers de qualité peuvent être aussi importants qu'une bonne chirurgie pour les femmes souffrant de fistules. Cela dit, les paradigmes infirmiers dans le monde sont étonnamment divers. Il existe des centres en Afrique de l'Ouest où les soins infirmiers sont quasi inexistant ; des médecins en herbe s'occupent des patients en phase postopératoire. Le centre de traitement des fistules Hamlin, en Éthiopie, est réputé pour avoir fait appel à d'anciennes patientes n'ayant reçu qu'une formation sur le tas pour prodiguer des soins infirmiers. Des ONG externes telles que Mercy Ships et Médecins Sans Frontières (MSF) tentent de reproduire un style et un niveau de qualité totalement occidentaux dans leurs pratiques infirmières. Certains centres ont des salles dédiées aux fistules où le personnel gagne en commodité et en efficacité en se concentrant sur la prise en charge de la fistule au quotidien. Dans d'autres centres, les patientes souffrant de fistules sont dispersées parmi les autres patientes des services de chirurgie générale.

Le personnel infirmier peut être affecté en permanence à la prise en charge de la fistule, ou être affecté par rotation à un service de fistules entre autres tâches cliniques. De nombreux centres ne fournissent des soins de la fistule que par le biais d'un modèle de « camp », où la prise en charge de la fistule est assurée lors de sessions de sensibilisation ciblées d'une à deux semaines qui prennent le pas sur les autres opérations cliniques de l'hôpital durant cette période. Certaines infirmières soignent les fistules par vocation, d'autres dans le cadre de leurs fonctions habituelles, et d'autres encore uniquement si elles reçoivent une rémunération supplémentaire. Certaines travaillent en étroite collaboration avec les chirurgiens de la fistule, tandis que d'autres travaillent de façon indépendante.

Cet énorme éventail de pratiques rend difficile l'application de directives ou de normes universelles régissant la prise en charge de la fistule. Ce chapitre mettra donc l'accent sur les principes sous-jacents de la prise en charge de la fistule, les outils que d'autres ont trouvé utiles et les moyens permettant d'évoluer.

Tout comme pour la chirurgie de la fistule, la prise en charge de la fistule est profondément enracinée dans la tradition sans toutefois disposer d'une base solide de preuves. Dans certains établissements, la gestion traditionnelle de la prise en charge peut remonter à 30 ou 40 ans. Le changement peut être très lent. Dans d'autres centres, la rotation du personnel peut signifier que le style de prise en charge de la fistule est en constante évolution.

Dans l'ensemble, de nombreuses infirmières n'ont été formées que dans un petit nombre d'éminents centres de soins de la fistule, ce qui signifie que les principes et pratiques de base varient d'un endroit à l'autre, tout comme pour les chirurgiens, dont bon nombre ont reçu leur formation initiale dans une poignée d'éminents centres dans le monde. En 2020, la tendance dominante est à l'adoption d'une prise en charge fondée sur des données probantes, et de nombreux principes traditionnels de prise en charge de la fistule ont été remis en question. Pour n'en citer que quelques-uns :

- **Alitement après l'intervention chirurgicale :** Au début des années 1990, la pratique dominante consistait à garder les femmes au lit jusqu'à ce que la sonde vésicale soit

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SOINS INFIRMIERS



Fistule obstétricale :

- Ne pas oublier les droits de la patiente à la dignité, à l'intimité et à l'exclusivité
- Employer les chemins cliniques
- Suivre les bonnes pratiques en matière de prévention :
 - Lavage des mains
 - Technique stérile
- En cas de rupture du système de drainage par cathéter, rincer la vessie avec un liquide stérile en employant une technique stérile
- Déambulation précoce
- Garder les poches à urine en dessous de la hauteur de la vessie
- Maintenir des lignes de communication ouvertes avec le chirurgien

retirée, ce qui signifie que certaines d'entre elles sont restées ainsi jusqu'à trois semaines, voire plus. De nos jours, la reconnaissance des avantages pour la santé générale de la déambulation précoce après l'intervention chirurgicale en a fait une pratique standard après la réparation de la fistule. La plupart des centres permettent aux femmes de se déplacer dès que les anesthésistes estiment que les effets de la rachianesthésie ont disparu. Les avantages comprennent la réduction du risque de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire et d'autres complications pulmonaires.

- **Matériaux de tamponnement vaginal exotiques :** Pendant de nombreuses années, le « pack d'acriflavine », composé de gaze imbibée d'un mystérieux mélange d'ingrédients dont la cire d'abeille, a représenté la norme en matière de soins. De nos jours, le tamponnement vaginal est conforme à la pratique gynécologique standard, certains praticiens utilisant une crème d'œstrogènes ou d'autres matériaux plus standard, et la plupart utilisant une simple gaze sèche.
- **Obligation de prendre des liquides par voie orale après une intervention chirurgicale :** Cette pratique subsiste dans certains centres. Une petite étude non publiée réalisée par le Dr Jonathan Karshima à Jos, au Nigeria, a réparti au hasard les femmes en deux groupes : l'un recevait des soins traditionnels où la prise orale était fortement encouragée, tandis que l'autre avait simplement un récipient plein d'eau potable à portée de main et permettait aux femmes de boire à souhait. Il n'a constaté aucune différence dans les taux d'infection, de blocage ou de rupture des cathéters entre les deux groupes. Certains médecins spécialistes des fistules soupçonnent que certains décès après une réparation de fistule sont dus à un gonflement du cerveau en raison d'une hyponatrémie liée à une surhydratation et d'un syndrome rare impliquant la sécrétion inappropriée d'une hormone antidiurétique chez les jeunes femmes après une chirurgie pelvienne (Stohl et coll, 2011). Si le fait d'obliger les patients à boire ne présente aucun avantage et que cette pratique peut entraîner une complication mortelle, même si elle est rare, alors pourquoi prendre le risque ?
- **L'hydratation par voie intraveineuse après une intervention chirurgicale :** Autrefois, les femmes recevaient pendant plusieurs jours des liquides par voie intraveineuse après l'intervention chirurgicale pour « maintenir un bon débit urinaire ». De nos jours, dans la plupart des centres, une petite quantité de liquide est administrée avant l'opération si le prestataire de services d'anesthésie le souhaite, afin de prévenir l'hypotension après une rachianesthésie. Une ligne est maintenue pendant et brièvement après l'intervention chirurgicale pour permettre l'accès aux médicaments d'urgence, mais la plupart retirent les canules après avoir reçu un litre de liquide par voie intraveineuse après l'intervention chirurgicale. Si une surhydratation peut (même si ce n'est que rarement) avoir des conséquences mortelles, et étant donné que les liquides par voie intraveineuse peuvent être l'un des articles les plus chers dans un centre de fistules, il est logique de réduire au minimum l'utilisation de liquides par voie intraveineuse à moins que la femme ne soit incapable de prendre des liquides par voie orale.

Un sourire,
un toucher
approprié et
l'écoute peuvent
tous être des
éléments
cruciaux
susceptibles
d'améliorer les
résultats

5.2 PRINCIPES FONDAMENTAUX

Des soins infirmiers de qualité pour les fistules sont enracinés dans de bons soins infirmiers généraux, qui reposent sur des soins respectueux et centrés sur la patiente. Les femmes atteintes de fistules ont été profondément stigmatisées et blessées sur le plan émotionnel. Leurs droits fondamentaux ont été violés. De façon générale, la guérison commence au moment où les prestataires de soins médicaux les accueillent et les traitent comme des êtres humains. Un sourire, un toucher approprié et l'écoute peuvent tous être des éléments cruciaux susceptibles d'améliorer les résultats (Delamou et coll, 2015).

Les infirmières doivent veiller à ce que les patientes se sentent bienvenues pour poser des questions et leur fournir les informations dont elles ont besoin pour prendre des décisions concernant leurs propres soins. Les meilleures infirmières se projettent dans la vie et la vision du monde de la patiente. Elles traitent les femmes avec dignité et donnent le meilleur d'elles-mêmes, quel que soit le contexte socio-économique, ethnique, culturel ou religieux de la cliente. Elles protègent l'intimité de leurs clientes et réduisent au minimum les atteintes à la pudeur des patientes (en les gardant aussi habillées et couvertes que possible, et ce, quelle que soit la situation clinique). Ces principes, de toute évidence, devraient s'appliquer également aux médecins et aux autres prestataires de soins de santé.

Les principes des soins infirmiers préopératoires dans le traitement des fistules sont simples. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans la préparation des clientes de la fistule pour maximiser les chances de succès de l'intervention chirurgicale. Elles jouent également le rôle de surveillantes vigilantes pour ces femmes et ces filles immédiatement après l'intervention chirurgicale. Lorsque des problèmes surviennent, les infirmières sont les premières à appeler pour une intervention rapide et à alerter le chirurgien concernant les problèmes nécessitant l'intervention d'un médecin.

La préparation de la patiente doit être axée sur quelques besoins précis et essentiels. La patiente comprend-elle ce qui doit être effectué ? L'a-t-on encouragée à poser des questions et y a-t-on apporté des réponses ? L'infirmière a-t-elle des inquiétudes quant à l'aptitude de la patiente à subir une intervention chirurgicale, dont le chirurgien doit être informé ?

Après une intervention chirurgicale, les infirmières doivent être pleinement conscientes de trois cas courants qui peuvent affecter l'issue de l'intervention, voire la survie de la patiente.

Tout d'abord, il y a les saignements. Bien que les saignements, qu'ils soient vaginaux, incisionnels ou urinaires, puissent survenir à n'importe quel moment de la période post-opératoire, les premières heures sont de loin le moment le plus approprié pour les observer. Mais à partir de quel moment un saignement est-il excessif ? Il s'agit d'un jugement que les infirmières établissent en concertation avec le chirurgien. Au lieu d'utiliser une terminologie subjective telle que « elle saigne beaucoup », il peut être utile d'utiliser des moyens plus objectifs pour décrire les saignements. Une méthode consiste simplement à utiliser une règle pour mesurer le diamètre d'une tache de sang sur les draps. De cette façon, l'infirmière peut consigner le constat qu'une tache de sang de 10 cm est devenue une tache de 30 cm en seulement 20 minutes. Ou qu'il existe une tache de 30 cm, mais que son diamètre est resté le même au cours de l'heure écoulée. D'autres infirmières ont utilisé un stylo pour dessiner un cercle autour de la zone sanglante sur les draps, puis ont fixé une heure à laquelle elles reviendraient pour voir de combien la zone a augmenté.

Si une infirmière craint que le saignement soit excessif, il est toujours bon d'obtenir rapidement une nouvelle série de signes vitaux. Ainsi, l'infirmière peut signaler au chirurgien que sa patiente ou son patient, qui est revenu(e) de l'intervention chirurgicale à 15 heures avec une tache de sang de 10 cm, en a maintenant une de 40 cm à 16 heures, et que son pouls est passé de 80 bpm à 115 bpm, tandis que sa pression artérielle systolique est passée de 100 mm/hg à 75 mm/hg. La description objective du degré d'hémorragie ainsi que les signes vitaux qui révèlent la réaction de la patiente à la perte de sang permettent de dresser un tableau beaucoup plus clair pour le chirurgien, qui doit alors décider s'il doit surveiller la patiente, remplacer le tampon vaginal, transfuser la patiente ou même retourner d'urgence en chirurgie pour trouver et arrêter le site de l'hémorragie.

● Lorsque des problèmes surviennent, les infirmières sont les premières à appeler pour une intervention rapide et à alerter le chirurgien concernant les problèmes nécessitant l'intervention d'un médecin

Les femmes qui ne présentaient pas de saignements menstruels avant l'intervention chirurgicale peuvent commencer à en avoir après celle-ci, ce qui prête à confusion. Il arrive qu'un canal cervical qui s'était fermé à la suite des lésions liées à une dystocie s'ouvre à nouveau lors de la réparation, et la femme peut perdre du sang qu'il est extrêmement difficile de distinguer d'une hémorragie postopératoire. La stabilité des signes vitaux peut être très rassurante et instructive pour le chirurgien/le soignant dans ce cas. De même, un examen des antécédents menstruels de la patiente peut révéler qu'elle devait avoir ses règles à peu près au moment de l'intervention chirurgicale.

La libre intervention ou non de l'infirmière en cas de saignement dépend des politiques élaborées entre l'infirmière et le médecin. L'intervention de première intention consiste à retirer le tampon vaginal et à le remplacer par un nouveau. Toutefois, cette intervention doit être autorisée par le chirurgien. Si le cas s'est avéré difficile, si une reconstruction vaginale a été effectuée ou si la fermeture était particulièrement ténue, il est essentiel que le chirurgien fasse part de ces circonstances particulières au personnel infirmier et qu'il soit immédiatement disposé et disponible pour effectuer le reconditionnement.

Il est également bon de passer en revue les médicaments de la patiente et d'arrêter ceux qui peuvent favoriser les saignements, les plus connus étant les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Deuxièmement, il y a l'obstruction du cathéter. Si le cathéter ne se vide pas, toute une série de conséquences peuvent survenir, aucune d'entre elles n'étant favorable. Une vessie distendue peut entraîner l'échec de la réparation de la fistule fraîche et doit donc être évitée à tout prix. Une vessie qui ne se vide pas peut être une source d'infection/sepsie, peut provoquer des changements au niveau des signes vitaux et entraîner une gêne importante, toutefois la rupture de la réparation demeure la principale préoccupation.

Il convient de se poser la question de l'obstruction du cathéter si :

- L'urine ne s'écoule pas dans la tubulure de cathéter ;
- La région sus-pubienne est distendue, sensible ou douloureuse ; ou
- La patiente commence à avoir des fuites d'urine, en gardant à l'esprit que la plupart des fuites autour du cathéter sont dues à une contraction indésirable de la vessie, et non à une défaillance de la réparation.

Si le cathéter ne se vide pas, il doit être immédiatement irrigué à l'aide d'une seringue munie d'un embout de cathéter et de solution saline stérile en utilisant des techniques stériles :

- l'irrigation peut devoir être assez forte pour déloger un caillot.
- Il faut utiliser au moins 20 à 30 ml de liquide à chaque perfusion.
- Le liquide peut parfois être injecté dans la vessie, mais il ne peut pas être aspiré à nouveau. Dans ce cas, il convient de ne pas utiliser plus de 100 ml de solution saline avant de contacter le chirurgien pour discuter des prochaines étapes, car cela peut exacerber la distension de la vessie.

- L'aspiration (aspirer le liquide en tirant sur le piston du cathéter) doit être effectuée vigoureusement en cas de présence de caillots.
- Si l'irrigation de la vessie ne permet pas de rétablir l'écoulement de l'urine et que la sonde semble toujours bloquée, l'infirmière doit alors se reporter au protocole de changement de la sonde ou contacter le chirurgien. En général, le changement de cathéter ne pose aucun problème, mais si une réparation ou une reconstruction de l'urètre a été effectuée, il convient probablement de laisser au chirurgien le soin de procéder au changement de cathéter.
- Les cathéters à gros calibre sont moins susceptibles de se bloquer que les petits. Les cathéters de grande taille (même 24F) ne sont pas vraiment plus inconfortables et ne présentent aucun danger pour un urètre normal. De plus petits cathéters sont utilisés lorsque l'urètre a été directement réparé.

Troisièmement, il y a la septicémie. Depuis fort longtemps, les infections urinaires sont reconnues comme l'une des principales causes de décès chez les patients hospitalisés (Melzer et Welch, 2013). Les mesures de prévention exigent de l'attention et des efforts :

- Le lavage des mains est l'élément fondamental de la prévention des infections (Di Muzio et autres, 2015) et doit être suivi scrupuleusement.
- De nombreux centres de traitement de la fistule ont commencé à utiliser le drainage ouvert des cathéters urinaires au moment où les ressources étaient désespérément limitées. Cependant, étant donné que le niveau de prise en charge de la fistule a augmenté, cette pratique est de plus en plus difficile à justifier. Les systèmes de drainage par cathéter doivent rester fermés à tout moment, sauf lorsque le cathéter est irrigué (Hsu, 2014).
- Le rinçage du cathéter doit être effectué dans des conditions stériles en utilisant un fluide stérile.

Toute personne travaillant dans des zones tropicales sait que la fièvre post-opératoire peut se révéler difficile à traiter. La patiente peut souffrir d'une infection postopératoire aiguë et potentiellement mortelle, ou bien elle peut être atteinte de paludisme ou d'autres maladies infectieuses tropicales (Gleckman et Roth, 1986). Cependant, même dans une zone impaludée, la fièvre doit être prise au sérieux, car les organismes multirésistants posent problème et les infections peuvent conduire au décès la patiente. Le personnel infirmier doit être informé du protocole institutionnel relatif à la fièvre postopératoire et agir en conséquence et rapidement en cas de fièvre.

5.3 UNE NOUVELLE APPROCHE : LES CHEMINS CLINIQUES

Le chemin clinique est l'un des outils les plus récents des soins infirmiers modernes. Il s'agit d'une carte qui détaille chaque tâche infirmière fournie à la patiente chaque jour, et ce, avant et après l'intervention chirurgicale. Même si cette approche peut sembler réglementée, de plus en plus de tâches de la médecine moderne sont régies par des listes de contrôle et des procédures afin de s'assurer que les tâches essentielles ne sont pas négligées. Le recours à des listes de contrôle et à des chemins permet de s'assurer que les soins prodigués aux clients sont fondés sur la recherche (Furuhata et coll, 2017) comme étant le meilleur moyen possible d'améliorer les résultats des clients.

- L'utilisation
- de listes de
- vérification et de
- chemins permet
- de s'assurer
- que les soins
- prodigués aux
- clients sont fondés
- sur la recherche

Un exemple de chemin pour la prise en charge de la fistule est fourni à l'annexe 4. Ce chemin a été élaboré par Mercy Ships pour les soins infirmiers préopératoires des patientes souffrant de fistules sur le navire-hôpital *Africa Mercy*. De toute évidence, un navire-hôpital occidental représente une extrémité du spectre des ressources, car il dispose d'une pharmacie complète, d'un laboratoire et d'autres ressources auxquelles de nombreux établissements n'ont pas accès. Ce chemin démontre toutefois le principe et l'utilité d'une telle approche relative à la normalisation des soins. Nous encourageons les lecteurs à télécharger et à modifier certains éléments du chemin pour les adapter à leurs propres établissements.

Il serait inutile et très probablement problématique d'insister pour harmoniser la prise en charge exactement en fonction des mesures énumérées dans les présentes. Toutefois, les soins infirmiers devraient être dispensés sur la base de preuves et non sur celle de considérations traditionnelles. L'évaluation et la réévaluation constantes de chaque principe peuvent permettre de définir les possibilités d'amélioration continue de l'innocuité, de la qualité et du rapport coût-efficacité, ainsi que de mettre l'accent sur les patientes dans le cadre des soins infirmiers.

Les soins infirmiers peuvent facilement être portés au niveau des normes modernes, même dans des environnements pauvres en ressources, en utilisant des outils tels que le chemin clinique avec professionnalisme et diligence. Les infirmières sont aux premières loges des soins de la fistule à chaque instant. La différence que représentent les soins infirmiers de qualité ne doit jamais être sous-estimée.

BIBLIOGRAPHIE

Delamou, A., M. Diallo, A. H. Beavogui et coll. 2015. « Good clinical outcomes from a 7-year holistic programme of fistula repair in Guinea (Bons résultats cliniques d'un programme holistique de réparation de fistules sur 7 ans en Guinée) ».

Tropical Medicine and International Health (Médecine tropicale et Santé internationale) 20(6) : 813-819. doi:10.1111/tmi.12489.

Di Muzio, M., V. Cammilletti, E. Petrelli et E. Di Simone. 2015. « Hand hygiene in preventing nosocomial infections: a nursing research (L'hygiène des mains dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales : une recherche en soins infirmiers) ». *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunitaa*. 27(2):485-491. doi:10.7416/ai.2015.2035.

Furuhata, H., Araki, K., Ogawa T., Ikeda M. 2017. « Effect on Completion of Clinical Pathway for Improving Clinical Indicator: Cases of Hospital Stay, Mortality Rate, and Comprehensive-Volume Ratio (Effet sur l'achèvement du cheminement clinique en vue de l'amélioration de l'indicateur clinique :

Cas de séjour à l'hôpital, taux de mortalité et rapport général-volume) ». *Journal of Medical Systems (Journal des systèmes médicaux)* 41(12):206. doi:10.1007/s10916-017-0857-6.

Gleckman, R. A., et R. M. Roth. 1986. « Fever following abdominal surgery. Unusual infectious causes (Fièvre suite à une chirurgie abdominale. Causes infectieuses inhabituelles) ». *Postgraduate Medical Journal (Journal médical postuniversitaire)* 79(2) : 287-294.

Hsu, V. 2014. « Prevention of health care-associated infections (Prévention des infections associées aux soins de santé) ». *American Family Physician*. 90(6) : 377-382.

Melzer, M., et C. Welch. 2013. « Outcomes in UK patients with hospital-acquired bacteraemia and the risk of catheter-associated urinary tract infections (Résultats chez les patients britanniques atteints de bactériémies contractées à l'hôpital et risque d'infections urinaires associées aux cathéters) ». *Postgraduate Medical Journal (Journal médical postuniversitaire)* 89(1052) : 329-334. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131393.

Mercy Ships. 2019. Chemin clinique postopératoire de la fistule obstétricale. https://globalfistulamap.org/files/OBF_pathway.pdf.

Mercy Ships. 2019. Chemin de la continuité post-opératoire de la fistule obstétricale. https://globalfistulamap.org/files/OBF_continuation_pathway.pdf.

Pashikanti, L., et D. Von Ah. 2012. « Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: an integrated review of literature (Impact du protocole de mobilisation précoce sur la population de patients hospitalisés en médecine-chirurgie : une revue intégrée de la littérature) ». *Infirmière clinicienne spécialisée* 26(2) : 87-94. doi:10.1097/NUR.0b013e31824590e6.

Stohl, H.E., R. Daher, F. Aguirre et C.C.G. Chen. 2011. « Seizure and mental status change after surgery for pelvic organ prolapse (Convulsions et modification de l'état mental après une intervention chirurgicale pour un prolapsus des organes pelviens) ». *International Urogynecology Journal (Journal international d'urogynécologie)* 22(11) : 1463-1465. doi:10.1007/s00192-011-1451-y.



PHYSIOTHÉRAPIE

Cette section traite de la physiothérapie¹² et de la rééducation physique chez les femmes et les filles souffrant de fistules obstétricales (ou génitales féminines). Elle vise à donner un aperçu aux personnes intervenant dans la prise en charge de la fistule et a été adaptée à partir d'un travail plus vaste élaboré par le projet Fistula Care Plus, avec le soutien d'EngenderHealth, de l'USAID et de Mama LLC (voir <http://themamas.world/training-guide>).

La physiothérapie est l'une des nombreuses disciplines qui relèvent des « services de réadaptation ». L'investissement dans des services de qualité permet de réduire au minimum le fardeau du handicap associé à un problème de santé. Il peut offrir plusieurs avantages en termes de coûts, notamment la diminution de la durée du séjour à l'hôpital, l'amélioration des résultats de santé à court et à long terme, la réduction du besoin de procédures médicales coûteuses ou de chirurgies répétées, et l'optimisation de la mobilité et de la capacité fonctionnelle, ce qui permet aux femmes de contribuer utilement (et financièrement) à la vie familiale et communautaire (Howard-Wilsher et coll, 2016).

6.1 LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ DES FEMMES

La Confédération mondiale de la physiothérapie est l'organe directeur mondial de la profession. Elle met en évidence le vaste rôle de la profession dans la restauration et le maintien de la mobilité, des capacités fonctionnelles ainsi que dans celui de l'indépendance. Elle met également l'accent sur le traitement de la personne dans son ensemble et pas seulement de la partie du corps symptomatique (Confédération mondiale de la physiothérapie, 2011 ; Organisation internationale des physiothérapeutes en santé des femmes, 2013). Les physiothérapeutes identifient et traitent les déficiences physiques et les limitations fonctionnelles associées à une maladie, une blessure ou un accident. Il peut s'agir d'une faiblesse musculaire, de tensions ou de contractures des articulations, des muscles et des tissus conjonctifs, de douleurs ou de difficultés à se déplacer ou à prendre soin de soi-même.

En présentant le rôle de la physiothérapie dans le contexte de la fistule du plancher pelvien et des soins liés à la maternité, il est important de comprendre la portée et la valeur du physiothérapeute en tant que membre à part entière de l'équipe soignante. Il peut s'agir du contexte de la prise en charge de la fistule exclusivement, du contexte plus large des soins gynécologiques et obstétriques, ou de la santé neurologique et musculo-squelettique générale. Les physiothérapeutes peuvent intervenir dans un large éventail de domaines, allant des services de bien-être et de prévention au traitement d'une blessure grave, en passant par le travail avec les personnes qui doivent désormais vivre avec un handicap permanent.

Les physiothérapeutes compétents assurent le bon fonctionnement des tissus sains. Par exemple, dans le cadre des soins prénataux, ils peuvent travailler à l'amélioration de la fonction des muscles pelviens et abdominaux, et s'occuper de la mobilité de la colonne vertébrale, des hanches et du pelvis pour faciliter le travail. Ils peuvent également

12 Cette section est rédigée par Jessica L. McKinney, PT, MS, CMPT, et Laura Keyser, DPT, MPH.

apprendre aux nouvelles mères à rééduquer leur propre corps après l'accouchement afin de retrouver leur force, de rétablir leurs fonctions et de prévenir les blessures.

Les physiothérapeutes compétents traitent également les blessures graves et chroniques. Dans le cas d'une fistule du plancher pelvien, il existe différents degrés de lésions tissulaires, allant d'une destruction légère à complète des nerfs, des muscles, des organes et des tissus conjonctifs. Dans ces cas, le physiothérapeute peut s'efforcer de rétablir une fonction totale ou partielle, ou proposer des stratégies de mouvement alternatives pour compenser l'altération de la fonction musculaire, articulaire ou tissulaire.

Dans le cas d'un handicap grave, un plan de soins en matière de physiothérapie peut améliorer le fonctionnement et la qualité de vie. La gestion du handicap peut inclure l'enseignement de stratégies de mouvement compensatoires, la formation à l'utilisation d'appareils d'assistance ou le travail avec les familles et les soignants pour leur apprendre les meilleures méthodes permettant de faciliter l'indépendance et de promouvoir l'inclusion dans la vie familiale et communautaire.

6.2 PHYSIOTHÉRAPIE PÉRI-OPÉRATOIRE POUR LES FEMMES SOUFFRANT DE FISTULES

La physiothérapie ou les soins basés sur la physiothérapie sont importants avant et après l'opération de la fistule

- Même s'il est souvent possible pour un chirurgien compétent de réparer la fistule, les lésions des muscles pelviens, des nerfs et des tissus conjonctifs nécessitent également une réadaptation pour permettre une récupération totale ou partielle des fonctions. C'est la raison pour laquelle la physiothérapie ou les soins basés sur la physiothérapie peuvent revêtir une telle importance avant et après une opération de la fistule. La recherche soutient le recours aux services de physiothérapie pour faire face aux diverses complications décrites ci-dessous. Elle suggère que l'investissement dans le cadre de l'élaboration de programmes en matière de physiothérapie permettra de réduire considérablement le fardeau du handicap (Hagen et autres, 2014 ; Burgio, 2013 ; Castille et coll, 2014 ; Castille et coll, 2015 ; Keyser et coll, 2014 ; Wolf, 2006).

6.2.1 Incontinence

Les femmes peuvent continuer à souffrir d'incontinence même après la réparation de la fistule, 15 à 33 % d'entre elles signalant une incontinence postopératoire au moment de leur sortie de l'hôpital. Selon les estimations, 12 à 31 % des femmes souffrant d'une fistule devront subir plus d'une intervention chirurgicale au cours de leur vie (Wall et coll, 2005 ; Wall et coll, 2004 ; Nardos et coll, 2009 ; Onsrud et coll, 2011 ; Holme et coll, 2007 ; Tebeu et coll, 2010 ; Kirschner et coll, 2012 ; Ghosh et Kwawukume, 1993). De plus, les taux de continence diminuent au fil du temps. Une fourchette de 45 à 100 % des femmes peuvent devenir incontinentes dans les années qui suivent la réparation de leur fistule (Drew et coll, 2016 ; Barone et coll, 2012 ; McFadden et coll, 2011 ; Murray et coll, 2002 ; Browning, 2004). Tous les facteurs contribuant à l'incontinence après une réparation de fistule ne sont pas compris, mais certaines études suggèrent que le tissu cicatriciel, notamment la fibrose de la paroi abdominale et du bassin et la sténose vaginale, est fortement associé à l'incontinence postopératoire (Nardos et coll, 2009 ; Roenneburg et coll, 2006 ; Goh et coll, 2008 ; Lopooso et coll, 2016).

6.2.2 Douleur pelvienne

La douleur pelvienne peut inclure une douleur ou une gêne au niveau de l'abdomen, du bassin, des hanches et/ou du bas du dos. Elle peut se manifester lors d'activités physiques, telles que la marche, le transport ou le levage, ou se produire lors de la miction, de l'évacuation des selles, de la stimulation sexuelle ou des rapports sexuels.

Il existe peu de recherches concernant les douleurs pelviennes chez les femmes souffrant de fistules. Selon certains rapports, les femmes victimes de violences sexuelles sont plus susceptibles de signaler des douleurs pelviennes, et les taux de violence sexuelle sont élevés dans certaines régions où la fistule est également courante, comme en République démocratique du Congo (Dossa et coll, 2014). Il est important de comprendre les circonstances dans lesquelles les femmes développent une fistule, afin qu'un programme de physiothérapie et de réadaptation puisse répondre à certaines de ces préoccupations supplémentaires.

6.2.3 Fonction sexuelle

La fonction sexuelle est complexe et comprend des facteurs tels que le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur. La recherche sur la fonction sexuelle des femmes souffrant d'une fistule est limitée, bien qu'il s'agisse d'un domaine qui suscite de plus en plus d'intérêt et de préoccupation aussi bien chez les professionnels de la santé que chez les femmes. Des études récentes indiquent que les femmes ayant subi une réparation sont plus susceptibles de se plaindre de douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie) et/ou de perte de désir. De nombreuses femmes ont également des difficultés à obtenir une pénétration vaginale en raison de la sténose et du raccourcissement du vagin (Turan et coll, 2007 ; Ankaku et coll, 2017 ; Amisi et Luendo, 2016 ; Bukabau, 2016 ; Esegbona et Isa, 2015 ; Pope et coll, 2018 ; Anzaku et coll, 2017).

6.2.4 Problèmes musculo-squelettiques

Les problèmes musculo-squelettiques peuvent inclure des limitations de l'amplitude articulaire des hanches, des genoux et/ou des chevilles, une faiblesse musculaire, une altération des sensations et des douleurs. Ils peuvent entraîner des problèmes de mobilité, tels que des difficultés à marcher et à réaliser les tâches quotidiennes. Les recherches concernant les problèmes musculo-squelettiques et de mobilité chez les femmes souffrant de fistules sont limitées. Certaines études révèlent que 20 à 30 % d'entre elles peuvent avoir le pied tombant, en raison des lésions nerveuses et de la faiblesse des jambes qui en résulte. La faiblesse et la diminution de l'amplitude des mouvements au niveau du genou et de la cheville peuvent être plus fréquentes chez les femmes souffrant d'une fistule, et elles sont également plus susceptibles de signaler des difficultés à marcher (Tennfjord et coll, 2014).

6.3 UN OUTIL INTERNATIONAL VISANT À ORIENTER LA PHYSIOTHÉRAPIE DES FEMMES SOUFFRANT DE FISTULES

La Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) fournit un cadre, (voir Figure 7), qui aide à comprendre que toute personne peut être confrontée à un problème de santé entraînant un certain niveau de handicap. Ce

● La recherche
● sur la fonction
● sexuelle des
● femmes souffrant
● d'une fistule est
● limitée, bien qu'il
● s'agisse d'un
● domaine qui
● suscite de plus en
● plus d'intérêt et
● de préoccupation
● aussi bien chez
● les professionnels
● de la santé que
● chez les femmes

handicap peut être permanent (à long terme) ou temporaire (à court terme). Le cadre normalise l'expérience du handicap comme une expérience humaine que nous pouvons tous vivre à un moment donné de notre vie. Il déplace l'accent de la cause de la maladie vers son impact sur la vie quotidienne d'une personne, et permet d'évaluer la santé et pas seulement la maladie, le traumatisme ou l'affection (OMS, 2002).

Ce cadre place chaque femme au centre des soins. Il favorise une approche d'équipe multidisciplinaire pour l'aider à atteindre le meilleur résultat de santé possible — son niveau de fonction le plus optimal (ibid.). Il peut être utilisé à des fins de collaboration et de partage ou de transfert des tâches (ibid.), ce qui est essentiel lorsqu'il n'existe pas suffisamment de physiothérapeutes qualifiés pour fournir un traitement individuel à chaque femme souffrant d'un problème de santé maternelle ou reproductive.

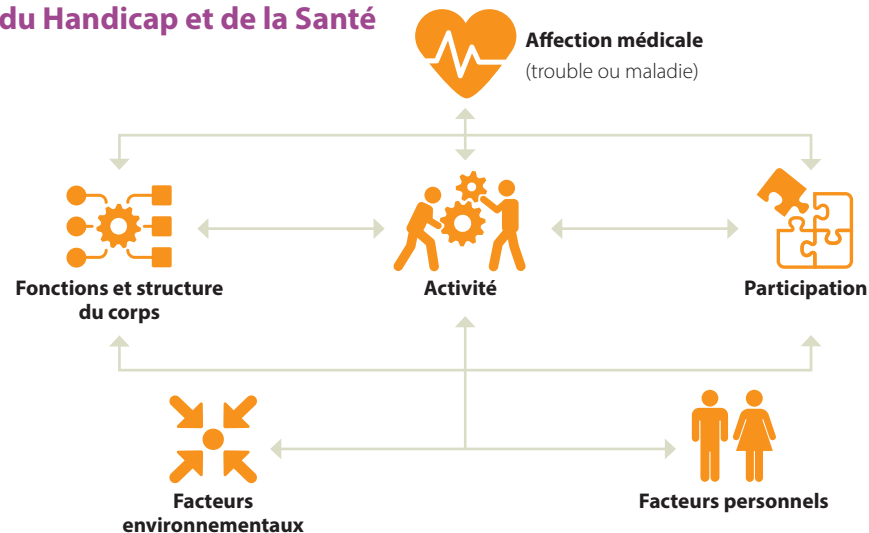
Certaines femmes peuvent avoir besoin d'une physiothérapie individuelle spécialisée, d'autres peuvent réussir dans un programme collectif

Étant donné que toutes les femmes souffrant d'une fistule ou d'un autre problème de santé maternelle n'auront pas besoin d'un traitement et de services identiques, le cadre aide les membres de l'équipe soignante à comprendre les besoins individuels. Par exemple, certaines femmes peuvent avoir besoin d'une physiothérapie spécialisée individuelle (en tête-à-tête). D'autres pourront suivre avec succès un cours de groupe offrant des informations sur la santé et formulant des conseils sur les moyens d'améliorer les activités fonctionnelles et la participation à la vie quotidienne. Certaines peuvent bénéficier des deux.

Le cadre permet également de comprendre comment une maladie, une affection ou une blessure a une incidence sur la façon dont un individu fonctionne dans la vie quotidienne et interagit avec le monde qui l'entoure, et comment son environnement influence son expérience de la maladie, de l'affection ou de la blessure. Il permet d'identifier les facteurs contextuels au sein de l'environnement et chez chaque individu — tant positifs que négatifs — qui ont une influence sur la santé, prédisent les besoins de traitement et orientent les résultats.

Le cadre identifie trois niveaux de fonction : le corps et ses structures (parties), la personne et sa capacité à effectuer des activités quotidiennes pour elle-même, et la personne dans un contexte social et sa capacité à interagir avec la famille et la communauté et à y participer. Voir Figure 7 et Tableau 1.

Figure 7 Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé



Promotion des soins centrés sur la femme à l'aide de la CIF

L'objectif principal de la chirurgie de la fistule est de fermer le trou et de rétablir la continence, de sorte que la femme souffrant d'une fistule ne perde pas continuellement son urine ou ses selles. L'objectif principal de la physiothérapie et de la réadaptation est d'identifier les facteurs physiques, tels que la faiblesse musculaire, l'incoordination et la diminution de la souplesse, et la façon dont ils ont une incidence sur la capacité d'une femme à fonctionner dans la vie quotidienne. La réadaptation exige que nous demandions à une femme ce qu'elle peut et ne peut pas faire pour elle-même, sa famille ou sa communauté, et quels sont ses objectifs personnels en matière de traitement. Nous pourrions lui demander :

À quoi ressemble le succès pour vous ? Quelles sont les activités relatives aux soins personnels, aux rôles au sein de la famille ou aux responsabilités communautaires que vous aimeriez être en mesure d'accomplir et pour lesquelles vous avez actuellement des difficultés ou ne pouvez assumer ?

Les réponses à ces questions permettront d'orienter le traitement de physiothérapie et aideront la patiente ainsi que le personnel soignant à savoir si le traitement a été efficace.

En identifiant les déficiences physiques et les limitations fonctionnelles précises, le traitement peut être adapté pour répondre aux besoins uniques et aux objectifs de chaque femme en matière de santé

Planification de la physiothérapie ou des soins basés sur la physiothérapie

Il est important de se rappeler que les techniques de traitement par physiothérapie et réadaptation traitent des problèmes fonctionnels. Elles ne s'attaquent pas *directement* à la fistule ou à la cause sous-jacente de la maladie. Les techniques de traitement par physiothérapie comprennent :

- les exercices des muscles du plancher pelvien visant à améliorer la force, la capacité fonctionnelle et la coordination des muscles blessés ou faibles ;
- les exercices d'étirement visant à améliorer la souplesse musculaire et la mobilité des hanches, du bassin et du dos ;
- les exercices fonctionnels permettant de se déplacer de façon autonome pour accomplir les soins personnels et les tâches quotidiennes ;
- la thérapie manuelle ou les techniques de massage visant à améliorer la mobilité et la fonction des tissus, y compris le massage des cicatrices ;
- l'éducation du patient sur l'anatomie et la fonction du plancher pelvien, l'entraînement de la vessie, le calendrier des fluides et l'hydratation ;
- les mesures d'adaptation en cas de handicap persistant, notamment la gestion de l'incontinence au moyen de sous-vêtements ou de serviettes absorbantes, des dispositifs d'aide à la mobilité (déambulateurs, béquilles, fauteuils roulants, etc.) et d'autres équipements adaptés, le cas échéant ;

Le cadre offert par la CIF permet aux professionnels de la santé d'identifier les facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être d'une femme au-delà de son diagnostic médical. Nous recommandons de recourir à ce cadre afin d'orienter le traitement par

physiothérapie et réadaptation de toute femme souffrant d'un problème de santé pelvienne. En identifiant les déficiences physiques et les limitations fonctionnelles précises, le traitement peut être adapté pour répondre aux besoins uniques et aux objectifs de chaque femme en matière de santé.

Une approche réfléchie de la réadaptation peut donner à une femme les moyens de rechercher et de comprendre les informations relatives à la santé et d'agir pour la santé, pour elle-même, sa famille et sa communauté (Paterick et autres, 2017). Cela contribue à restaurer la capacité d'agir d'une femme, c'est-à-dire le sentiment qu'elle a le contrôle de son propre corps et de ce qui lui arrive (Moore, 2016). Cela peut être particulièrement important pour les femmes qui ont subi les traumatismes physiques et psychologiques qui accompagnent la dystocie ; la mortinaissance ; les procédures médicales désagréables, dangereuses ou non désirées dans les cliniques de santé traditionnelles ou mal équipées ; ou le sexe et/ou le mariage forcé, entre autres.

BIBLIOGRAPHIE

Amisi, C. N., M. Luendo and the International Society of Obstetric Fistula Surgeons (M. Luendo et la Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale). 2016. *Les Défis Que Rencontrent Les Femmes Réparées Des FUG-DB : Cas de Kongolo et Kabalo En RDC (Challenges Faced by Women Repaired by FUG-DB: Case of Kongolo and Kabalo in the DRC)* Research from Panzi Hospital Staff, Bukavu, Democratic Republic of the Congo (Recherche du personnel de l'hôpital de Panzi, à Bukavu, République démocratique du Congo).

Ankaku, A. S., S. J. Lengmang, S. Mikah, S. N. Shephard et B. E. Edem. 2017. « Sexual life among Nigerian women following successful fistula repair (La vie sexuelle chez les femmes nigérianes après une réparation réussie de la fistule) ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 137(1): 67-71.

Barone, M. A., V. Frajzyngier, J. Ruminjo et coll. 2012. « Determinants of postoperative outcomes of female genital fistula repair surgery (Déterminants des résultats postopératoires de la chirurgie de réparation des fistules génitales chez la femme) ». *Obstetrics & Gynecology (Obstétrique et gynécologie)* 120(3) : 524-531. doi:10.1097/AOG.0b013e31826579e8 [doi].

Browning, A. 2004. « Prevention of residual urinary incontinence following successful repair of obstetric vesico-vaginal fistula using a fibro-muscular sling (Prévention de l'incontinence urinaire résiduelle après une réparation réussie d'une fistule obstétricale vésico-vaginale à l'aide d'une bandelette fibro-musculaire) ». *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Une revue internationale d'obstétrique et de gynécologie)* 111(4) : 357-361.

Bukabau, B. R. and the International Society of Obstetric Fistula Surgeons (Bukabau, B. R. et la Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale). 2016. *Impact de Le Fistule Sur La Vie Sexuelle Des Femmes – Hôpital Saint Joseph, Kinshasa, Démocratique République Du Congo (The Impact of Fistula on Women's Sexual Life; St. Joseph's Hospital, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo)*.

Burgio, K. L. 2013. « Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training (Mise à jour sur les thérapies comportementales et physiques de l'incontinence et de l'hyperactivité vésicale : le rôle de l'entraînement des muscles du plancher pelvien) ». *Current Urology Reports (Rapports d'urologie actuels)* 14(5) : 457-464.

Castille, Y. J., A. Avocetien, D. Zaongo, J. M. Colas, J. O. Peabody et C. H. Rochat. 2014. « Impact of a program of physiotherapy and health education on the outcome of obstetric fistula surgery (Impact d'un programme de physiothérapie et d'éducation sanitaire à l'issue d'une chirurgie de la fistule obstétricale) ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 124(1): 77-80.

Castille, Y. J., A. Avocetien, D. Zaongo, J. M. Colas, J. O. Peabody et C. H. Rochat. 2015. « One-year follow-up of women who participated in a physiotherapy and health education program before and after obstetric fistula surgery (Suivi sur un an de femmes ayant participé à un programme de physiothérapie et d'éducation sanitaire avant et après une chirurgie de fistule obstétricale) ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 128(3): 264-266. doi:10.1016/j.ijgo.2014.09.028.

Dossa, N. I., M. V. Zunzunegui, M. Hatem et W. Fraser. 2014. « Fistula and Other Adverse Reproductive Health Outcomes among Women Victims of Conflict-Related Sexual Violence: A Population-Based Cross-Sectional Study (Fistule et autres résultats défavorables en matière de santé reproductive chez les femmes victimes de violences sexuelles liées à un conflit : une étude transversale basée sur la population) ». *Birth (naissance)* 41(1) : 5-13.

Drew, L. B., J. P. Wilkinson, W. Nundwe, et coll. 2016. « Long-term outcomes for women after obstetric fistula repair in Lilongwe, Malawi: a qualitative study (Résultats à long terme chez les femmes ayant subi une réparation de fistule obstétricale à Lilongwe, au Malawi : une étude qualitative) ». *BMC Pregnancy Childbirth* 16(1) : 1.

Esegbona, G., et M. Isa. 2015. « Learning from the 1st Obstetric Fistula Patients Conference – How to Improve Quality of Care (Les enseignements tirés de la première conférence consacrée aux patientes souffrant de fistules obstétricales : comment améliorer la qualité des soins) ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 131(Suppl 5) : E157.

Ghosh, T. S., et E. Y. Kwawukume. 1993. « A new method of achieving total continence in vesico-urethro-vaginal fistula (circumferential fistula) with total urethral destruction – surgical technique (Une nouvelle méthode permettant d'obtenir une continence totale en cas de fistule vésico-urétrale-vaginale (fistule circonferentielle) avec destruction totale de l'urètre – technique chirurgicale) ». *West African Journal of Medicine (Journal de médecine de l'Afrique de l'Ouest)* 12(3) : 141-143.

Goh, J.T.W., A. Browning, B. Berhan et A. Chang. 2008. « Predicting the risk of failure of closure of obstetric fistula and residual urinary incontinence using a classification system (Prévision du risque d'échec lors de la fermeture d'une fistule obstétricale et d'incontinence urinaire résiduelle à l'aide d'un système de classification) ». *International Urogynecology Journal (Journal international d'urogynécologie)* 19(12) : 1659-1662.

Hagen, S., D. Stark, C. Glazener, et coll. 2014. « Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial (Entraînement individualisé des muscles du plancher pelvien chez les femmes souffrant d'un prolapsus des organes pelviens (POPPY) : un essai contrôlé, randomisé et multicentrique) ». *The Lancet* 383(9919) : 796-806. doi:10.1016/S0140-6736(13)61977-7.

Holme, A., M. Breen et C. MacArthur. 2007. « Obstetric fistulae: a study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia (Fistules obstétricales : étude des femmes prises en charge au Monze Mission Hospital, en Zambie) ». *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Une revue internationale d'obstétrique et de gynécologie)* 114(8) : 1010-1017.

Howard-Wilsher, S., L. Irvine, H. Fan H, et coll. 2016. « Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation (Aperçu systématique des évaluations économiques de la réadaptation liée à la santé) ». *Disability and Health Journal (Journal du handicap et de la santé)* 9(1) : 11-25.

International Organization of Physical Therapists in Women's Health (Organisation internationale des kinésithérapeutes pour la santé des femmes). 2013. *Scope of Practice (Portée de la pratique)*.

Keyser, L., J. McKinney, C. Salmon, C. Furaha, R. Kinsindja et N. Benfield. 2014. « Analysis of a pilot program to implement physical therapy for women with gynecologic fistula in the Democratic Republic of Congo (Analyse d'un programme pilote de mise en œuvre de la kinésithérapie pour les femmes souffrant de fistules gynécologiques en République démocratique du Congo) ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics (Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique)* 127(2) : 127-131.

Kirschner, C. V., K. J. Yost, H. Du, J. A. Karshima, S. D. Arrowsmith et L. L. Wall. 2010. « Obstetric fistula: the ECWA Evangel VVF Center surgical experience from Jos, Nigeria (Fistule obstétricale : l'expérience chirurgicale du centre ECWA Evangel VVF de Jos, au Nigeria) ». *International Urogynecology Journal (Journal international d'urogynécologie)* 21(12) : 1525-1533.

Loposso, M., L. Hakim, J. Ndundu, S. Lufuma, A. Punga et D. Ridder. 2016. « Predictors of recurrence and successful treatment following obstetric fistula surgery (Facteurs prédictifs de récurrence et de réussite du traitement après une chirurgie de la fistule obstétricale) ». *Urology (urologie)* 97 : 80-85.

McFadden, E., S. J. Taleski, A. Bocking, R. F. Spitzer et H. Mabeya. 2011. « Retrospective review of predisposing factors and surgical outcomes in obstetric fistula patients at a single teaching hospital in Western Kenya (Examen rétrospectif des facteurs prédisposants et des résultats chirurgicaux chez les patientes souffrant de fistules obstétricales dans un seul hôpital universitaire de l'ouest du Kenya) ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (Revue canadienne d'obstétrique et de gynécologie)* 33(1) : 30-35.

Moore, J. W. 2016. « What is the sense of agency and why does it matter? (Qu'est-ce que la capacité d'agir et pourquoi est-elle important ?) » *Frontiers in Psychology (Limites de la psychologie)* 7(août) : 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2016.01272.

Murray, C., J. T. Goh, M. Fynes et M. P. Carey. 2002. « Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric genital fistula (Incontinence urinaire et fécale après une réparation primaire différée d'une fistule génitale obstétricale) ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Une revue internationale d'obstétrique et de gynécologie)* 109(7) : 828-832.

Nardos, R., A. Browning et C.C.G. Chen. 2009. « Risk factors that predict failure after vaginal repair of obstetric vesicovaginal fistulae (Facteurs de risque qui prédisent l'échec après réparation vaginale des fistules vésicovaginales obstétricales) ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology (Revue américaine d'obstétrique et de gynécologie)* 200(5) : 578. e4.

Onsrud, M., S. Sjoveian, D. Mukwege. 2011. « Cesarean delivery-related fistulae in the Democratic Republic of Congo (Fistules liées à l'accouchement par césarienne dans la République démocratique du Congo) ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 114(1): 10-14. doi:10.1016/j.ijgo.2011.01.018 [doi].

Paterick, T., N. Patel, J. Tajik et K. Chandrasekaran. 2017. « [Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients \(Améliorer les résultats en matière de santé grâce à l'éducation des patients et aux partenariats avec les patients\)](#). » *Proc (Centre médical universitaire Baylor)* 30(1) : 112-113.

Pope, R., P. Ganesh, C. Chalamanda, W. Nundwe et J. Wilkinson. 2018. « Sexual Function

Before and After Vesicovaginal Fistula Repair (Fonction sexuelle avant et après la réparation de la fistule vésicovaginale) ». *Le journal de la médecine sexuelle* 15(8): 1125-1132. doi:10.1016/j.jsxm.2018.06.006.

Roenneburg, M. L., R. Genadry et C. R. Wheelless. 2006. « Repair of obstetric vesicovaginal fistulas in Africa (Réparation des fistules vésicovaginales obstétricales en Afrique) ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology (Revue américaine d'obstétrique et de gynécologie)* 195(6) : 1748-1752.

Tebeu, P., J. Fomulu, A. Mbassi, J. Tcheliébou, A. Doh et C. Rochat. 2010. « Quality care in vesico-vaginal obstetric fistula: case series report from the regional hospital of Maroua-Cameroon 2010 (Qualité des soins en cas de fistule obstétricale vésicovaginale : rapport de série de cas à l'hôpital régional de Maroua-Cameroun) ». *Journal médical panafricain* 5(1).

Tennfjord, M. K., M. Muleta et T. Kiserud. 2014. « Musculoskeletal sequelae in patients with obstetric fistula – a case-control study (Séquelles musculo-squelettiques chez les patientes atteintes de fistule obstétricale – une étude cas-témoins) ». *BMC Women's Health* 14 : 136. doi:10.1186/s12905-014-0136-3.

Turan, J. M., K. Johnson et M. L. Polan. 2007. « Experiences of women seeking medical care for obstetric fistula in Eritrea: Implications for prevention, treatment, and social reintegration (Expériences des femmes cherchant à obtenir des soins médicaux pour une fistule obstétricale en Érythrée : implications en matière de prévention, de traitement et de réinsertion sociale) ». *Santé publique mondiale* 2(1) : 64-77.

Wall, L. L., S. D. Arrowsmith, N. D. Briggs, A. Browning et A. Lassey. 2005. « The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world (La fistule obstétricale vésicovaginale dans le monde en plein essor) ». *Étude obstétrique et gynécologique* 60(7 Suppl 1) : S51. doi:00006254-200507001-00002 [pii].

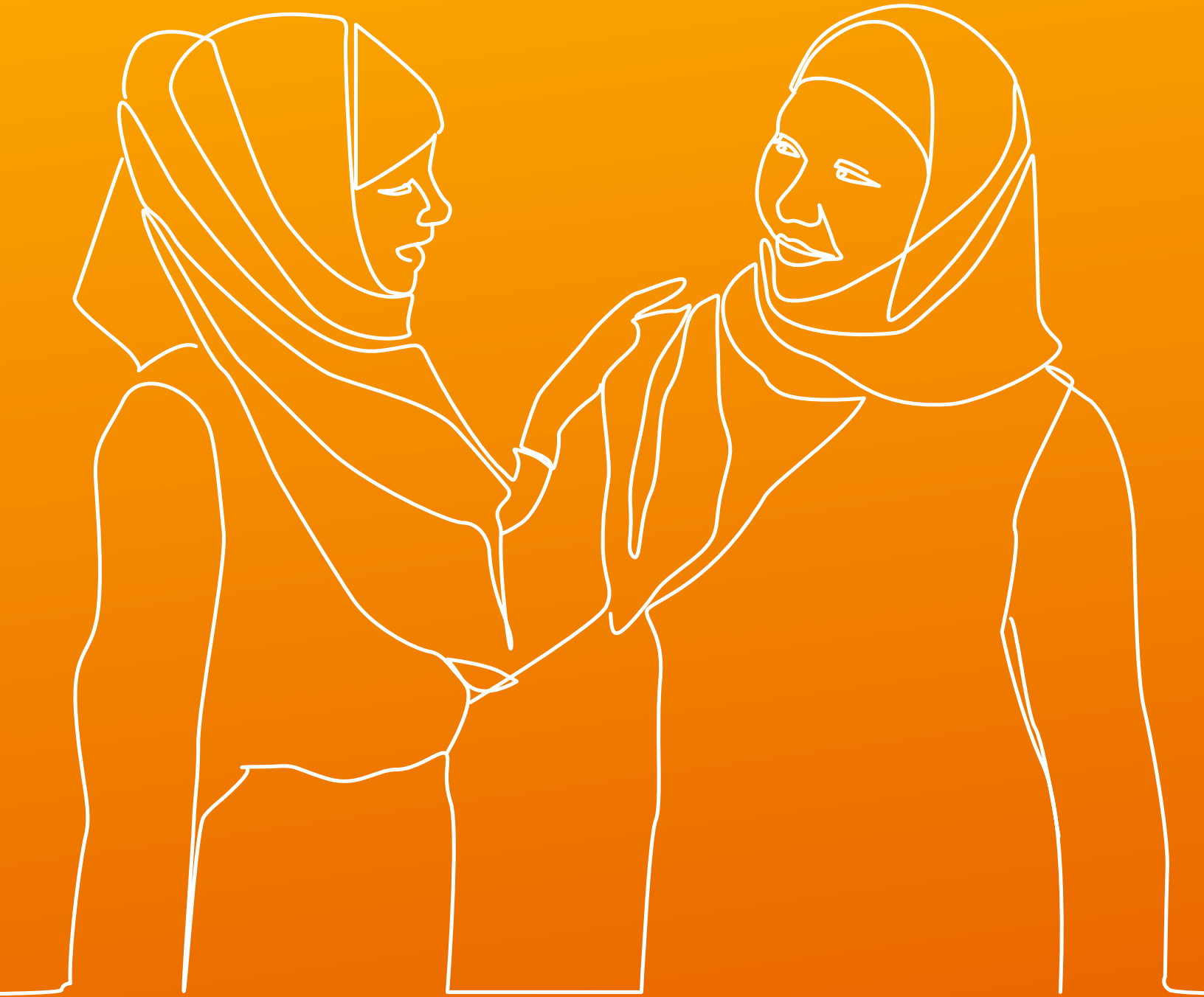
Wall, L. L., J. A. Karshima, C. Kirschner, S. D. Arrowsmith. 2004. « The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria (La fistule obstétricale vésicovaginale : caractéristiques de 899 patientes de Jos, au Nigeria) ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology (Revue américaine d'obstétrique et de gynécologie)* 190(4) : 1011-1016.

Wolf, J. K. 2006. « Prevention and treatment of vaginal stenosis resulting from pelvic radiation therapy (Prévention et traitement de la sténose vaginale résultant de la radiothérapie pelvienne) ». *Oncologie communautaire* 3(10): 665-671.

Confédération mondiale de la physiothérapie. 2011. « Policy Statement: Description of Physical Therapy (Déclaration de principe : description de la physiothérapie) ».

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2002. « Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF (Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé CIF) ». Genève. doi:WHO/EIP/GPE/CAS/01.3.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). « [Disability Assessment Schedule \(Programme d'évaluation des handicaps\) \(WHODAS 2.0\)](#) ».



PRINCIPES DE RÉINSERTION SOCIALE ET DE RÉADAPTATION APRÈS UNE RÉPARATION DE FISTULE OBSTÉTRICALE

Depuis longtemps, la réinsertion sociale et la réadaptation sont considérées comme des besoins importants pour les femmes atteintes d'une fistule. Les principes d'excellence des soins dans ces domaines ont résisté à l'épreuve du temps. Des exemples tirés de la littérature et des études universitaires sans cesse croissantes sur l'insertion sociale figurent dans une liste de lecture à la fin de ce chapitre.

Ces programmes sont toutefois confrontés à de nouveaux défis, découlant de la pression financière. De tout temps, il a fallu opérer des choix difficiles entre les besoins en matière d'épidémiologie de la fistule, de sensibilisation, de traitement, de prévention et de réinsertion. De nos jours, les financements à tous les niveaux semblent limités, il est donc de plus en plus difficile d'attribuer une valeur relative à chacun de ces domaines lors de la budgétisation des soins de la fistule. La fistule figure depuis toujours parmi les nombreuses affections chroniques négligées, dont chacune est en droit de se voir accorder soutien et attention. Toutefois, les ressources sont de plus en plus difficiles à obtenir. L'attention internationale varie au gré des causes individuelles, comme celle de la fistule, qui ont une certaine importance dans les médias et dans la conscience publique. Il n'existe pas de réponse facile. Les femmes ont le droit d'éviter totalement la fistule, mais si elle se produit, elles ont droit à des soins complets, parmi lesquels doit figurer la réinsertion.

Nous devons mettre l'accent sur la mesure, en tenant compte des nombreuses questions relatives à l'épidémiologie. Un autre besoin important est l'établissement et l'utilisation de résultats fonctionnels et ceux signalés par les patients. Ce travail est en cours, et une mesure validée en vue de l'évaluation de la réinsertion a été élaborée (El Ayadi et coll, 2017). Les mesures relatives à la réinsertion sociale ont également commencé à améliorer les perspectives à plus long terme sur les résultats cliniques des années après la réparation, même s'il reste nécessaire de recueillir davantage de preuves quant aux méthodes efficaces et durables.

7.1 CONTEXTE

Dans les pays qui enregistrent des cas de fistule, des médecins et des infirmières dévoués s'efforcent depuis des décennies de fournir aux jeunes filles et aux femmes un traitement (y compris des réparations). Cependant, la réinsertion des survivantes de la fistule n'occupe pas une place aussi importante dans les programmes de lutte contre la fistule. Depuis la première édition de ce manuel en 2006, la prise de conscience de la nécessité d'une réinsertion fondée sur des preuves a pris de l'ampleur, de même que la disponibilité des programmes de réinsertion. Certes, les preuves restent largement anecdotiques, mais la plupart des personnes s'accordent à dire que les femmes qui sont complètement guéries après la réparation, et en particulier celles qui n'ont pas vécu avec une fistule pendant une longue période avant la

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉINSERTION SOCIALE

- **Rechercher en dehors de l'hôpital les possibilités de partenariat avec les ONG/la société civile/ les organisations professionnelles, les programmes gouvernementaux**
- **Assurer le suivi des résultats et rendre publique l'expérience**
- **Explorer les outils permettant de déterminer qui bénéficie de la réinsertion sociale et ne nécessite pas d'aide**
- **Encourager les femmes à participer aux décisions d'intervention. Quels sont les besoins sociaux dont elles ont conscience ? Comment les programmes disponibles peuvent-ils les aider ?**

réparation, sont susceptibles de se réintégrer plus facilement dans leur communauté que les femmes qui présentent encore des fuites urinaires et/ou fécales après la réparation (en raison d'une incontinence ou d'un échec de la réparation). Les femmes qui ne cessent d'avoir des fuites peuvent être confrontées à des problèmes importants, car elles sont considérées comme impures ou maudites. Lorsqu'elles sont écartées des possibilités de générer des revenus, elles peuvent connaître des difficultés économiques.

Les interventions actuelles relatives à la réinsertion comprennent généralement des conseils en matière de santé, des articles de première nécessité tels que des vêtements neufs, une formation en alphabétisation de base et en compétences génératrices de revenus, et parfois une petite somme d'argent. D'autres éléments peuvent comprendre des informations relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (y compris la planification familiale et les soins de santé maternelle et néonatale), la facilitation de l'accès aux mécanismes de financement tels que les prêts de microcrédit, et l'insertion des survivantes de la fistule dans les groupes de soutien ou d'autonomisation des femmes existants.

Les stratégies doivent apporter aux femmes un soutien tant sur le plan émotionnel que psychologique et économique. Les interventions doivent être fondées, avant tout, sur une compréhension des réalités de la vie après une opération, afin que les femmes et les filles reçoivent une aide significative pour retrouver une vie digne. Une approche multisectorielle aide les femmes à gérer leurs relations interpersonnelles et à tirer parti des ressources et du soutien disponibles dans leurs réseaux sociaux. De même que pour tous les autres aspects liés aux soins de la fistule, les variations socioculturelles qui influencent les expériences des femmes en matière de fistule et de réinsertion doivent être prises en compte.

Les interventions doivent être fondées, avant tout, sur une compréhension des réalités de la vie après une opération, afin que les femmes et les filles reçoivent une aide significative pour retrouver une vie digne

7.2 LES LIMITES DES INFORMATIONS ACTUELLES CONCERNANT LES STRATÉGIES DE RÉINSERTION

Comme pour de nombreux autres aspects de la fistule obstétricale, il n'existe pas suffisamment d'informations en ce qui concerne les stratégies de réinsertion réussies, et les expériences de ces programmes sont rares étant donné les ressources limitées et le petit nombre de personnes travaillant sur les besoins à long terme des survivantes. Néanmoins, des progrès sont constamment réalisés.

Les centres et hôpitaux existants qui pratiquent la réparation des fistules ne disposent que de ressources limitées pour les tâches non cliniques. Le personnel dispose de peu de temps pour recueillir des informations auprès des femmes en ce qui concerne leurs besoins psychosociaux et pour mener à bien des programmes de réinsertion. Étant donné que les interventions sont susceptibles de nécessiter un personnel spécialement formé dont le temps est exclusivement alloué à ces efforts – une denrée rare dans les établissements de santé aux ressources limitées – il est de plus en plus évident que l'expertise pour une bonne programmation de la réinsertion ne réside pas forcément dans le personnel d'un hôpital/établissement de santé. Cependant, un nombre croissant d'organisations et de programmes (tant dans le secteur public que dans le secteur privé) proposent des services sociaux potentiellement disponibles pour fournir des services en matière de réinsertion. Il est possible de trouver des partenaires dans des organisations dont le mandat est plus vaste que celui de la seule fistule, par exemple dans le cadre de programmes visant la santé maternelle ou même le développement en général. La diminution des ressources consacrées aux programmes de lutte contre la fistule, quels qu'ils soient, souligne la nécessité de trouver de nouvelles sources d'aide.

Le temps et les dépenses nécessaires pour recueillir des informations sur les femmes une fois qu'elles ont quitté l'établissement constituent une contrainte supplémentaire qui limite la collecte de données sur la valeur des programmes d'insertion. Les femmes peuvent parcourir jusqu'à 1 000 kilomètres pour obtenir des soins. Une fois guéries, elles retournent bien souvent dans des villages éloignés situés dans des régions reculées, ce qui rend le suivi extrêmement difficile. La technologie des téléphones portables a facilité la communication dans une certaine mesure, permettant ainsi à certains programmes de réussir à garder le contact avec les clients.

En raison des tabous entourant la fistule, il peut s'avérer très difficile pour de nombreuses filles et femmes, en particulier celles qui ne sont pas guéries, de rentrer chez elles. Cela complique également la collecte d'informations de suivi. Les survivantes peuvent avoir été contraintes de fuir leur village lorsqu'elles ont eu leur première fistule. Même lorsqu'elles guérissent, les gens peuvent se montrer réticents à les accueillir à nouveau, et les femmes elles-mêmes peuvent être indécises quant à leur retour.

Utilisation des données provenant des établissements de santé

Si les données provenant des hôpitaux/établissements de santé peuvent être utiles, elles ne donnent généralement que des informations sur les filles et les femmes avant leur réparation et non sur leurs expériences après leur retour chez elles. Rares sont les cas où les femmes viennent pour des examens de suivi ou ceux dans lesquels des mesures explicites sont prises pour retrouver les femmes après la réparation.

En interprétant les informations collectées chez des filles et des femmes qui ont réussi à se rendre dans un établissement de santé pour une réparation, il est important de se rappeler que ces dernières peuvent être mieux nanties que les autres personnes vivant avec une fistule. Elles ont réussi à obtenir les ressources financières et personnelles nécessaires pour se rendre à l'hôpital, ce qui, en soi, est une réussite majeure étant donné la pauvreté et l'isolement auxquels sont confrontées de nombreuses femmes et filles vivant avec une fistule. Il est également possible que les filles et les femmes qui arrivent à l'hôpital aient davantage de problèmes physiques ou sociaux qui les ont poussées à demander de l'aide.

Les informations basées sur les rapports anecdotiques de ceux qui travaillent avec de nombreuses patientes révèlent ce qui suit :

- les femmes dont la réparation est réussie et qui ne présentent plus de fuites peuvent être en mesure de se réinsérer dans leur foyer. Selon l'expérience des prestataires et des défenseurs en Éthiopie, au Nigeria et en République-Unie de Tanzanie (Pope et al., 2011), les femmes totalement guéries peuvent souvent se réinsérer et poursuivre leur vie, y compris se remarier et avoir d'autres grossesses. D'autres personnes ont toutefois noté que cette situation n'est peut-être pas universelle. En effet, une enquête menée auprès de 170 femmes traitées pour une fistule dans l'ouest du Kenya a révélé que, même si la plupart étaient bien acceptées par leur famille, 7 sur 10 n'étaient impliquées dans aucune forme d'activité génératrice de revenus au cours de la première année suivant le traitement. (Mohamed, 2014) Parmi les trois personnes rencontrées impliquées dans des petits commerces pendant cette période, une seule a fait état d'un succès significatif. Parmi les facteurs qui ont été évoqués au cours de cette discussion figurent le manque de confiance en soi pour gérer efficacement l'entreprise, la peur latente d'une récurrence de la fistule au cas où elles s'impliqueraient activement dans des activités extérieures, une

● En raison des tabous entourant la fistule, il peut s'avérer très difficile pour de nombreuses filles et femmes, en particulier celles qui ne sont pas guéries, de rentrer chez elles

faible estime de soi et la frustration des clients qui avaient du mal à croire que les clients étaient guéris. Cette tendance semble changer dans les régions où les interventions ciblent à la fois la famille de la cliente et la communauté.

- Un établissement en République-Unie de Tanzanie a constaté que les femmes qui viennent pour un suivi postopératoire à long terme ont tendance à être celles qui ont des problèmes plus chroniques comme une incontinence sévère. Les femmes qui ont subi une réparation de fistule réussie, mais continuent à présenter des fuites à cause de l'incontinence (qui peut être aussi problématique pour la femme que la fistule elle-même) ont du mal à se réinsérer avec succès puisqu'elles ont toujours des fuites. Cependant, les femmes présentant des symptômes à long terme identifient et emploient aussi généralement des stratégies d'adaptation. Dans un groupe de femmes en Ouganda (El Ayadi et autres, 2017), il a été constaté que la qualité de vie en fonction de la durée de la fistule suivait une forme en « J », où les femmes qui avaient récemment développé une fistule et celles qui l'avaient depuis plus de cinq ans faisaient état d'une meilleure qualité de vie que les femmes qui vivaient avec une fistule depuis un à cinq ans. Il faudrait peut-être réfléchir à une meilleure prise en charge des femmes dont l'incontinence n'est pas résolue par la chirurgie.
- De nombreuses femmes continuent à vivre à peu près dans la même situation qu'avant la réparation de la fistule, soutenues par des amis ou des parents, mais sans se remarier. C'est particulièrement le cas s'il existe également une sténose vaginale sévère (Pope et al., 2018)

Si une réparation réussie peut très bien conduire à une transition/réinsertion en douceur une fois retournées chez elles, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les défis spécifiques liés à la qualité de vie et au degré de réinsertion. Le moins que l'on puisse dire est que de nombreuses filles et femmes sont extrêmement pauvres. Celles présentant une fistule sont extrêmement vulnérables, tant sur le plan économique que social, en raison de leurs conditions de vie précaires et des coûts associés à la recherche d'un traitement ou d'une réparation. Malheureusement, les personnes atteintes de fistules sont loin d'être les seules femmes dont la vie est affectée par la pauvreté.

7.3 PRINCIPES RELATIFS AUX PROGRAMMES DE RÉINSERTION

Des organismes tels que le Groupe de travail international sur la fistule obstétricale ont fourni un cadre aux experts pour commencer à travailler à un consensus sur la réinsertion des survivantes de la fistule. Lors de la réunion du groupe au Népal en 2018, les membres ont convenu de manière générale de veiller à ce que les programmes de réinsertion disponibles adoptent une approche large, intégrant tous les besoins, tout en répondant aux situations individuelles des femmes.

7.3.1 Conception du programme : les filles et les femmes atteintes d'une fistule sont différentes les unes des autres

Les filles et les femmes atteintes de fistule peuvent avoir un certain nombre d'expériences en commun, mais sont également différentes à bien des égards. Les stratégies de réinsertion doivent prendre en compte les différences telles que les besoins variables en matière de soutien familial et social, de moyens de subsistance et de génération de revenus, d'éducation et de formation.

Les femmes présentant une fistule sont extrêmement vulnérables, tant sur le plan économique que social, en raison de leurs conditions de vie précaires et des coûts associés à la recherche d'un traitement ou d'une réparation

Les expériences de réinsertion peuvent être considérablement influencées par les expériences vécues avant la réparation d'une fistule. Le degré d'isolement ou de stigmatisation pourrait influencer ce qui se passe même après une réparation, et même si la fille ou la femme est sèche. Au nombre des variables possibles figurent le fait de savoir si la malade a eu des fuites de fèces et d'urine, combien de temps elle a vécu avec la fistule, si son enfant a survécu ou est décédé, si elle a d'autres enfants, si elle a une source de revenus et si elle est mariée ou a un partenaire ou une famille qui la soutient.

Si la perturbation initiale est faible (par exemple, si son mari/partenaire la soutient et si elle a d'autres enfants), elle peut poursuivre (plus ou moins) sa vie normale. L'avenir est plus incertain si une femme est divorcée, a perdu son emploi, n'a pas de possibilité de procréer à l'avenir, n'a pas un vagin normal (et, par conséquent, a des difficultés à avoir des rapports sexuels ou en est incapable), ou souffre d'incontinence et présente encore des fuites.

Les différentes expériences des filles et des femmes vivant avec une fistule ou après une réparation doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie afin d'éclairer les efforts de réinsertion ainsi qu'une série d'autres interventions visant à les soutenir (Khisa et autres, 2019). Si l'appel en faveur de la constitution d'une base de données probantes pour les interventions cliniques est clair, il en va de même pour les efforts sociaux. Une fois que de nouvelles approches sont suggérées, leur efficacité doit être évaluée et des orientations doivent être apportées si nécessaire. La consultation des femmes et des filles elles-mêmes est une étape essentielle pour adapter les programmes aux besoins des patientes. Même si ces interventions sont basées sur les sciences sociales, le besoin de données n'est pas moindre que dans d'autres domaines de la prise en charge de la fistule. Les évaluations d'impact basées sur des données sont essentielles pour les appels de fonds.

Une lacune importante est le manque d'outils permettant de distinguer les femmes qui ont besoin d'interventions sociales de celles qui ont des chances de s'en sortir sans elles. Il est désormais admis que les femmes qui n'ont souffert que brièvement d'incontinence, bénéficient d'un système familial très favorable et possèdent une éducation et des compétences leur permettant de vivre de manière indépendante n'ont pas forcément besoin de programmes de réinsertion sociale. Dans la mesure où la réinsertion sociale peut être coûteuse et que les ressources diminuent, il est impératif de ne pas gaspiller les fonds. Une méthode objective et statistiquement validée pour évaluer la santé sociale des femmes, comme on le fait pour leur santé physique, constitue un axe important pour la recherche ultérieure.

7.3.2 Formation professionnelle pour la génération de revenus

En dotant les femmes qui ont subi une réparation de fistule de compétences, on peut renforcer leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes à l'avenir et promouvoir leur bien-être général. La lecture et l'écriture élémentaires, l'éducation financière, ainsi que d'autres compétences génératrices de revenus peuvent permettre aux femmes de reprendre leur vie en main et de retourner dans leur communauté avec fierté et indépendance. Si possible, un petit prêt ou une subvention doit leur être proposé pour les aider à établir une base économique pour elles-mêmes ou à participer à une coopérative commerciale de femmes s'il en existe une dans la communauté.

Le principal défi consiste à former les filles et les femmes pour qu'elles acquièrent des compétences véritablement génératrices de revenus. De nombreuses stratégies actuelles sont insuffisantes pour promouvoir réellement l'autosuffisance économique. Étant

● Une lacune importante est le manque d'outils permettant de distinguer les femmes qui ont besoin d'interventions sociales de celles qui ont des chances de s'en sortir sans elles

donné que les femmes souffrant de fistules vivent dans des zones où les besoins sont généralement élevés, les programmes de lutte contre la fistule doivent être combinés aux efforts généraux de réduction de la pauvreté et d'autonomisation des femmes, en particulier ceux qui sont plus intensifs. Il s'agit également là d'une stratégie essentielle pour la prévention de la fistule.

Certaines compétences génératrices de revenus habituellement inculquées aux survivantes de la fistule, comme l'artisanat, la couture, la vannerie, etc., aboutissent à la production de biens déjà en surproduction et ayant peu de débouchés. Une réflexion et des efforts sont nécessaires pour adapter l'aide à la réinsertion aux besoins des survivantes et à des questions telles que les liens entre le marché et la demande. La formation pourrait être intégrée aux programmes existants qui favorisent les activités génératrices de revenus, les petites entreprises ou les systèmes de microfinancement, ce qui pourrait réduire à la fois la pauvreté et la stigmatisation. D'une manière générale, des progrès significatifs ont été réalisés pour aider les individus à briser le cycle de la pauvreté. Ces idées doivent être appliquées de manière libérale dans l'élaboration des programmes de lutte contre la fistule.

La réparation chirurgicale seule, bien qu'elle aide beaucoup les femmes à retrouver un mode de vie normal, peut ne pas suffire pour faire face aux conséquences liées au fait de vivre avec une fistule ou après une réparation de fistule

7.3.3 Conseil

Les femmes qui vivent, ou ont vécu, avec une fistule obstétricale ont souvent enduré une grave détresse physique, émotionnelle et psychologique, voire un traumatisme. La réparation chirurgicale seule, bien qu'elle aide beaucoup les femmes à retrouver un mode de vie normal, peut ne pas suffire pour faire face aux conséquences liées au fait de vivre avec une fistule ou après une réparation de fistule.

Au minimum, les conseils de base à donner à toutes les femmes souffrant d'une fistule devraient inclure des informations sur ce qu'est une fistule, une compréhension de la manière dont la femme a subi la blessure, les facteurs de risque futurs et la manière d'éviter que la fistule ne se reproduise, ainsi que l'importance de l'utilisation de la contraception et de l'accès à de bons soins de santé maternelle, néonatale et reproductive. Dans de nombreuses communautés, notamment dans les zones rurales, la fistule obstétricale est considérée comme faisant partie du processus d'accouchement ou, dans certains cas, comme une malédiction divine. Très souvent, les membres de la communauté connaissent ou comprennent très peu les risques et les causes de la fistule obstétricale.

Des entretiens individuels avec un assistant social ou une infirmière qualifiée devraient être proposés aux femmes et aux membres importants de leur famille pour leur donner l'occasion de parler de leur expérience et de poser des questions sur leur santé et sur la fistule (Watt et al., 2015, 2017). Elles devraient également être conseillées sur la façon d'entamer un dialogue avec les membres de leur famille sur ce qu'elles ont vécu, et sur la façon dont une réparation réussie de la fistule permet à une femme de retourner à une vie familiale et communautaire normale. Les expériences de ceux qui s'occupent d'une femme souffrant d'une fistule doivent être prises en compte, car elles peuvent également être très difficiles.

Rencontrer d'autres patientes souffrant de fistules à l'hôpital peut être l'un des meilleurs outils de soutien et de conseil disponibles. Les filles et les femmes atteintes d'une fistule ont souvent l'impression d'être les seules personnes au monde à souffrir d'une affection stigmatisante. Le soutien personnel qu'elles ressentent en rencontrant d'autres patientes de la fistule est une expérience puissante qui peut servir de base à un conseil

personnalisé. Le conseil de base devrait aider à identifier les clients qui pourraient avoir besoin d'une aide professionnelle de la part de conseillers qui ne sont pas seulement formés à la gestion des traumatismes, mais qui peuvent aussi évaluer le client pour identifier les problèmes sous-jacents susceptibles de bloquer le rétablissement complet.

7.3.4 Réinsertion familiale

Fournir une assistance en vue de la réconciliation et la réinsertion peut faciliter le retour des survivantes de la fistule dans leurs communautés. Si possible, mettre à disposition une infirmière ou un assistant social pour escorter la femme ou la fille chez elle peut aider à expliquer à la famille et à la communauté les causes de la fistule (en soulignant que ce n'est pas la faute de la femme ou la conséquence d'une malédiction) et comment prévenir la fistule à l'avenir. Mettre la femme en contact avec un groupe local de soutien aux femmes peut être un autre moyen de lui permettre de se créer un premier réseau d'amis. Le fait d'impliquer la famille et de la préparer avant même le traitement peut présenter des avantages supplémentaires.

7.3.5 La communauté dans son ensemble

Éducation : L'approche communautaire doit impliquer une prise de conscience, tant au niveau de la sensibilisation de la communauté que de l'identification des clientes. Diverses approches peuvent être explorées en fonction de la dynamique spécifique de la communauté pour que la sensibilisation soit efficace. Pour concevoir des stratégies de sensibilisation efficaces, il est important d'impliquer les gardiens et de comprendre les valeurs culturelles. Les séminaires communautaires peuvent sensibiliser les hommes et les femmes à l'importance de la recherche de soins prénatals qualifiés, de l'élaboration d'un plan de naissance et de la présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Ces séminaires peuvent également inclure une discussion sur les facteurs de risque associés à la fistule obstétricale et sur la manière de les prévenir à l'avenir. La sensibilisation de la communauté est essentielle pour instaurer un environnement favorable aux femmes qui développent ou vivent avec une fistule obstétricale, ou à celles qui retournent dans leur communauté après une opération.

Défense des intérêts : À long terme, les femmes qui réussissent à se réinsérer dans leur communauté seront les plus ardentes défenseuses de la prévention et de la prise en charge de la fistule. Elles peuvent aider à éclairer la communauté, y compris les chefs traditionnels et politiques, sur les réparations de la fistule, et orienter d'autres personnes pour traitement. Elles peuvent plaider pour la planification familiale, le mariage tardif, les soins de santé en temps opportun, les soins prénatals appropriés et l'assistance qualifiée lors de l'accouchement. Les attentes des anciennes patientes doivent cependant rester réalistes, car elles retourneront dans le même environnement socio-économique et culturel qui a conduit au développement de leur fistule. C'est également à elles seules que revient la décision de s'impliquer ou non dans les activités de défense d'intérêts. Cette décision ne devrait pas leur être imposée.

Les patientes traitées avec succès peuvent renseigner les autres sur les causes de la fistule et briser les mythes et les rumeurs. Au Nigeria, par exemple, de nombreuses personnes pensent que les femmes développent une fistule parce qu'elles ont offensé les dieux lorsqu'elles étaient plus jeunes ou pendant leur grossesse. Une autre croyance veut que la fistule touche les femmes ayant eu des rapports sexuels inappropriés pendant leur grossesse. Dans certaines régions d'Afrique de l'Est, les femmes souffrant d'un travail

- Les patientes
- traitées avec
- succès peuvent
- renseigner les
- autres sur les
- causes de la
- fistule et briser
- les mythes et les
- rumeurs

Dans certains cas, les fonds minimaux fournis aux femmes et aux jeunes filles peuvent être cruciaux pour leur permettre de rentrer chez elles et de reprendre leur vie/leurs activités de subsistance

prolongé (et pas seulement d'une fistule obstétricale) peuvent être soupçonnées d'adultère ; elles sont parfois battues pendant l'accouchement de façon à ce qu'elles « avouent » leur supposée infidélité et le nom de l'homme avec lequel elles auraient eu des rapports sexuels.

7.3.6 Financement de la réinsertion

Les coûts des programmes de réinsertion doivent être pris en compte. Dans certains cas, les fonds minimaux fournis aux femmes et aux jeunes filles peuvent être cruciaux pour leur permettre de rentrer chez elles et de reprendre leur vie/leurs activités de subsistance. Ces fonds pourraient inclure une petite somme d'argent pour lancer des projets générateurs de revenus, en prenant en considération ceux dont les produits sont les plus commercialisables et les plus rentables. Le fait d'associer les projets générateurs de revenus aux activités économiques en cours peut aider les femmes à tirer parti des activités pour obtenir le plus grand bénéfice net. Le microfinancement par le biais de prêts à faible taux d'intérêt et de plans de remboursement raisonnables peut également être approprié. Le financement des interventions nécessite des liens étroits entre les interventions au sein de l'établissement et à domicile, les entités publiques et privées, et les programmes cliniques et non cliniques.

Les établissements ou les organisations qui soutiennent les patients doivent envisager d'élaborer des critères pour l'attribution et la comptabilisation de l'aide à la réinsertion, y compris les personnes qui peuvent y avoir accès, la manière dont les fonds/soutiens seront distribués et la garantie de la responsabilité. Cela peut être particulièrement difficile dans les zones où la fistule est fréquente, car de nombreuses filles et femmes ne souffrant pas de fistule peuvent être également pauvres et dans le besoin.

7.3.7 Recherche

La cartographie des communautés d'origine des patientes et la recherche des valeurs et des facteurs socioculturels, sexospécifiques et économiques qui prévalent dans ces communautés permettront de mieux comprendre les déterminants de la fistule. Cela pourra en retour renseigner sur les stratégies de réinsertion appropriées à employer. L'analyse et les rapports sur les efforts de réinsertion peuvent contribuer à l'élaboration de nouveaux programmes.

7.4 LITTÉRATURE GÉNÉRALE RECOMMANDÉE SUR LA RÉINSERTION

Castille, Y. J., C. Avocetien, D. Zaongo, J. M. Colas, J. O. Peabody et C. H. Rochat. 2014. « Impact of a program of physiotherapy and health education on the outcome of obstetric fistula surgery. » *International Journal of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 124: 77-80.

Castille, Y. J., C. Avocetien, D. Zaongo, J. M. Colas, J. O. Peabody et C. H. Rochat. 2015. « One-year follow-up of women who participated in a physiotherapy and health education program before and after obstetric fistula surgery (Suivi sur un an de femmes ayant participé à un programme de physiothérapie et d'éducation sanitaire avant et après une

chirurgie de fistule obstétrique) ». *International Journal of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 128: 264-6.

Diallo, M. 2009. « Social immersion strategy for reintegration and empowerment of obstetric fistula survivors. » *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 107: S156-S7.

EngenderHealth and Fistula C. 2012a. « Counseling the obstetric fistula client : A training curriculum. » New York.

EngenderHealth and Fistula C. 2012b. « Counseling the traumatic fistula client : A supplement to the obstetric fistula counseling curriculum. » New York.

Jeppson, P. C., P. A. Nosti, K. Mishra, A. Uwamahoro et B. S. Hampton. 2013. « The effect of verbal education on postoperative knowledge for women presenting for vesicovaginal fistula surgery in Kigali, Rwanda. » *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery* 19 : S26-S7.

Johnson, K. A., J. M. Turan, L. Hailemariam, E. Mengsteab, D. Jena, M. L. Polan. 2010. « The role of counseling for obstetric fistula patients : lessons learned from Eritrea. » *Patient education and counseling* 80 : 262-5.

Keyser, L., L. Hollander, J. McKinney and N. Benfield. 2013. « The fistula and obstetric rehabilitation initiative : Using pelvic floor physical therapy to augment surgical repair of fistula. » *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery* 19 : S102.

Keyser, L., J. McKinney, C. Salmon, C. Furaha, R. Kinsindja et N. Benfield. 2014. « Analysis of a pilot program to implement physical therapy for women with gynecologic fistula in the Democratic Republic of Congo (Analyse d'un programme pilote de mise en œuvre de la kinésithérapie pour les femmes souffrant de fistules gynécologiques en République démocratique du Congo) ». *International Journal of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 127: 127-31.

Mohammad, R. H. 2007. « A community program for women's health and development: implications for the long-term care of women with fistulas. » *International Journal of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 99(suppl 1) : S137-42.

Parameshwar, P. S., M. Kayondo, A. L. Ackerman, J. T. Anger et C. Tarnay. 2017. « Effects of group rehabilitation upon women undergoing surgery for obstetric fistula. » *Neurourology and Urodynamics* 36 : S36-S7.

Pope, R., M. Bangser et J. H. Requejo. 2011. « Restoring dignity: social reintegration after obstetric fistula repair in Ukerewe, Tanzania. » *Global Public Health* 6 : 859-73.

Watt, M. H., M. V. Mosha, A. C. Platt et al. s.d. « A nurse-delivered mental health intervention for obstetric fistula patients in Tanzania: results of a pilot randomized. »

RÉFÉRENCES

El Ayadi, A., H. Nalubwama, J. Barageine and others. 2017. « Development and preliminary validation of a post-fistula repair reintegration instrument among Ugandan women. » *Reproductive Health (Santé reproductive)* 14(1) : 109.

doi:10.1186/s12978-017-0372-8.

Lombard, L., J. de St Jorre, R. Geddes, A. M. El Ayadi et L. Grant. 2015. « Rehabilitation experiences after obstetric fistula repair: systematic review of qualitative studies. » *Tropical Medicine and International Health (Médecine tropicale et Santé internationale)* 20(5) : 554-568. doi:10.1111/tmi.12469.

Mohamed, H. 2014. *Psycho-Social Consequences of Vesico-Vaginal and Recto-Vaginal Fistula : Case of Young Women in Western Kenya*. LAP LAMBERT Academic Publishing.

Pope, R., M. Bangser et J. H. Requejo. 2011. « Restoring dignity: social reintegration after obstetric fistula repair in Ukerewe, Tanzania. » *Global Public Health* 6(8) : 859-873. doi:10.1080/17441692.2010.551519.

Pope, R., P. Ganesh, C. Chalamanda, W. Nundwe et J. Wilkinson. 2018. « Sexual Function Before and After Vesicovaginal Fistula Repair (Fonction sexuelle avant et après la réparation de la fistule vésicovaginale) ». *Le journal de la médecine sexuelle* 15(8): 1125-1132. doi:10.1016/j.jsxm.2018.06.006.

Khisa, A. M., I. K. Nyamongo, G. M. Omoni et R. F. Spitzer. 2019. « A grounded theory of regaining normalcy and reintegration of women with obstetric fistula in Kenya. » *Reproductive Health* 16(1) : 29. doi:10.1186/s12978-019-0692-y.

Watt, M. H., M. V. Mosha, A. C. Platt et al. 2017. « A nurse-delivered mental health intervention for obstetric fistula patients in Tanzania: results of a pilot randomized controlled trial. » *Pilot and Feasibility Studies* 3 : 35. doi:10.1186/s40814-017-0178-z.

Watt, M. H., S. M. Wilson, K. J. Sikkema et al. 2015. « Development of an intervention to improve mental health for obstetric fistula patients in Tanzania. » *Evaluation and Program Planning* 50 : 1-9. doi:10.1016/j.evalprogplan.2015.01.007.



ANNEXES



ANNEXE 1 OUTIL D'EXAMEN COMMUNAUTAIRE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE¹⁴

Questionnaire et notation OF-COMBAT

Fiabilité

Fiabilité fractionnée : 0,72 à 0,86

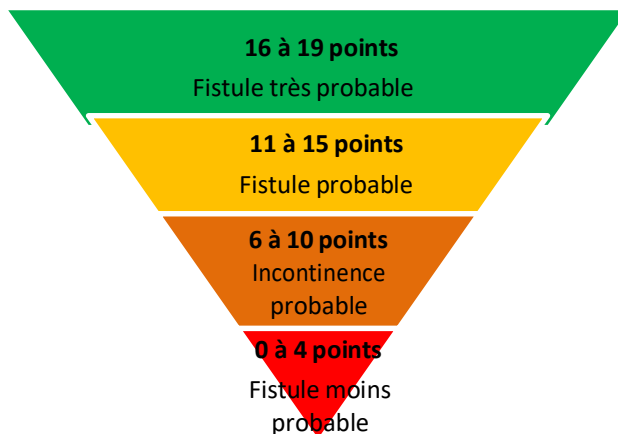
Fiabilité du test et du retest : 0,79 à 0,93

Notation du test

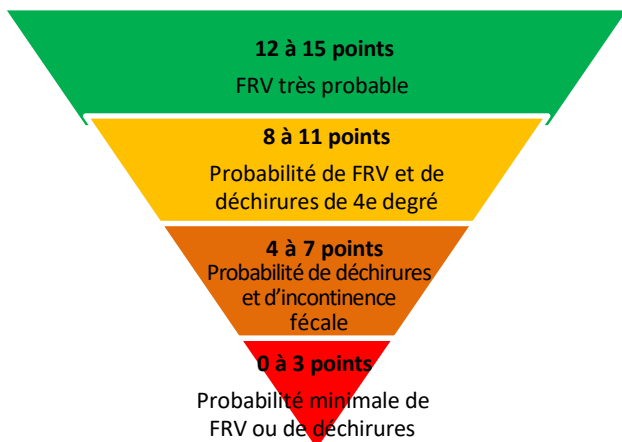
Partie I : Utilisez cette section pour les cas suspects de FVV

→ SAUTEZ CETTE SECTION si la patiente ne décrit pas de fuite d'urine et passez à la PARTIE II.

Scores de la FVV



Scores de la FRV



Partie IA : Signes et symptômes (FVV). Instructions : Pour chaque question dont la réponse est « Oui », marquez un (1) point. Pour chaque question dont la réponse est « Non », marquez zéro (0) point.

	Oui (1)	Non (0)
1. Présentez-vous continuellement des fuites d'urine par la filière pelvi-génitale ?		
2. L'urine s'écoule-t-elle sans que vous la sentiez ?		
3. Vous trouvez-vous souvent mouillée d'urine, la plupart du temps, sinon tout le temps, indépendamment de l'endroit où vous êtes et de ce que vous faites ?		
4. L'urine s'écoule-t-elle sur votre lit pendant que vous dormez la plupart des nuits ?		
5. L'urine s'écoule-t-elle même si rien ne la provoque ?		
6. Avez-vous besoin d'utiliser des couches ou des vêtements de protection pour éviter d'être mouillé par les fuites ?		
Total des points Section IA :		

¹⁴ Source : Mohamed, H., Y. Omenda and L. Pollaczek. 2015. *Obstetric Fistula Community-based Assessment Tool (OF-COMBAT)*. International Journal of Recent Research in Social Sciences and Humanities 2 (4) : 127-133.

Partie IB : Questions de validation (FVV). Instructions : Pour chaque question dont la réponse est « Oui », marquez zéro (0) point. Pour chaque question dont la réponse est « Non », marquez un (1) point.*

	Oui (0)	Non (1)
1. Y a-t-il des jours ou des moments où vous êtes sèche et non mouillée par l'urine ?		
2. Ressentez-vous parfois une forte envie d'uriner ?		
3. Vous arrive-t-il d'aller aux toilettes pour uriner ?		
4. Vous réveillez-vous dans la nuit pour uriner ? Êtes-vous capable de sortir de votre lit pour uriner la nuit ?		
5. L'urine s'écoule-t-elle lorsque vous toussiez ou soulevez quelque chose ?		
6. Pouvez-vous poursuivre votre travail ou quitter la maison sans couche ou vêtement de protection sans vous mouiller ?		
Total des points Section IB :		

**Note de notation : Lorsque le répondant répond à la même question numérique dans les parties A et B avec une réponse identique, la question devient nulle et doit être éliminée de la notation. Par exemple, si le répondant répond « oui » à la question 1 de la partie IA et « oui » à la question 1 de la partie IB, vous devez éliminer cette question de la notation de la section IA.*

**Partie II : Utilisez cette section en cas de suspicion de FRV ou de déchirure périnéale
→ SAUTEZ CETTE SECTION si la patiente ne fait pas état de fuite de selles et passez à la SECTION III.**

Partie IIA : Signes et symptômes (FRV ou déchirure périnéale)

Instructions : Pour chaque question dont la réponse est « Oui », marquez un (1) point. Pour chaque question dont la réponse est « Non », marquez zéro (0) point.

	Oui (1)	Non (0)
1. Vos selles sont-ils évacués par la filière pelvi-génitale ?		
2. Est-ce que vous évacuez des gaz avec des particules de selles par la filière pelvi-génitale ?		
3. Avez-vous une déchirure visible entre votre vagin et votre ouverture anale ou reliant les deux ouvertures ?		
4. Souffrez-vous d'une incontinence fécale qui souille plus souvent votre filière pelvi-génitale ?		
Total des points Section IiA :		

Partie IIB : Questions de validation : (FRV ou déchirure périnéale)

Instructions : Pour chaque question dont la réponse est « Oui », marquez zéro (0) point. Pour chaque question dont la réponse est « Non », marquez un (1) point.

	Oui (0)	Non (1)
1. Évacuez-vous les selles de façon normale, sans aucun problème ?		
2. Évacuez-vous bien les gaz par l'ouverture anale et vos sous-vêtements sont toujours propres et sans selles ?		
3. Avez-vous bien cicatrisé après l'accouchement et n'avez-vous pas de gêne, de déchirure ou de blessure autour de votre filière génitale ou de votre ouverture anale ?		
4. Lorsque vous perdez des selles, êtes-vous capable d'aller aux toilettes et les selles sortent-elles de votre orifice anal sans problème ?		
Total des points Section IIB :		

**Note de notation : Lorsque le répondant répond à la même question numérique dans les parties A et B avec une réponse identique, la question devient nulle et doit être éliminée de la notation. Par exemple, si le répondant répond « oui » à la question 1 de la partie IIA et « oui » à la question 1 de la partie IIB, vous devez éliminer cette question de la notation de la section IIA..*

PARTIE III et PARTIE IV : À utiliser À LA FOIS pour les cas suspects de FVV et de FRV

Partie III : Causes de la fistule obstétricale. Instructions : Pour chaque question dont la réponse est « Oui », marquez un (1) point. Pour chaque question dont la réponse est « Non », marquez zéro (0) point.

	Oui (1)	Non (0)
1. Avez-vous commencé à avoir des fuites d'urine après l'accouchement ou la césarienne ?		
2. Avez-vous été en travail pendant plus de 48 heures ?		
3. Avez-vous accouché à domicile ?		
4. Êtes-vous allée à l'établissement sanitaire après plus de 24 heures de travail ?		
Total des points Section III :		

Partie IV : L'intervalle entre la cause et l'effet

	Oui (1)	Non (0)
1. Les fuites ont-elles commencé immédiatement après l'accouchement ?		
2. Les fuites ont-elles commencé dans les six semaines suivant l'accouchement ?		
3. Les fuites ont-elles commencé immédiatement après le retrait du cathéter ?		
Total des points Section IV :		

Notation finale

Notation de la FVV (Parties I, III, IV)	
Section IA + IB (Max 12 points)	
Section III (Max 4 points)	
Section IV (Max 3 points)	
Note totale FVV (Max 19 points)	

Notation de la FRV (Parties II, III, IV)	
Section IIA + IIB (Max 8 points)	
Section III (Max 4 points)	
Section IV (Max 3 points)	
Note totale FRV (Max 15 points)	

ANNEXE 2 LISTE DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ CHIRURGICALE ¹⁵

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



Sécurité du patient
Une alliance mondiale pour des soins de santé plus sûrs

Avant l'induction de l'anesthésie

(avec au moins l'infirmière et l'anesthésiste)

Le/la patient(e) a-t-il/elle confirmé son identité, le site, la procédure et donné son consentement ?

Oui

Le site est-il marqué ?

Oui
 Sans objet

La vérification de l'appareil d'anesthésie et des médicaments est-elle terminée ?

Oui

L'oxymètre de pouls est-il sur le patient et fonctionne-t-il ?

Oui

Le patient a-t-il une :

Allergie connue ?

Non
 Oui

Une intubation difficile ou un risque d'aspiration ?

Non
 Oui, et l'équipement/assistance disponible

Risque de perte inférieur à 500 ml de sang (7 ml/kg chez les enfants) ?

Non
 Oui, et deux accès IV/central et liquides prévus

Avant l'incision de la peau

(avec l'infirmier(e), l'anesthésiste et le chirurgien)

Confirmez que tous les membres de l'équipe se sont présentés en déclarant leur nom et leur rôle.

Confirmez le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision.

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

Oui
 Sans objet

Événements critiques prévus

Au chirurgien :

Quelles sont les étapes critiques ou non routinières ?
 Quelle sera la durée de l'intervention ?
 Quelle est la perte de sang prévue ?

Au médecin anesthésiste :

Y a-t-il des préoccupations propres au patient ?

À l'équipe soignante :

La stérilité (y compris les résultats des indicateurs) a-t-elle été confirmée ?
 Y a-t-il des problèmes d'équipement ou d'autres préoccupations ?

L'imagerie essentielle est-elle affichée ?

Oui
 Sans objet

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

(avec l'infirmier(e), l'anesthésiste et le chirurgien)

L'infirmier(e) confirme verbalement :

Le nom de l'intervention
 Le comptage des instruments, des éponges et des aiguilles
 L'étiquetage des échantillons (lire à haute voix les étiquettes des échantillons, y compris le nom du patient)
 S'il existe des problèmes d'équipement à régler

Au chirurgien, à l'anesthésiste et à l'infirmier(e) :

Quelles sont les principales préoccupations concernant le rétablissement et la prise en charge de ce patient ?

La présente liste de contrôle ne prétend pas être exhaustive. Il est recommandé d'apporter des ajouts et des modifications en fonction des pratiques locales.

Date de révision : 1 / 2009

© WHO, 2009

¹⁵ Source : <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/> consulté le 20/10/2020.

ANNEXE 3 LISTE DE CONTRÔLE POUR LES STRATÉGIES NATIONALES VISANT À ÉLIMINER LES FISTULES OBSTÉTRICALES (ET IATROGÈNES)

Pourquoi une liste de contrôle ?

La présente liste de contrôle a été élaborée pour fournir un guide rapide et vérifier l'harmonisation du processus, du contenu et de la mise en œuvre d'une stratégie nationale visant à éliminer la fistule. Le présent document est un outil destiné aux ministères et agences gouvernementales, aux partenaires de développement, aux parties prenantes et aux organisations des Nations Unies, qui sont soit en train d'élaborer une politique ou une stratégie pour éliminer la fistule dans leur pays, soit en train de réfléchir à une stratégie nationale existante et à la manière d'en optimiser l'impact. La liste de vérification s'appuie sur les leçons apprises et les recommandations formulées dans les lignes directrices 2020 sur la stratégie visant à éliminer la fistule. Elle fournit un cadre d'analyse du processus d'élaboration des stratégies nationales, propose des suggestions quant au contenu à inclure dans ces stratégies et met en évidence les questions à prendre en compte lors de la mise en œuvre de la stratégie. La liste de vérification a été inspirée de la [Liste de vérification pour les stratégies nationales visant à mettre fin au mariage des enfants 2016](#).

Comment lire la liste de vérification ?

La liste de vérification présente les composantes essentielles d'une bonne stratégie nationale visant à éliminer la fistule. La liste de vérification invite les utilisateurs à tenir compte du processus d'élaboration de la stratégie dans leur pays et à examiner les questions dans trois domaines, sur une échelle de 1 à 4 :

- a) Le processus d'élaboration de la stratégie nationale
- b) Le contenu de la stratégie nationale
- c) La mise en œuvre de la stratégie nationale

Veillez utiliser l'échelle suivante pour noter chaque élément :

- 1 = Oui
- 2 = Dans une certaine mesure
- 3 = Non
- 4 = Aucune idée

A. Le processus d'élaboration de la stratégie			
	1. Engagement politique/leadership gouvernemental	Note	Commentaires
1.1	Y a-t-il eu un mandat émanant d'une haute autorité du gouvernement pour l'élaboration de la stratégie ? ¹⁶		
1.2	La stratégie a-t-elle été approuvée au plus haut niveau ¹⁷ ?		
1.3.	Existe-t-il une volonté politique pour la mise en œuvre de la stratégie ? ¹⁸		
	2 Responsabilité du gouvernement	Note	Commentaires
2.1.	Qui assurera la coordination sur les plans organisationnel, financier et technique de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie ?		
	3 Processus de consultation	Note	Commentaires
3.1.	Y a-t-il eu suffisamment de temps pour consulter toutes les parties prenantes concernées par l'élaboration de la stratégie ?		
3.2	Une analyse des parties prenantes a-t-elle été effectuée pour déterminer qui doit être impliqué dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la stratégie nationale ?		
3.3.	Le processus a-t-il été bien communiqué à toutes les parties prenantes et était-il suffisamment clair pour elles ? ¹⁹		
3.4	Le processus de consultation a-t-il impliqué d'autres ministères/organismes gouvernementaux pertinents pour discuter de la façon dont la stratégie pourrait être élaborée et mise en œuvre ? Par exemple, les responsables : <ul style="list-style-type: none"> • de la santé et des droits des femmes • des questions relatives au genre/aux femmes, aux adolescents et aux enfants • de la sécurité sociale/des affaires sociales • de l'accès à la justice • des infrastructures et des transports • du financement • des affaires culturelles et traditionnelles • des affaires religieuses • de l'éducation • Autre ? <i>Veillez spécifier dans la section réservée aux commentaires</i> 		

16 S'agissait-il du ministre de la Santé, du ministre des Affaires féminines et de la Jeunesse ou d'un équivalent ? La façon dont le gouvernement mandate la stratégie peut avoir un impact sur le sérieux avec lequel les ministères de l'ensemble du gouvernement la prendront et s'engageront dans son processus d'élaboration et de mise en œuvre.

17 L'approbation par un cabinet de haut niveau peut garantir un financement plus important et un soutien intergouvernemental.

18 La volonté et l'engagement politiques sont essentiels à la réussite de la mise en œuvre de la stratégie.

19 Un processus de consultation bien précis a-t-il été défini ? A-t-il été précisé qui prendrait les décisions relatives à la stratégie et comment ? Des objectifs de réunion et des résultats escomptés précis ont-ils été définis pour les consultations ? Le processus a-t-il été communiqué à toutes les parties prenantes ?

3.5	La consultation a-t-elle impliqué d'autres parties prenantes importantes ? Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Les survivantes de la fistule • Les communautés affectées (y compris les principales personnes décisionnaires de la famille et les acteurs clés de la communauté)²⁰ • Les prestataires des soins de santé, notamment les sages-femmes, les agents de santé communautaires, les chirurgiens et les médecins spécialisés dans les fistules (aux niveaux national et infranational). • Les organisations de la société civile, notamment les associations de femmes, les ONG internationales et les organisations communautaires qui travaillent sur la fistule, la santé maternelle et néonatale, la santé sexuelle et reproductive et la santé sexuelle et reproductive des adolescents. • Les partenaires de développement, agences bilatérales et multilatérales, dont le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS. • Les autres acteurs qui pourraient avoir une influence sur la mise en œuvre de la stratégie, par exemple : les parlementaires, le secteur privé, les institutions nationales des droits de l'homme,²¹ les médias, les autorités gouvernementales locales. 		
3.6	Certains groupes ont-ils été exclus de la consultation ou n'ont-ils pas été suffisamment consultés pour une raison particulière ? ²²		
4 Recherche et données		Note	Commentaires
La stratégie est-elle basée sur des données et des données probantes concernant :			
4.1	La prévalence ²³ et l'incidence ²⁴ de la fistule dans le pays, y compris les variations régionales pour identifier les communautés, les femmes et les filles à haut risque, sont-elles disponibles ?		
4.2	Y a-t-il eu un examen/une étude des causes profondes et des déterminants sociaux ou des obstacles à l'élimination de la fistule (selon le contexte du pays) ? ²⁵		
4.3	Y a-t-il eu un examen des programmes et des solutions efficaces (à l'intérieur et à l'extérieur du pays), y compris l'examen de la mise en œuvre des stratégies précédentes relatives à la fistule, le cas échéant ?		
B. Contenu de la stratégie			
5 Objectif et vision à long terme		Note	Commentaires
5.1	La stratégie comporte-t-elle un objectif quantitatif mesurable défini pour l'élimination de la fistule ?		
5.2	L'objectif est-il réalisable dans le délai imparti ?		
5.3	L'objectif de la stratégie cadre-t-il avec la vision globale ?		
5.4	La stratégie inclut-elle une vision à plus long terme d'élimination de la fistule au-delà du cadre temporel de sa mise en œuvre ?		

20 Les personnes décisionnaires au sein de la famille et les acteurs clés de la communauté varient selon le contexte, mais il s'agit souvent des pères, des mères, des maris, des belles-mères et des chefs traditionnels et religieux.

21 La fistule constitue une violation des droits de l'homme. Les institutions nationales des droits de l'homme sont des organismes mandatés par l'État, indépendants du gouvernement, et dotés d'un mandat constitutionnel ou légal étendu pour protéger et promouvoir les droits de l'homme au niveau national.

22 Par exemple, les survivantes de la fistule et les membres de la communauté : La consultation doit impliquer toutes les parties prenantes pertinentes et être adaptée à l'audience spécifique.

23 La prévalence de la fistule obstétricale donne une idée de l'ampleur du problème de la fistule. Il s'agit du nombre estimé de filles et de femmes qui vivent avec une fistule obstétricale dans le pays pour 1 000 femmes âgées de 10 ans et plus. Comprendre la situation globale de la fistule a des implications positives pour élaborer des politiques et entreprendre des actions de sensibilisation.

24 L'estimation du nombre de nouveaux cas de fistule obstétricale par an.

25 Il est important d'examiner non seulement les causes et les conséquences à court terme de la fistule obstétricale et iatrogène, mais aussi les causes profondes et les obstacles structurels/systémiques qui entravent son éradication.

5.5	La stratégie vise-t-elle globalement à assurer une santé sexuelle et reproductive de qualité, y compris l'amélioration de la qualité et de l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs ? ²⁶		
6 Priorisation		Note	Commentaires
6.1	Des interventions spécifiques ont-elles été identifiées et classées par ordre de priorité dans la stratégie ?		
7 Contenu		Note	Commentaires
7.1	La stratégie prévoit-elle des interventions visant à prévenir la fistule, notamment la fourniture des informations et des services de qualité en matière de santé et des droits sexuels et reproductifs et l'accès y relatif, y compris les trois interventions efficaces que sont les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'assistance qualifiée à la naissance et le planning familial ?		
7.2	La stratégie cible-t-elle la prise en charge holistique des survivantes de la fistule, notamment l'identification et l'orientation des cas, le traitement et la réparation, ainsi que la réhabilitation et la réinsertion sociale de ces personnes et leur suivi ?		
7.3	La stratégie comprend-elle des dispositions pour : <ul style="list-style-type: none"> • donner aux femmes et aux filles les moyens d'avoir recours à leurs organismes pour leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs ?²⁷ • faire participer les communautés à la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes de lutte contre la fistule ?²⁸ • plaider en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre des lois et politiques nécessaires pour une amélioration de la santé maternelle, sexuelle et reproductive ? 		
8 Synergies avec les politiques connexes et compatibilité avec les exigences internationales en matière de droits de l'homme		Note	Commentaires
8.1	La stratégie établit-elle des liens avec les initiatives politiques existantes dans le pays ? <ul style="list-style-type: none"> • Éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle, néonatale et des adolescents • Égalité entre les sexes • Protection sociale • Transport • Réduction de la pauvreté • Développement durable • Communication • Violence sexiste et autres pratiques néfastes telles que le mariage des enfants • Autre ? <i>Veillez spécifier dans la section réservée aux commentaires</i> 		
8.2	La stratégie est-elle liée aux initiatives régionales existantes dont le pays fait partie ? ²⁹		
8.3	La stratégie est-elle conforme aux exigences internationales et régionales du gouvernement en matière de droits de l'homme ?		

26 Un programme national de lutte contre la fistule devrait viser à garantir la disponibilité d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive de qualité, abordables et accessibles, pour prévenir et traiter la fistule.

27 Les femmes et les filles doivent être habilitées à agir de manière indépendante et à opérer leurs propres choix en toute connaissance de cause en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, sans aucune coercition.

28 Par exemple, la stratégie encourage-t-elle les interventions communautaires qui placent la communauté au centre d'une réflexion et d'une action sur les déterminants sociaux, notamment les inégalités entre les sexes et les pratiques patriarcales et traditionnelles néfastes telles que le mariage des enfants ? Cela devrait impliquer tous les membres de la communauté dans un processus collectif et à long terme de remise en question des normes sociales négatives pour les inciter à devenir des acteurs du changement.

29 Par exemple, la résolution de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest visant à éliminer la fistule en Afrique de l'Ouest, la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, la stratégie de la région arabe en matière de santé reproductive maternelle, néonatale, infantile et adolescente, etc.

9 Production de données			
9.1	La stratégie comprend-elle un programme de recherche visant à recueillir des données actualisées sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ?		
C. Mise en œuvre de la stratégie			
10 Mise en œuvre, gouvernance et responsabilité		Note	Commentaires
10.1	Existe-t-il un plan opérationnel pour guider la mise en œuvre de la stratégie ?		
10.2	Si oui, le plan opérationnel est-il budgétisé ? ³⁰		
10.3	Si un plan opérationnel n'est pas en place, existe-t-il un calendrier et une partie prenante responsable de l'élaboration d'un plan d'action plus détaillé ?		
En cas d'existence d'un plan opérationnel			
10.4	Décrit-il clairement les rôles des différentes parties prenantes (par exemple, les ministères, les organisations de la société civile, des parlementaires, des chefs traditionnels et religieux, des médias, des femmes et des filles et des survivantes de la fistule ?		
10.5	Comprend-il des étapes annuelles et un rapport d'avancement correspondant ?		
10.6	Existe-t-il des lignes de responsabilité claires pour la mise en œuvre du plan ?		
11 Renforcement des capacités		Note	Commentaires
11.1	Existe-t-il un plan pour appuyer le renforcement des capacités des parties prenantes travaillant sur la prévention et la réponse à la fistule avec des ressources appropriées (techniques et financières), pour une mise en œuvre au niveau national et sous national ? Si oui, inclut-il les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Les ministères et organismes gouvernementaux • Les structures de gouvernance locales • Les organisations communautaires • Les organisations de la société civile • Les leaders communautaires, traditionnels et confessionnels • Les survivantes de la fistule • Les associations de femmes • Les associations d'hommes et de jeunes garçons 		
12 Coordination		Note	Commentaires
12.1	Un groupe de travail national dirigé par le gouvernement (ou un groupe de travail) a-t-il été mis en place pour coordonner et suivre la mise en œuvre de la stratégie ? ³¹		
12.2	Le groupe de travail a-t-il un mandat, des objectifs et un calendrier précis pour rendre compte des progrès réalisés ?		
12.3	Le groupe de travail dispose-t-il de ressources suffisantes ?		
12.4	Existe-t-il un poste dédié au sein du ministère de tutelle pour faciliter le fonctionnement du groupe de travail national ?		

30 Les orientations sur le calcul des coûts comprennent [l'outil OneHealth de l'OMS](#).

31 Une équipe spéciale (ou un groupe de travail) doit être dirigée par le gouvernement, elle doit être multidisciplinaire et multi-agences/sectorielle, comprenant les principales parties prenantes, pour contribuer à la coordination des programmes nationaux de lutte contre la fistule, suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale et plaider pour la mobilisation des ressources appropriées.

12.5	Le groupe de travail est-il multisectoriel ? Les autres ministères et parties prenantes concernés sont-ils impliqués dans le mécanisme de coordination ?		
12.6	Le groupe de travail national fonctionne-t-il ? ³²		
13 Communication		Note	Commentaires
13.1	Un plan de lancement ou de déploiement de la stratégie a-t-il été mis en place ?		
13.2	Existe-t-il une stratégie de communication pour la mise en œuvre de la stratégie globale ?		
13.4	Existe-t-il un plan ou une disposition pour documenter les études de cas sur les bonnes pratiques ?		
14 Financement et mobilisation des ressources		Note	Commentaires
14.1	La stratégie est-elle financée ? En totalité ? Partiellement ? Par qui ?		
14.2	Le ministère des Finances ou un ministère compétent a-t-il approuvé des lignes budgétaires spécifiques pour la mise en œuvre de la stratégie ? (Quelle proportion du budget total couvrent-elles ?		
14.3	Existe-t-il un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources afin de lever des fonds pour la mise en œuvre de la stratégie ?		
15 Suivi et évaluation		Note	Commentaires
15.1	Existe-t-il un plan de suivi et d'évaluation pour la stratégie ? ³³		
15.2	Des niveaux de référence et des objectifs ont-ils été fixés ?		
15.3	Des indicateurs permettant de suivre l'impact, ainsi que les résultats, ont-ils été identifiés ?		
15.4	Des données adéquates sont-elles disponibles pour suivre les progrès des indicateurs ? (Ou existe-t-il un système opérationnel de suivi des progrès des indicateurs ? Y compris un système d'information sur la gestion de la santé ?		
15.5	Existe-t-il des orientations pour le gouvernement, les ONG, les organisations communautaires et les autres partenaires de mise en œuvre pour évaluer leur impact ?		
15.6	Est-il prévu d'examiner les progrès et de produire des rapports annuels sur la mise en œuvre de la stratégie pendant sa période de validité ?		
15.7	Une évaluation de la stratégie est-elle prévue ? Inclut-elle une évaluation du programme de réinsertion sociale existant ?		
15.8	Existe-t-il des plans pour impliquer les survivantes de la fistule, les femmes et les filles, les familles affectées et les membres de la communauté dans le suivi et l'évaluation de la stratégie ?		

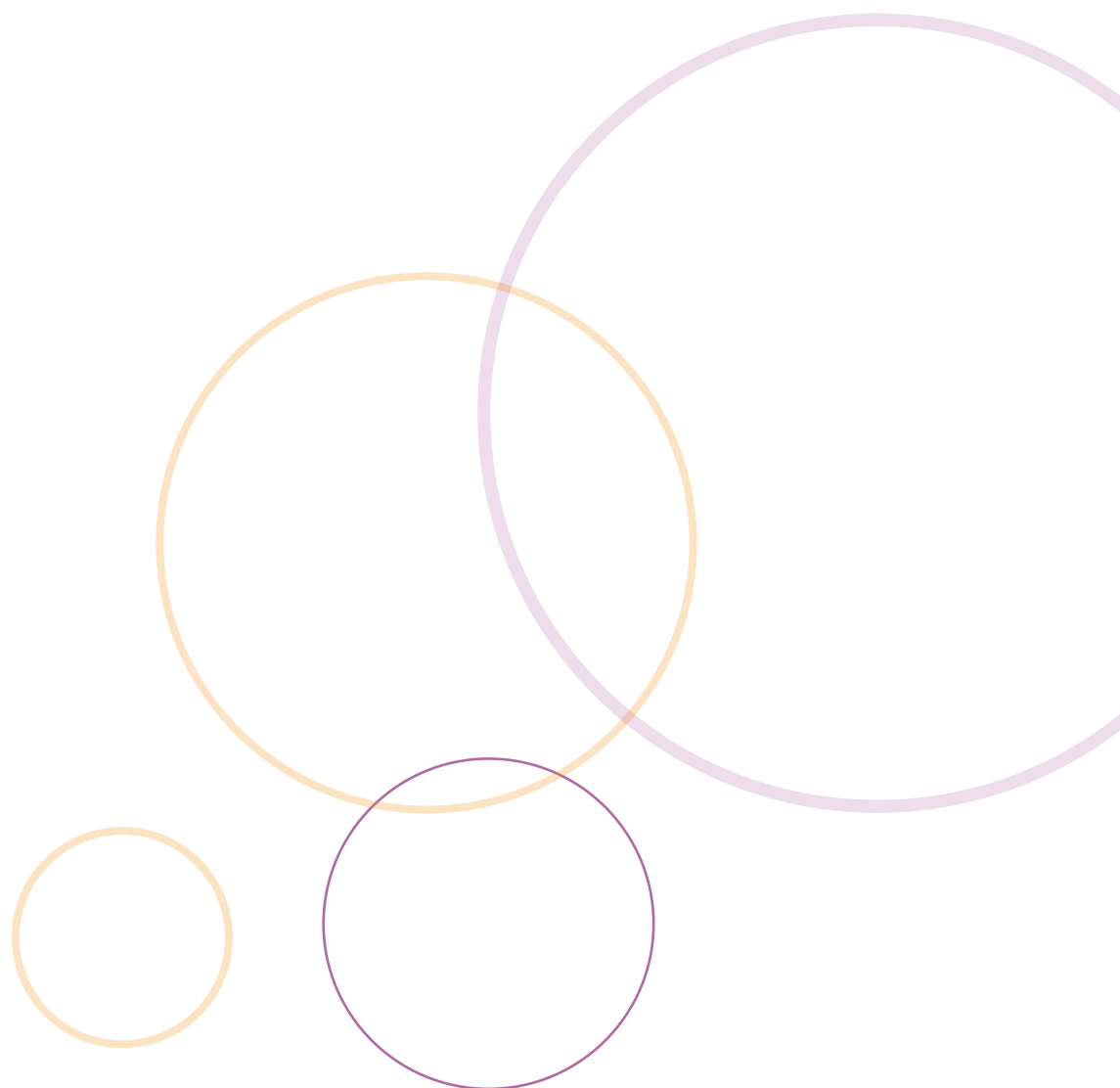
32 Les « activités d'un groupe de travail national » comprennent les éléments suivants : a) il se réunit au moins deux fois par an ; b) élabore la stratégie nationale et/ou assure le contrôle de sa mise en œuvre ; et c) produit un rapport annuel de ses activités et réalisations, y compris le détail de sa contribution aux efforts du gouvernement dans l'élaboration/la mise en œuvre de la stratégie nationale visant à éliminer la fistule.

33 Le plan de suivi et d'évaluation décrit comment les données, les résultats et les progrès dans la mise en œuvre du plan seront communiqués aux parties prenantes et aux bénéficiaires. Il permet de suivre et d'évaluer les résultats des interventions tout au long de la validité de la stratégie

ANNEXE 4 CHEMIN CLINIQUE DES INFIRMIÈRES³⁴

Obstetric fistula post-op continuation pathway

Obstetric fistula post-op clinical pathway



³⁴ Source : Mercy Ships. 2019. Chemin clinique postopératoire de la fistule obstétricale. https://globalfistulamap.org/files/OBF_pathway.pdf.
Mercy Ships. 2019. Chemin de la continuité post-opératoire de la fistule obstétricale. https://globalfistulamap.org/files/OBF_continuation_pathway.pdf.



FISTULE OBSTÉTRICALE CHEMIN DE CONTINUATION POST-OPÉRATOIRE

Appelez l'étiquette d'identification -OU-
Nom, numéro d'identité, âge et sexe

Chirurgie : VVF UVF RVF

Date : <small>____ Jour-mois-année r</small>	POD# __ Équipe de nuit Infirmier(e) _____	POD# ____ Équipe de jour Infirmier(e) _____	POD# __ Équipe du soir Infirmier(e) _____
Informations du patient et de la famille		<input type="checkbox"/> Enseignez comment entretenir le cathéter : ne pas tirer, plier ou tordre ; ne pas laisser le sac sur le sol lorsqu'on est hors du lit <input type="checkbox"/> Signalez toute plénitude, toute douleur ou tout spasme de la vessie ou toute nouvelle perte de fluidet <input type="checkbox"/> Maintenez une administration adéquate de liquides pour que l'urine soit claire et exempte de caillots	<input type="checkbox"/> Enseignez comment entretenir le cathéter : ne pas tirer, plier ou tordre ; ne pas laisser le sac sur le sol lorsqu'on est hors du lit <input type="checkbox"/> Signalez toute plénitude, toute douleur ou tout spasme de la vessie ou toute nouvelle perte de fluidet <input type="checkbox"/> Maintenez une administration adéquate de liquides pour que l'urine soit claire et exempte caillots
Évaluation infirmière	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux à chaque quart <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine _____ <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux à chaque quart <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Fixation des drains tuteurs urétraux <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Bilat <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine à 1200 <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rose/sanguinolent <input type="checkbox"/> Couleur thé <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal <input type="checkbox"/> Prévenez le chirurgien en cas de saturation >2 serviettes en 4 heures _____ _____	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux à chaque quart <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Fixation des drains tuteurs urétraux <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Bilat <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine à 2000 <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rose/sanguinolent <input type="checkbox"/> Couleur thé <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal <input type="checkbox"/> Prévenez le chirurgien en cas de saturation >2 serviettes en 4 heures _____ _____
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Cathéter irrigué selon l'ordonnance postopératoire x _____ <input type="checkbox"/> Changement des pots d'urine <input type="checkbox"/> Cathéter enlevé, selon le protocole de miction (voir le dossier de miction) (et le protocole de miction des équipes du jour et du soir)	<input type="checkbox"/> Toilette intime après le retrait du tampon vaginal <input type="checkbox"/> non stérile <input type="checkbox"/> stérile, incision présente <input type="checkbox"/> Cathéter <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Sécurisé et <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Irriguez le cathéter avec une solution saline PRN normale si une obstruction est suspectée. Irriguez selon le protocole des ordonnances postopératoires <input type="checkbox"/> Si le débit urinaire est <30 ml en une heure, rincez comme ci-dessus et informez l'infirmier(e) responsable qui contactera le chirurgien de garde en charge de la fistule <input type="checkbox"/> Protocole de miction S.O. <input type="checkbox"/> ≤ 4 heures après le retrait du cathéter : exploration de la vessie dans les 10 minutes suivant la miction pour déterminer le résidu post-mictionnel (RPM) <input type="checkbox"/> Prévenez l'infirmier(e) responsable si RPM > 150 ml ou s/s de rétention : diminution du nombre de mictions, urine qui dégouline, douleur sus-pubienne. <input type="checkbox"/> Assurez-vous de l'arrêt de l'oxybutynine	<input type="checkbox"/> Toilette intime après le retrait du tampon vaginal <input type="checkbox"/> non stérile <input type="checkbox"/> stérile, incision présente <input type="checkbox"/> Cathéter <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Sécurisé et <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Irriguez le cathéter avec une solution saline PRN normale si une obstruction est suspectée. Irriguez selon le protocole des ordonnances postopératoires <input type="checkbox"/> Si le débit urinaire est <30 ml en une heure, rincez comme ci-dessus et informez l'infirmier(e) responsable qui contactera le chirurgien de garde en charge de la fistule <input type="checkbox"/> Protocole de miction S.O. <input type="checkbox"/> ≤ 4 heures après le retrait du cathéter : exploration de la vessie dans les 10 minutes suivant la miction pour déterminer le résidu post-mictionnel (RPM) <input type="checkbox"/> Prévenez l'infirmier(e) responsable si RPM > 150 ml ou s/s de rétention : diminution du nombre de mictions, urine qui dégouline, douleur sus-pubienne. <input type="checkbox"/> Assurez-vous de l'arrêt de l'oxybutynine
Soins des plaies	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Pansement intact <input type="checkbox"/> Pansement changé	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Réparation abdominale <input type="checkbox"/> OTA <input type="checkbox"/> Pansement propre, sec et intact <input type="checkbox"/> Pansement changé <input type="checkbox"/> OTA Ordonnances : _____	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Réparation abdominale <input type="checkbox"/> OTA <input type="checkbox"/> Pansement propre, sec et intact <input type="checkbox"/> Pansement changé <input type="checkbox"/> OTA Ordonnances : _____
Perfusions et médicaments	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score > 2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score > 2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Oxybutynine sur ordonnance pour suspicion de spasme vésical. D/C 24 heures avant le retrait du cathéter <input type="checkbox"/> RVF : Rien par voie rectale	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score > 2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Oxybutynine sur ordonnance pour suspicion de spasme vésical. D/C 24 heures avant le retrait du cathéter <input type="checkbox"/> RVF : Rien par voie rectale
Activité et sécurité		<input type="checkbox"/> Encouragez la déambulation <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Encouragez la déambulation <input type="checkbox"/> Autre _____
Nutrition et équilibre hydrique	<input type="checkbox"/> 0400 Bouteille d'eau remplie à : <input type="checkbox"/> Cathéter : 1500 ml <input type="checkbox"/> Miction : 750 ml <input type="checkbox"/> 0400 Total apports et rejets <input type="checkbox"/> et Total 24 h	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> 1200 Bouteille d'eau remplie à 1000 ml <input type="checkbox"/> Cathéter : 1000 ml <input type="checkbox"/> Miction : 750 ml <input type="checkbox"/> 1200 Total apports et rejets	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> 2000 Bouteille d'eau remplie à 500 ml <input type="checkbox"/> Cathéter : 500 ml <input type="checkbox"/> Miction : 500 ml <input type="checkbox"/> 2000 Total apports et rejets
Notes sur les soins infirmiers	_____	_____	_____

Chirurgie : VVF UVF RVF

Date : <small>Jour-mois-année r</small>	POD# 1 Équipe de nuit Infirmier(e) _____	POD# 1 Équipe de jour Infirmier(e) _____	POD# 1 Équipe du soir Infirmier(e) _____
Informations du patient et de la famille		<input type="checkbox"/> Encouragez le patient à signaler toute douleur ou nausée après l'opération <input type="checkbox"/> Enseignez comment entretenir le cathéter : ne pas tirer, plier ou tordre ; ne pas laisser le sac sur le sol lorsqu'on est hors du lit <input type="checkbox"/> Signalez toute plénitude, toute douleur ou tout spasme de la vessie ou toute nouvelle perte de fluidet <input type="checkbox"/> Maintenez une administration adéquate de liquides pour que l'urine soit claire et exempte caillots	<input type="checkbox"/> Encouragez le patient à signaler toute douleur ou nausée après l'opération <input type="checkbox"/> Enseignez comment entretenir le cathéter : ne pas tirer, plier ou tordre ; ne pas laisser le sac sur le sol lorsqu'on est hors du lit <input type="checkbox"/> Signalez toute plénitude, toute douleur ou tout spasme de la vessie ou toute nouvelle perte de fluidet <input type="checkbox"/> Maintenez une administration adéquate de liquides pour que l'urine soit claire et exempte caillots
Évaluation infirmière	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux selon la routine post-opératoire, puis toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Examen clinique <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie rachidienne avec VS/OBS <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Débit urinaire horaire <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine _____ <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal _____ _____	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie rachidienne avec VS/OBS <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Apport et évacuation stricts de liquides toutes les heures x 4 <input type="checkbox"/> évaluez le patient et la poche du cathéter pour vous assurer que le cathéter se draine bien, qu'il n'est pas plié, qu'il n'y a pas de caillots visibles et que le tampon est sec <input type="checkbox"/> Fixation des drains tuteurs urétraux <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine à 1200 <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rose/sanguinolent <input type="checkbox"/> Couleur thé <input type="checkbox"/> Sanguant <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal <input type="checkbox"/> Prévenez le chirurgien en cas de saturation >2 serviettes en 4 heures _____ _____	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie rachidienne avec VS/OBS <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Apport et évacuation stricts de liquides toutes les 4 heures x 48 <input type="checkbox"/> évaluez le patient et la poche du cathéter pour vous assurer que le cathéter se draine bien, qu'il n'est pas plié, qu'il n'y a pas de caillots visibles et que le tampon est sec <input type="checkbox"/> Fixation des drains tuteurs urétraux <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine à 2000 <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rose/sanguinolent <input type="checkbox"/> Couleur thé <input type="checkbox"/> Sanguant <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal <input type="checkbox"/> Prévenez le chirurgien en cas de saturation >2 serviettes en 4 heures _____ _____
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Cathéter irrigué selon l'ordonnance postopératoire x _____ <input type="checkbox"/> Changement des pots d'urine <input type="checkbox"/> Tamponnement vaginal : <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Retiré à 0600 , intact _____ _____	<input type="checkbox"/> Toilette intime après le retrait du tampon vaginal <input type="checkbox"/> non stérile <input type="checkbox"/> stérile, incision présente <input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Irriguez le cathéter avec une solution saline PRN normale si une obstruction est suspectée. Irriguez selon le protocole des ordonnances postopératoires <input type="checkbox"/> Si le débit urinaire est <30 ml en une heure, rincez comme ci-dessus et informez l'infirmier(e) responsable qui contactera le chirurgien de garde en charge de la fistule <input type="checkbox"/> Tamponnement vaginal : <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Enlevé <input type="checkbox"/> Retiré, intact _____ _____	<input type="checkbox"/> Toilette intime après le retrait du tampon vaginal <input type="checkbox"/> non stérile <input type="checkbox"/> stérile, incision présente <input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Irriguez le cathéter avec une solution saline PRN normale si une obstruction est suspectée. Irriguez selon le protocole des ordonnances postopératoires <input type="checkbox"/> Si le débit urinaire est <30 ml en une heure, rincez comme ci-dessus et informez l'infirmier(e) responsable qui contactera le chirurgien de garde en charge de la fistule <input type="checkbox"/> Tamponnement vaginal : <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Enlevé <input type="checkbox"/> Retiré, intact _____ _____
Soins des plaies	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Pansement intact <input type="checkbox"/> Pansement changé	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Réparation abdominale : laissez le pansement intact pendant 48 h, puis retirez-le et laissez-le à l'air libre <input type="checkbox"/> Pansement propre, sec et intact <input type="checkbox"/> Pansement changé <input type="checkbox"/> OTA Ordonnances : _____ _____	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Réparation abdominale : laissez le pansement intact pendant 48 h, puis retirez-le et laissez-le à l'air libre <input type="checkbox"/> Pansement propre, sec et intact <input type="checkbox"/> Pansement changé <input type="checkbox"/> OTA Ordonnances : _____ _____
Perfusions et médicaments	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score>2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Liquides IV _____ @ _____ ml/h <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score>2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Liquides IV _____ @ _____ ml/h <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Oxybutynine sur ordonnance pour suspicion de spasme vésical. D/C 24 heures avant le retrait du cathéter <input type="checkbox"/> RVF : Rien par voie rectale	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score>2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Liquides IV _____ @ _____ ml/h <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Oxybutynine sur ordonnance pour suspicion de spasme vésical. D/C 24 heures avant le retrait du cathéter <input type="checkbox"/> RVF : Rien par voie rectale
Activité et sécurité	<input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Sans alitement	<input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Marcher à volonté <input type="checkbox"/> Se rendre aux toilettes pour la première fois	<input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Encouragez la déambulation <input type="checkbox"/> Autre _____
Nutrition et équilibre hydrique	<input type="checkbox"/> 0400 Bouteille d'eau remplie à 1500 ml <input type="checkbox"/> 0400 Total apports et rejets <input type="checkbox"/> et Total 24 h	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> 1200 Bouteille d'eau remplie à 1000 ml <input type="checkbox"/> 1200 Total apports et rejets	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> 2000 Bouteille d'eau remplie à 500 ml <input type="checkbox"/> 2000 Total apports et rejets
Notes sur les soins infirmiers	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Chirurgie : VVF UVF RVF

Date : <small>Jour-mois-année</small>	POD# 2 Équipe de nuit Infirmier(e) _____	POD# 2 Équipe de jour Infirmier(e) _____	POD# 2 Équipe du soir Infirmier(e) _____
Informations du patient et de la famille		<input type="checkbox"/> Encouragez le patient à signaler toute douleur ou nausée après l'opération <input type="checkbox"/> Enseignez comment entretenir le cathéter : ne pas tirer, plier ou tordre ; ne pas laisser le sac sur le sol lorsqu'on est hors du lit <input type="checkbox"/> Signalez toute plénitude, toute douleur ou tout spasme de la vessie ou toute nouvelle perte de fluidet <input type="checkbox"/> Maintenez une administration adéquate de liquides pour que l'urine soit claire et exempte caillots	<input type="checkbox"/> Encouragez le patient à signaler toute douleur ou nausée après l'opération <input type="checkbox"/> Enseignez comment entretenir le cathéter : ne pas tirer, plier ou tordre ; ne pas laisser le sac sur le sol lorsqu'on est hors du lit <input type="checkbox"/> Signalez toute plénitude, toute douleur ou tout spasme de la vessie ou toute nouvelle perte de fluidet <input type="checkbox"/> Maintenez une administration adéquate de liquides pour que l'urine soit claire et exempte caillots
Évaluation infirmière	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Examen Clinique <input type="checkbox"/> Apports et rejets toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine _____ <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Apport et évacuation stricts de liquides toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> évaluez le patient et la poche du cathéter pour vous assurer que le cathéter se draine bien, qu'il n'est pas plié, qu'il n'y a pas de caillots visibles et que le tampon est sec <input type="checkbox"/> Fixation des drains tuteurs urétraux <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine à 1200 <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rose/sanguinolent <input type="checkbox"/> Couleur thé <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal <input type="checkbox"/> Prévenez le chirurgien en cas de saturation >2 serviettes en 4 heures _____ _____	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillé par intermittence <input type="checkbox"/> Constamment mouillé <input type="checkbox"/> Signes vitaux toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> Examen clinique à chaque quart <input type="checkbox"/> Apport et évacuation stricts de liquides toutes les 4 heures <input type="checkbox"/> évaluez le patient et la poche du cathéter pour vous assurer que le cathéter se draine bien, qu'il n'est pas plié, qu'il n'y a pas de caillots visibles et que le tampon est sec <input type="checkbox"/> Fixation des drains tuteurs urétraux <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/> Couleur de l'urine à 2000 <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rose/sanguinolent <input type="checkbox"/> Couleur thé <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Saignement ou écoulement vaginal <input type="checkbox"/> Prévenez le chirurgien en cas de saturation >2 serviettes en 4 heures _____ _____
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Présence de caillots <input type="checkbox"/> Cathéter irrigué selon l'ordonnance postopératoire x <input type="checkbox"/> Changement des pots d'urine <input type="checkbox"/> Tamponnement vaginal : <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Retiré à 0600 , intact _____ _____	<input type="checkbox"/> Toilette intime après le retrait du tampon vaginal <input type="checkbox"/> non stérile <input type="checkbox"/> stérile, incision présente <input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Irriguez le cathéter avec une solution saline PRN normale si une obstruction est suspectée. Irriguez selon le protocole des ordonnances postopératoires <input type="checkbox"/> Si le débit urinaire est <30 ml en une heure, rincez comme ci-dessus et informez l'infirmier(e) responsable qui contactera le chirurgien de garde en charge de la fistule <input type="checkbox"/> Tamponnement vaginal : <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Enlevé <input type="checkbox"/> Retiré, intact _____ _____	<input type="checkbox"/> Toilette intime après le retrait du tampon vaginal <input type="checkbox"/> non stérile <input type="checkbox"/> stérile, incision présente <input type="checkbox"/> Cathéter sécurisé <input type="checkbox"/> Cathéter perméable <input type="checkbox"/> Irriguez le cathéter avec une solution saline PRN normale si une obstruction est suspectée. Irriguez selon le protocole des ordonnances postopératoires <input type="checkbox"/> Si le débit urinaire est <30 ml en une heure, rincez comme ci-dessus et informez l'infirmier(e) responsable qui contactera le chirurgien de garde en charge de la fistule <input type="checkbox"/> Tamponnement vaginal : <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Enlevé <input type="checkbox"/> Retiré, intact _____ _____
Soins des plaies	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Pansement intact <input type="checkbox"/> Pansement changé	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Réparation abdominale : laissez le pansement intact pendant 48 h, puis retirez-le et laissez-le à l'air libre <input type="checkbox"/> Pansement propre, sec et intact <input type="checkbox"/> Pansement changé <input type="checkbox"/> OTA Ordonnances : _____ _____	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Réparation abdominale : laissez le pansement intact pendant 48 h, puis retirez-le et laissez-le à l'air libre <input type="checkbox"/> Pansement propre, sec et intact <input type="checkbox"/> Pansement changé <input type="checkbox"/> OTA Ordonnances : _____ _____
Perfusions et médicaments	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score>2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Liquides IV _____ @ _____ ml/h <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score>2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Liquides IV _____ @ _____ ml/h <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Oxybutynine sur ordonnance pour suspicion de spasme vésical. D/C 24 heures avant le retrait du cathéter <input type="checkbox"/> RVF : Rien par voie rectale	<input type="checkbox"/> Score VIP _____ (score>2, retirez et recommencez l'IV) <input type="checkbox"/> Liquides IV _____ @ _____ ml/h <input type="checkbox"/> Rinçage de la canule IV en fin de quart <input type="checkbox"/> Pas de canule IV <input type="checkbox"/> Oxybutynine sur ordonnance pour suspicion de spasme vésical. D/C 24 heures avant le retrait du cathéter <input type="checkbox"/> RVF : Rien par voie rectale
Activité et sécurité	<input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Sans alitement	<input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Marcher à volonté <input type="checkbox"/> Se rendre aux toilettes pour la première fois	<input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Encouragez la déambulation <input type="checkbox"/> Autre _____
Nutrition et équilibre hydrique	<input type="checkbox"/> 0400 Bouteille d'eau remplie à 1500 ml <input type="checkbox"/> 0400 Total apports et rejets <input type="checkbox"/> et Total 24 h	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> 1200 Bouteille d'eau remplie à 1000 ml <input type="checkbox"/> 1200 Total apports et rejets	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> 2000 Bouteille d'eau remplie à 500 ml <input type="checkbox"/> 2000 Total apports et rejets
Notes sur les soins infirmiers	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

REMARQUES

